

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet**Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen**

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen verlautbart gemäß § 43 SVSG wie folgt:

SVS-Satzung 2024**Inhaltsverzeichnis**

Erster Teil	Allgemeine Bestimmungen	
	Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	§ 1
	Sprachliche Gleichbehandlung und Angehörigenbegriff	§ 2
Zweiter Teil	Organisation	
	Verfügungen des Obmannes	§ 3
	Form rechtsverbindlicher Akte	§ 4
	Kundmachungen	§ 5
	Informationsveranstaltungen	§ 6
Dritter Teil	Krankenversicherung	
	Abschnitt I	
	Gemeinsame Bestimmungen für Versicherte und Angehörige nach dem GSVG und BSVG	
	Umsatzsteuer	§ 7
	Heilbehelfe und Hilfsmittel	§ 8
	Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit	§ 9
	Leistungen der Krankheitsverhütung	§ 10
	Kostenanteil bei ambulanter Behandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden	§ 11
	Kostenzuschuss bei Pflege in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden	§ 12
	Kostenzuschuss bei ambulanter Behandlung in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden	§ 13
	Zahnbehandlung und Zahnersatz	§ 14
	Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche (§ 94a GSVG und § 95a BSVG)	§ 15
	Kostenersatz bei Erbringung von Leistungen nach § 94a Abs. 3 GSVG bzw. § 95a Abs. 3 BSVG	§ 16
	Kostenzuschuss für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Fehlen einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung	§ 17
	Kieferregulierungen (§ 94 GSVG bzw. § 95 BSVG)	§ 18
	Reise(Fahrt)kosten	§ 19
	Transportkosten	§ 20
	Kostenersatz bei Organtransplantationen für die Anmelde- und Registrierungskosten	§ 21
	Fehlen vertraglicher Regelungen	§ 22
	Abschnitt II	
	Versicherte und Angehörige nach dem GSVG	
	Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner	§ 23
	Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung bzw. in ein Optionsmodell nach § 32	§ 24
	Beiträge zur Zusatzversicherung	§ 25
	Wartezeit bei freiwilligen Leistungen	§ 26
	Art der Leistungserbringung	§ 27
	Kostenanteil	§ 28
	Befreiung vom Kostenanteil	§ 29
	Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze	§ 30
	Kostentragung und Kostenersatz bei Anstaltspflege	§ 31
	Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte	§ 32
	Rückwirkende Gewährung und Ruhen einer Unterstützungsleistung	§ 33
	Krankengeld bei Bestand einer Zusatzversicherung	§ 34
	Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit	§ 35

Satzung - Neufassung

Abschnitt III**Versicherte und Angehörige nach dem BSVG**

Anspruchsberechtigung für Angehörige	§ 36
Kostenzuschuss bei ärztlicher Hilfe durch Wahlärzte, Wahl-Gruppenpraxen und Wahl-therapeuten	§ 37
Kostenzuschüsse bei Erster Hilfe	§ 38
Zuzahlungen	§ 39

Vierter Teil**Unfallversicherung****Abschnitt I****Melde-, Versicherungs- und Beitragsrecht**

Meldungen und Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung	§ 40
Meldung nur unfallversicherter Personen (§ 37 ASVG)	
Beitragsgrundlage und Beitragssatz für teilversicherte Personen gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG (§ 74 Abs. 2 ASVG)	§ 41
Vorschreibung, Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge für teilversicherte Personen in der Unfallversicherung nach dem ASVG (§§ 55, 58 Abs. 7 ASVG)	§ 42
Vorschreibung und Fälligkeit der Beiträge für nur unfallversicherte Personen nach dem BSVG (§ 33 Abs. 1 BSVG)	§ 43
Beitragsgrundlage, Beitrag bzw. Beitragseinziehung für persönlich haftende Gesellschafter einer offenen Gesellschaft (OG) bzw. einer Kommanditgesellschaft (KG) in der Unfallversicherung (§ 30 Abs. 6 BSVG)	§ 44
Form des Beitrittes, Beitragsgrundlage und Beitragssatz in der Selbstversicherung (§§ 76b Abs. 1, 77 Abs. 3 ASVG bzw. § 30 Abs. 7 BSVG)	§ 45
Fälligkeit der Beiträge zur Selbstversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG (§ 78 Abs. 1 ASVG)	§ 46
Anmeldung zur Höherversicherung sowie Beginn und Ende der Höherversicherung (§§ 20 Abs. 1, 37 ASVG)	§ 47
Dauer der Beitragspflicht, Vorschreibung, Fälligkeit und Entrichtung der Beiträge zur Höherversicherung (§ 78 Abs. 2 ASVG)	§ 48

Abschnitt II**Leistungsrecht****1. Unterabschnitt****Gemeinsame Bestimmungen für versicherte Personen nach ASVG und BSVG**

Kostensatz anstelle von Unfallheilbehandlung (§ 194a ASVG bzw. § 148t BSVG)	§ 49
Reise- (Fahrt-) und Transportkosten	§ 50
Zahnersatz infolge eines Arbeitsunfalles (§ 189 Abs. 2 ASVG bzw. § 148p Abs. 3 BSVG)	§ 51

2. Unterabschnitt**Versicherte Personen nach dem ASVG**

Unfallheilbehandlung (§ 192 ASVG)	§ 52
Anfall der Versehrtenrente für teilversicherte selbständig erwerbstätige und für selbstversicherte Personen (§ 204 Abs. 3 ASVG)	§ 53
Auszahlung des Familien- und Taggeldes sowie des Versehrtengeldes nach § 212 Abs. 1 ASVG (§ 104 Abs. 1 ASVG)	§ 54

3. Unterabschnitt**Versicherte Personen nach dem BSVG**

Teilersatz der Ersatzarbeitskräfte (§ 148u BSVG)	§ 55
--	------

Fünfter Teil**Schlussbestimmungen**

Inkrafttreten	§ 56
---------------	------

Anhang

Anlage 1	Vergütungstarife für Geldleistungsberechtigte
Anlage 2	Vergütungstarife für vertraglich nicht geregelte Leistungen nach § 85 Abs. 4 iVm § 85 Abs. 2 lit. c GSVG bzw. § 80 Abs. 2 drittletzter Satz iVm § 239 BSVG
Anlage 3	Tarife für Flugrettungstransporte
Anlage 4	Zuschüsse für feststehenden Zahnersatz
Anlage 5	Kieferregulierungen nach § 94a GSVG bzw. § 95a BSVG (§ 15 der Satzung)
Anlage 6	Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) gemäß § 18 der Satzung
Anlage 7	Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 28 Abs. 3 Z 1 der Satzung

Erster Teil

Allgemeine Bestimmungen

Bezeichnung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

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

Sprachliche Gleichbehandlung und Angehörigenbegriff

§ 2. (1) 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.

(2) Soweit im Folgenden von Angehörigen die Rede ist, sind damit jene Personen gemeint, für die nach den §§ 10, 11a und 83 GSVG bzw. § 78 BSVG ein Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht.

Zweiter Teil

Organisation

Verfügungen des Obmannes

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

Form rechtsverbindlicher Akte

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

- der Hauptversammlung oder
- des Verwaltungsrates

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

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

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

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

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

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

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

Kundmachungen

§ 5. Amtliche Verlautbarungen der SVS erfolgen im Internet.

Informationsveranstaltungen

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

Dritter Teil Krankenversicherung

Abschnitt I

Gemeinsame Bestimmungen für Versicherte und Angehörige nach dem GSVG und BSVG

Umsatzsteuer

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

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

Heilbehelfe und Hilfsmittel

§ 8. (1) Die Kosten inklusive Umsatzsteuer für die notwendigen Heilbehelfe und Hilfsmittel werden auf Rechnung der SVS bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) übernommen. Für Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle werden die Kosten höchstens bis zum Zwanzigfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) übernommen.

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

(3) Die Kosten der Instandsetzung notwendiger Heilbehelfe und Hilfsmittel werden übernommen, wenn die Instandsetzung zweckentsprechend ist. Abs. 1 gilt entsprechend.

(4) Die SVS übernimmt die Kosten für Kontaktlinsen höchstens bis zum Achtfachen der Höchstbeitragsgrundlage (§ 108 Abs. 3 ASVG) unter Berücksichtigung der Mindestgebrauchsdauer gemäß § 23 der Krankenordnung, bei Vorliegen folgender Indikationen:

1. Anisometropie ab 3 Dioptrien bei nachweislich vorhandenem Binokularsehen,
2. Regulärer Astigmatismus ab 3 Dioptrien,
3. Irregulärer Astigmatismus,
4. Keratokonus,
5. Hochgradige Myopie ab 6 Dioptrien,
6. Hypermetropie ab 6 Dioptrien,
7. Aphakie,
8. bei Erosion oder rezidivierender Erosion (nicht als Dauerversorgung),
9. nach Nasenbeinoperationen (postoperativ bis zu 12 Wochen),
10. Progrediente Myopie bei nachweislicher Dioptrienzunahme von mindestens einer Dioptrie pro Jahr bei Kindern und Jugendlichen (bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) bei Behandlung mit peripher Defokus modifizierten Kontaktlinsen oder Orthokeratologie-Linsen.

(5) Heilbehelfe und Hilfsmittel im Sinne des § 93 Abs. 7 GSVG bzw. § 87 Abs. 8 und § 96 Abs. 3 BSVG werden auch leihweise durch die SVS bzw. durch Vertragsstellen zur Verfügung gestellt. Werden Heilbehelfe oder Hilfsmittel leihweise zur Verfügung gestellt, werden bei fehlender vorheriger Zustimmung der SVS für selbstbeschaffte Heilbehelfe oder Hilfsmittel keine Kosten ersetzt. Insoweit Vertragsstellen nicht zur Verfügung stehen, werden angefallene Leihgebühren abzüglich eines allfälligen vom Versicherten zu tragenden Kostenanteils nach § 28 Abs. 1 vergütet.

(6) Bei der Anschaffung von orthopädischen Schuhen ist vom Versicherten ein Eigenanteil für den nichtorthopädischen Teil in Höhe von 58,14 € pro Paar zu tragen, es sei denn, es handelt sich um eine in § 93 Abs. 4 lit. a GSVG bzw. § 87 Abs. 4 lit. a BSVG genannte Person.

(7) Wird für die Beschaffung von Hilfsmitteln nicht ein Vertragspartner in Anspruch genommen, bemisst sich der Zuschuss gemäß § 96 BSVG in sinngemäßer Anwendung des § 88 BSVG nach den mit den entsprechenden Vertragspartnern vereinbarten Tarifsätzen.

Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

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

Leistungen der Krankheitsverhütung

§ 10. Bei Vorlage eines Nachweises über die Durchführung von zumindest drei Mundhygiene-Sitzungen in den letzten fünf Kalenderjahren vor dem Behandlungsdatum können für Versicherte (Angehörige) seitens der SVS – sofern

Satzung - Neufassung

keine Leistung nach Anlage 2, Abschnitt 4, 2. Unterabschnitt gebührt – als Leistung der Krankheitsverhütung Zuschüsse nach Anlage 4 geleistet werden. Auf die Gewährung der Leistung besteht kein Rechtsanspruch.

Kostenanteil bei ambulanter Behandlung in Krankenanstalten, die über Landesfonds finanziert werden

§ 11. Hat der Versicherte (Angehörige) ambulante Leistungen 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 (Angehörigen) festgelegten Pauschalbetrages in Höhe von 124,89 €.

Kostenzuschuss bei Pflege in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden

§ 12. (1) Hat der Versicherte (Angehörige) notwendige Anstaltspflege in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über einen Landesfonds oder den Fonds nach § 149 Abs. 3 ASVG finanziert wird und mit der auch sonst keine vertragliche Regelung besteht, erbringt die SVS einen Pflegekostenzuschuss in Höhe des Pauschalbetrages von 399,97 € pro Tag, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Vom Pauschalbetrag ist für Versicherte (Angehörige) nach dem BSVG ein Kostenbeitrag nach § 93 Abs. 3 BSVG einzubehalten.

(2) Hat der Versicherte (Angehörige) tages- oder nachtklinische Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über einen Landesfonds oder den Fonds nach § 149 Abs. 3 ASVG finanziert wird und mit der auch sonst keine vertragliche Regelung besteht, erbringt die SVS einen Kostenzuschuss in Höhe von 80 % des Pauschalbetrages nach Abs. 1, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten. Abs. 1 letzter Satz gilt sinngemäß.

(3) Die Abs. 1 und 2 gelten entsprechend auch für die Pflege in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die SVS keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

Kostenzuschuss bei ambulanter Behandlung in Krankenanstalten, die nicht über Landesfonds finanziert werden

§ 13. (1) Hat der Versicherte (Angehörige) ambulante Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen, die nicht über einen Landesfonds finanziert wird und mit der auch sonst keine diesbezügliche vertragliche Regelung besteht, erbringt die SVS einen Kostenzuschuss in Höhe von 80 % des Pauschalbetrages nach § 11, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

(2) Abs. 1 gilt entsprechend auch für die ambulanten Leistungen in einer ausländischen Krankenanstalt, sofern die SVS keine volle Übernahme der Kosten im Voraus zugesichert hat.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

§ 14. (1) Als notwendiger bzw. unentbehrlicher Zahnersatz wird im Allgemeinen der abnehmbare Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone) erbracht. Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Dies ist der Fall

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

die eine prothetische Versorgung mit abnehmbarem Zahnersatz nicht zulässt/zulassen. Zum notwendigen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von notwendigen Zahnersatzstücken.

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

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

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

(4) Bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit Zahnärzten oder Dentisten sind

1. für sonstige konservierend-prothetische Leistungen inkl. Kieferregulierungen und Mundhygiene Zuschüsse nach Anlage 2, Abschnitt 4, 1. Unterabschnitt und
2. für notwendigen bzw. unentbehrlichen festsitzenden Zahnersatz im Sinne des Abs. 1 dieser Bestimmung Kostenzuschüsse nach Anlage 2, Abschnitt 4, 2. Unterabschnitt

zu leisten.

**Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche
(§ 94a GSVG und § 95a BSVG)**

§ 15. (1) Die SVS erbringt die kieferorthopädische Beratung im Umfang der Anlage 5 Z 1 als Sachleistung für Versicherte (Angehörige) vor Vollendung des 18. Lebensjahres, frühestens, wenn beim Patienten die vier oberen und

Satzung - Neufassung

die vier unteren Schneidezähne zur Gänze durchgebrochen sind. Von der letztgenannten Voraussetzung kann im Einzelfall aus medizinisch zwingenden Gründen abgewichen werden. Die kieferorthopädische Beratung wird bis zum vollendeten 18. Lebensjahr nur einmal erbracht.

(2) Die SVS erbringt folgende Leistungen der Kieferorthopädie im Umfang der Anlage 5 Z 2 bis 4 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 Versicherte (Angehörige) nur ab Vollendung des 12. Lebensjahres längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres höchstens zweimal erbracht. Die zweite IOTN-Feststellung kann frühestens ein Jahr nach der erstmaligen Feststellung erfolgen. Die SVS erbringt keine Leistung, wenn IOTN 1 und 2 vorliegt oder wenn für eine sonstige kieferorthopädische Leistung kein Anspruch auf Erbringung einer Leistung aufgrund des § 18 besteht. Wird innerhalb eines Jahres nach der Feststellung des IOTN-Grades mit der Behandlung gemäß Abs. 5 durch denselben Leistungserbringer begonnen, ist die Feststellung Bestandteil dieser Behandlung.

(4) Ziel der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung ist die frühe Korrektur von Zahnfehlstellungen, um eine möglichst normale Weiterentwicklung des Gebisses zu ermöglichen. Leistungen der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung werden erbracht, wenn

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) in der Regel (bei nicht verzögerter Zahnentwicklung) vor Vollendung des 10. Lebensjahres liegt,
2. eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist und
3. eine der folgenden Indikationen vorliegt:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalte und andere kraniofaziale Anomalien,
 - b) skelettal offener Biss größer als 4 mm bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Frontzähne,
 - c) seitlich offener Biss ab 4 mm vertikalem Kauflächenabstand bei abgeschlossenem Wurzelwachstum der Seitenzähne,
 - d) ein- oder beidseitiger lateraler Kreuzbiss,
 - e) frontaler Kreuzbiss (progener Zwangsbiss),
 - f) bukkale Nonokklusion (ein- oder beidseitig),
 - g) progener Formenkreis mit frontalem Kreuzbiss bis 4 mm negative Frontzahnstufe,
 - h) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 6 mm und myofunktionellen Problemen mit Verschlechterungstendenzen,
 - i) Distalbiss ab einer Frontzahnstufe über 9 mm,
 - j) Platzmangel in Stützzone größer als 4 mm. Ein Fall ist nicht in diese Gruppe einzustufen, wenn damit zu rechnen ist, dass ein noch nicht (oder außerhalb des Zahnbogens) durchgebrochener Zahn nach Reduzierung der Zahnzahl (Extraktionstherapie) spontan durchbricht und sich in den Zahnbogen einstellt,
 - k) unterminierende Resorption von Milchzähnen durch 6-Jahr-Molaren,
 - l) Tiefbiss/Deckbiss, sofern ein nachgewiesenes Trauma im antagonistischen Parodontium vorliegt,
 - m) verletzungsbedingte Kieferfehlstellungen (z. B. nach einer Collum-Fraktur).

Platzmangel im Frontzahnbereich während der frühen Wechselgebissphase oder Gingivakontakt der Zähne mit dem antagonistischen Parodont stellen dabei alleine noch keine Indikation für eine interzeptive kieferorthopädische Behandlung dar.

(5) Leistungen der kieferorthopädischen Hauptbehandlung in der späten Phase des Wechselgebisses werden erbracht, wenn:

1. der Behandlungsbeginn (Abs. 7) vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegt,
2. vor Behandlungsbeginn eine Zahn- oder Kieferfehlstellung nach dem IOTN Grad 4 oder 5 gegeben ist,
3. die Behandlung zu einem Zeitpunkt erfolgt, zu dem in der Regel bei Behandlungsabschluss die Siebener regulär eingliedert sind,
4. abgesehen von medizinisch begründeten Einzelfällen der Abschluss einer allfälligen interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung bei Behandlungsbeginn mindestens ein Jahr zurückliegt und
5. der Leistungserbringer folgende Voraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden:
 - a) Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (KFO) (mit entsprechender Ausbildung im EU-Inland und Ausland) oder
 - b) dreijährige klinisch-universitäre Vollzeit-Ausbildung im Bereich KFO oder
 - c) Nachweis der Befähigung nach den Richtlinien des Austrian Board of Orthodontists (ABO) oder European Board of Orthodontists (EBO) oder

Satzung - Neufassung

- d) entsprechende postgraduale Ausbildung in der KFO (z. B. Master of Science) oder
- e) Habilitation im Bereich der Kieferorthopädie (KFO) oder
- f) Fortbildungsnachweis (Fortbildungsdiplom KFO der Österreichischen Zahnärztekammer) oder
- g) gleichwertige Ausbildung im EU-Inland bzw. Ausland

und 20 Multibracket-Behandlungsfälle, die in den letzten drei Jahren abgeschlossen wurden, bei denen eine Verbesserung durch die Behandlung von durchschnittlich mindestens 70 % nach dem Peer Assessment Rating Index (PAR-Index), bezogen auf all diese Fälle, bewirkt wurde. Diese Fälle müssen im Rahmen der selbständigen Berufsausübung (§ 23 ZÄG) persönlich geplant, durchgeführt und dokumentiert worden sein.

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

(6) Leistungen nach den Abs. 4 und 5 werden nicht erbracht, wenn der Versicherte (Angehörige) bereits kieferorthopädische Leistungen nach § 18 erhält. Abweichend davon gewährt die SVS die für die Restbehandlungsdauer (in der Regel die Differenz aus drei Behandlungsjahren und der bereits erfolgten Behandlungszeit) in Frage kommenden Leistungen nach den Abs. 4 oder 5, wenn der Versicherte (Angehörige) die Voraussetzungen für eine Leistung nach den Absätzen 4 oder 5 erfüllt und der Versicherte 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 bzw. § 95a Abs. 3 BSVG

§ 16. Für die interzeptive kieferorthopädische Behandlung nach § 15 Abs. 4 sowie für die kieferorthopädische Hauptbehandlung nach § 15 Abs. 5 gebührt bei Erfüllung der Voraussetzungen nach § 94a Abs. 3 GSVG bzw. § 95a Abs. 3 BSVG ein Kostenersatz nach § 85 GSVG bzw. eine Kostenerstattung oder ein Kostenzuschuss nach § 80 Abs. 2 viertletzter und drittzweiter Satz BSVG.

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

§ 17. (1) Stehen nicht oder nicht mehr genug Vertragspartner für die Gewährleistung einer regional ausgewogenen flächendeckenden Sachleistungsversorgung für Leistungen nach § 15 Abs. 2 Z 3 (kieferorthopädische Hauptbehandlung) auf Rechnung der SVS zur Verfügung (Nichtzustandekommen oder Wegfall des Gesamtvertrags nach § 343e ASVG), leistet die SVS für die kieferorthopädische Hauptbehandlung bei Leistungsanbietern, die keinen Sonder-Einzelvertrag nach § 343e Abs. 2 ASVG abgeschlossen haben, einen Kostenzuschuss gemäß § 18 Abs. 2 Z 1 und Z 2, wenn der Versicherte (Angehörige) einen Kieferorthopäden in Anspruch genommen hat, der die in § 15 Abs. 5 Z 5 angeführten Ausbildungs- und Erfahrungsvoraussetzungen erfüllt, welche der SVS gegenüber nachgewiesen wurden.

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

1. dass der Kieferorthopäde die Voraussetzungen nach § 15 Abs. 5 Z 5 erfüllt,
2. die Behandlungsnotwendigkeiten nach § 15 Abs. 5 Z 1 bis 4 vorliegen und
3. der verwendete kieferorthopädische Apparat bzw. der Behandlungsplan einen Behandlungserfolg erwarten lassen.

Diese Teilbeträge werden maximal in folgender Höhe erbracht:

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

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

Kieferregulierungen (§ 94 GSVG bzw. § 95 BSVG)

§ 18. (1) Die SVS erbringt Kieferregulierungen bei nachstehenden Fehlbildungen bzw. nachstehenden Kieferfehlstellungen nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN) nach Anlage 5, sofern nicht die Voraussetzungen für die Leistungen nach § 15, § 16 oder § 17 erfüllt sind:

Satzung - Neufassung

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

Dabei sind vom Versicherten Kostenanteile nach § 28 Abs. 2 Z 3 und 4 bzw. Zuzahlungen nach § 39 Z 3 und 4 zu leisten.

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

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

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

(3) Können kieferorthopädische Fehlstellungen oder andere Fehlstellungen durch einfache kieferorthopädische Behelfe kurzfristig behoben werden oder kann dadurch der Erfolg der vorangegangenen kieferorthopädischen Behandlung sichergestellt werden, wird anstelle einer Kieferregulierung eine Leistung für diese einfachen kieferorthopädischen Behelfe nach der Anlage 2, Abschnitt 4, 1. Unterabschnitt gewährt.

(4) Erfolgt eine Therapie mittels eines Aligners, so wird ein Zuschuss nach der Anlage 2, Abschnitt 4, 1. Unterabschnitt erbracht.

Reise(Fahrt)kosten

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

1. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (ärztlicher Hilfe gleichgestellte Leistungen, § 103 Abs. 2 Z 1 GSVG, § 85 Abs. 4 BSVG),
2. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung und Zahnersatz (§ 103 Abs. 2 Z 1 GSVG und § 95 Abs. 7 BSVG),
3. zur und von der nächstgelegenen geeigneten Vertragskrankenanstalt (§ 103 Abs. 2 Z 1 GSVG und § 89 Abs. 5 BSVG),
4. im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln (§ 103 Abs. 2 Z 2 GSVG und § 87 Abs. 9 und § 96 Abs. 4 BSVG),
5. im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 99a Abs. 2 GSVG, § 160 Abs. 1 GSVG, § 169 Abs. 2 Z 2 GSVG, § 96a Abs. 2 BSVG, § 152 Abs. 1 BSVG, § 161 Abs. 2 Z 2 BSVG),
6. im Zusammenhang mit Jugendlichenuntersuchungen (§ 88 Abs. 3 GSVG und § 81 Abs. 3 BSVG),
7. im Zusammenhang mit Vorsorge(Gesunden)untersuchungen (§ 89 Abs. 2 GSVG und § 82 Abs. 2 BSVG),
8. im Zusammenhang mit humangenetischen Maßnahmen (§ 89a Abs. 2 GSVG und § 82a Abs. 2 BSVG),
9. im Zusammenhang mit den notwendigen Beratungen bei der SVS im Rahmen des Case Managements bei Bezug von Übergangsgeld,
10. im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Hebamme in der Hebammenordination (§ 103 Abs. 2 Z 1 GSVG und § 97 Abs. 4 BSVG).

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

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

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

Satzung - Neufassung

1. für Kinder unter 15 Jahren;
2. für Personen, bei denen dies aufgrund ihres körperlichen bzw. geistigen Zustandes notwendig und ärztlich bestätigt ist.

(4) Für die Ermittlung des Reise(Fahrt)kostenersatzes ist die Entfernung vom Wohnort zum nächsterreichbaren Vertragspartner desselben Fachgebietes bzw. der nächstgelegenen geeigneten medizinischen Einrichtung heranzuziehen. Die Ermittlung hat über den „Distanzanzeiger“ der Sozialversicherung zu erfolgen.

(5) Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten gebührt für Hin- sowie Rückfahrten. Dieser beträgt pauschal für Fahrtstrecken von mehr als 40 km bis 60 km 7,00 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 10,00 €. Bei Fahrten von mehr als 60 km erfolgt die Gewährung des Kostenersatzes auf Basis der tatsächlichen zurückgelegten Kilometer, wobei der Kilometersatz 0,14 € bzw. bei Fahrten mit einer Begleitperson 0,21 € beträgt. Der Ersatz der Reise(Fahrt)kosten erfolgt unabhängig davon, welche Verkehrsmittel der Versicherte (Angehörige) tatsächlich benützt. Höhere als die tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

(6) Die SVS ersetzt ohne Bedachtnahme auf die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr Reise(Fahrt)kosten für Fahrten

1. zur Durchführung einer Dialyse,
2. zur Durchführung einer Chemo- oder Strahlentherapie aufgrund einer onkologischen Erkrankung,
3. im Zusammenhang mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation die Kosten für die Beförderung in eine Krankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung des Rehabilitanden sowie zur körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln.

(7) Wenn ein Transport nach § 20 erfolgt ist, ersetzt die SVS keine Reise(Fahrt)kosten.

(8) Bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes, einer Wahl-Gruppenpraxis, eines Wahlzahnarztes, einer Wahl Einrichtung oder eines Wahlpartners zur Erbringung von Leistungen, die der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind, gelten die Abs. 1 bis 7 mit der Einschränkung, dass Reise(Fahrt)kosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

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

zu ersetzen gewesen wäre.

Transportkosten

§ 20. (1) Die SVS übernimmt Transportkosten für gehunfähig erkrankte Versicherte (Angehörige), wenn die Gehunfähigkeit sowie die medizinische Notwendigkeit eines solchen Transportes durch einen ärztlichen Transportauftrag bescheinigt werden und die tatsächliche Inanspruchnahme der Behandlungsstelle nachgewiesen wird. Als gehunfähig gilt hiebei, wer infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes selbst mit Unterstützung und Hilfe durch eine Begleitperson objektiv nicht in der Lage ist, ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen. Die besondere Beschwerlichkeit eines Weges vermag für sich alleine noch keine Gehunfähigkeit zu begründen.

Den Gehunfähigen sind nachstehende Personengruppen gleichzuhalten:

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

(2) Transportkosten werden nur für Beförderungen im Inland

1. zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung,
2. bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt,
3. zur ambulanten Kranken- oder Zahnbehandlung (Zahnersatz) zum nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt, zur nächstgelegenen geeigneten Vertrags-Gruppenpraxis oder nächstgelegenen geeigneten Vertragseinrichtung sowie zum nächstgelegenen Vertragspartner bzw. in die Wohnung des Erkrankten zurück,
4. zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln,
5. im Zusammenhang mit der Gewährung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation (§ 99a Abs. 2 GSVG, § 160 Abs. 1 GSVG, § 96a Abs. 2 BSVG, § 152 Abs. 1 BSVG),

Satzung - Neufassung

6. im Zusammenhang mit der Gewährung von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (§ 169 Abs. 2 GSVG und § 161 Abs. 2 BSVG)

übernommen. Wenn sich der Erkrankte im Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an seinem Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die SVS die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung des Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt.

- (3) Ein bodengebundener Transport erfolgt entweder als

1. Krankenbeförderung

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

Der Versicherte (Angehörige) kann

a) mit einem Privat-PKW bzw. mit einem entsprechend ausgestatteten Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) befördert werden oder

b) durch die unter a) angeführten Unternehmen liegend oder sitzend in einem Tragesessel befördert werden;
oder

2. Krankentransport

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

a) auf dem Weg zum und vom Sanitätskraftwagen der Unterstützung durch einen Sanitäter bedürfen und/oder die Möglichkeit des Bedarfs einer sanitätsdienstlichen Versorgung während der Fahrt gegeben ist. Der Versicherte (Angehörige) kann in einem Behelfskrankentransportwagen (BKTW) transportiert werden, wobei der Sanitäter gleichzeitig Einsatzfahrer ist (einfacher Krankentransport), oder

b) während des Transportes auf sanitätsdienstliche Versorgung angewiesen sind. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen Sanitäter, der nicht gleichzeitig Einsatzfahrer ist. Der Versicherte (Angehörige) wird grundsätzlich liegend oder sitzend in einem Tragesessel mit einem Krankentransportwagen (KTW) transportiert (qualifizierter Krankentransport);
oder

3. Rettungstransport

Transportiert werden Notfallpatienten, die sich nicht in Lebensgefahr befinden, jedoch schwere gesundheitliche Schäden nicht ausgeschlossen werden können, wenn nicht unverzüglich qualifizierte sanitätsdienstliche Hilfe geleistet wird. Zur Vermeidung weiterer Schäden ist der Transport mit einem Rettungstransportwagen (RTW) zur weiterführenden medizinischen Versorgung in eine geeignete Behandlungseinrichtung angezeigt. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen Sanitäter, der nicht gleichzeitig Einsatzfahrer ist;
oder

4. Notarzttransport

Transportiert werden Notfallpatienten, die sich in Lebensgefahr befinden und/oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie am Notfallort nicht notärztlich versorgt werden. Lebensgefahr ist jedenfalls anzunehmen, wenn die Erkrankung im NACA-Score mit IV bis VI zu bewerten ist. Der Versicherte (Angehörige) ist unter Aufrechterhaltung der Transportfähigkeit mit dem Notarztwagen (NAW) in eine Krankenanstalt zu bringen. Die Betreuung während des Transportes erfolgt durch einen Sanitäter und einen Notarzt, wobei diese nicht gleichzeitig Einsatzfahrer sind.

Die aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes des Erkrankten jeweils notwendige Art des Transports ist ärztlich zu bescheinigen.

(4) 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 in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt übernommen, wenn die medizinische Notwendigkeit dieser Beförderungsart durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen und nachträglich vom chef- oder landesstellenärztlichen Dienst der SVS anerkannt worden ist.

(5) Wird ein privates Kraftfahrzeug benutzt oder erfolgt eine Krankenbeförderung im Sinne des Abs. 3 Z 1 durch ein entsprechend ausgestattetes Lohnfuhrwerk (Taxi bzw. Mietwagenunternehmen) ohne Vertrag, ersetzt die SVS Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes. Die Ermittlung hat über den „Distanzanzeiger“ der Sozialversicherung zu erfolgen.

(6) Bei nicht als Sachleistung in Anspruch genommenen Transporten im Sinne des Abs. 3 Z 2 bis 4, ersetzt die SVS Kosten gemäß § 85 Abs. 2 lit. b GSVG bzw. § 88 BSVG, jeweils iVm Teil 1, 2. Abschnitt, 16. Unterabschnitt der Krankenordnung. Die Höhe der für einen Transport mit einem Luftfahrzeug (Abs. 4) zu übernehmenden Kosten richtet sich nach dem von der SVS mit dem Rechtsträger der Flugrettungsorganisation vereinbarten Tarif. Gibt es keinen vertraglich festgesetzten Tarif, ersetzt die SVS bei einem Transport mit einem Luftfahrzeug Kosten nach Maßgabe der Anlage 3.

Satzung - Neufassung

(7) Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankeanstalt, eines Wahlarztes, eines Wahlzahnarztes, einer Wahl-Gruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung oder eines Wahlpartners gelten die Abs. 1 bis 6 mit der Maßgabe, dass die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt werden, der bei Inanspruchnahme

1. der nächstgelegenen geeigneten Krankeanstalt,
2. der nächsterreichbaren eigenen Einrichtung oder Vertragseinrichtung,
3. des nächstgelegenen geeigneten Vertragsarztes (Vertragszahnarztes) bzw. Vertragspartners oder
4. der nächstgelegenen geeigneten Vertragsgruppenpraxis

zu ersetzen gewesen wäre.

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

Kostenersatz bei Organtransplantationen für die Anmelde- und Registrierungskosten

§ 21. Für notwendige Organtransplantationen ersetzt die SVS die volle Höhe der notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten. Als Nachweis der Kostentragung nach § 96a GSVG bzw. § 93a BSVG hat der Antragsteller eine von der Einrichtung, die die Registrierung durchgeführt oder veranlasst hat, ausgestellte und saldierte Rechnung vorzulegen.

Fehlen vertraglicher Regelungen

§ 22. (1) Soweit und solange vertragliche Regelungen für bestimmte Leistungen nicht bestehen (außervertragliche Leistungen) leistet die SVS – sofern in dieser Satzung nicht abweichend bestimmt – Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse nach Maßgabe der Anlage 2.

(2) Bei Wegfall vertraglicher Regelungen mit Vertragspartnern leistet die SVS soweit in der Satzung nicht abweichend bestimmt

a) an Versicherte nach GSVG, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes Anspruch auf Sachleistung hatten, Kostenersätze bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen bei Inanspruchnahme der Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Kostenanteile;

b) an Versicherte nach dem GSVG, die vor Eintritt des vertragslosen Zustandes keinen Anspruch auf Sachleistung hatten, durch Kostenersätze nach Anlage 1 (Geldleistertarife);

c) an Versicherte nach dem BSVG Kostenzuschüsse bis zur Höhe jenes Betrages, den der Versicherungsträger nach den zuletzt in Geltung gestandenen vertraglichen Bestimmungen bei Inanspruchnahme der Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich der vom Versicherten zu leistenden Kostenbeteiligungen, maximal jedoch 80 % der tatsächlich erwachsenden Kosten.

(3) Stehen Vertragspartner für eine als Krankebehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen und/oder Kohlenstoffionen auf Rechnung der SVS nicht zur Verfügung, weil Verträge nicht zustande gekommen sind, leistet die SVS Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse nach den Regelungen der Abs. 4 bis 7.

(4) Für eine als Krankebehandlung erbrachte ambulante Tumorbehandlung durch eine punktförmige Bestrahlung des Tumors mit Protonen leistet die SVS einen Kostenersatz in Höhe von 18.649,59 €, jedoch begrenzt mit der Höhe der tatsächlich erwachsenden Kosten. Dies gilt mit Ausnahme von begründeten Einzelfällen für die Behandlung folgender Erkrankungen:

1. Melanome am Auge, die nicht für Brachytherapie mit Jod- oder Ruthenium-Applikatoren geeignet sind,
2. Chordome und Chondrosarkome der Schädelbasis,
3. Adenoid-zystische Speicheldrüsenkarzinome, wenn diese nicht operabel sind oder bei Vorliegen von makroskopischen Krankheitsrückständen nach einer Operation,
4. Pädiatrische Tumoren bei Patienten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres sowie
5. Meningeome, wenn diese neurologische Symptome verursachen und durch neurochirurgische Maßnahmen ein hohes Risiko für zusätzliche Schädigungen zu befürchten ist.

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

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

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

Abschnitt II

Versicherte und Angehörige nach dem GSVG

Familienversicherung/Versicherung eingetragener Partner

§ 23. 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 gemäß § 83 Abs. 2 GSVG), 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 § 32

§ 24. Eine Wiederaufnahme in die freiwillige Versicherung oder in den Kreis der Optionsberechtigten nach § 32 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 § 32 und
2. Zahlung der rückständigen Beiträge einschließlich des Beitrages für den laufenden Beitragszeitraum oder eine entsprechende Zahlungsvereinbarung.

Beiträge zur Zusatzversicherung

§ 25. 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

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

Art der Leistungserbringung

§ 27. (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 Abschnitt 1
 - b) Zahnbehandlung, ausgenommen Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 15, und Zahnersatz durch niedergelassene Zahnärzte nach Maßgabe der Anlage 1 Abschnitt 2
- in Form von Geldleistungen gewährt.

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

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

1. bei Versicherten der Betrag, der für die Ermittlung der Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 25a GSVG maßgebend ist, bzw. die Neuzuganggrundlage in der Krankenversicherung gemäß § 25a Abs. 4 GSVG;
2. bei Pensionisten die Pension nach dem GSVG;
3. bei Pensionisten, die gleichzeitig als Erwerbstätige versichert sind, die Summe der unter Z 1 und 2 bezeichneten Beträge.

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

Kostenanteil

§ 28. (1) Die Höhe des Kostenanteiles, den der Versicherte nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG zu entrichten hat, wird, soweit in den folgenden Absätzen sowie § 29 nichts anderes bestimmt ist, mit 20 Prozent der der SVS erwachsenden Kosten festgesetzt.

Satzung - Neufassung

(2) Der Kostenanteil der Versicherten (Angehörigen) beträgt

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

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

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

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

der mit den Vertragszahnärzten (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

(3) Über schriftlichen Antrag des Versicherten reduziert sich der Kostenanteil gemäß § 86 Abs. 1 und 2 GSVG, ausgenommen für Leistungen nach Abs. 2, 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 10 erreicht haben.

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

Das Gesamtziel kann auch bei Nichterreicherung der Gesundheits-Teilziele A., B. und/oder C. des Gesamtziels nach Anlage 7 bei Erreichung aller anderen Gesundheits-Teilziele im Einzelfall dennoch als erfüllt gelten, wenn sie aus medizinischen Gründen (Schwangerschaft, Knochenbruch etc.) nicht erreicht werden. Der Versicherte hat bei Antragstellung eine ärztliche Bestätigung über das Bestehen berücksichtigungswürdiger medizinischer Gründe vorzulegen.

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

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

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

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

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

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

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

Befreiung vom Kostenanteil

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

1. endoskopische Untersuchung der Speiseröhre, falls erforderlich des Magens (Oesophagoskopie, Gastroskopie);

2. endoskopische Untersuchung des Magens, falls erforderlich des Duodenums, mittels Fiberglasinstruments (Gastroskopie, Duodenumskopie);

3. endoskopische Untersuchung des Dickdarms (Koloskopie) exklusive und inklusive Polypenabtragung;

4. ärztliche Hilfe nach § 91 GSVG, soweit die Leistungen im Rahmen von oder im Zusammenhang mit „Disease Management – Diabetes“ – Projekten, die von der SVS finanziert werden oder an denen sich die SVS beteiligt, erbracht werden;

5. Kieferregulierungen für Kinder und Jugendliche nach § 15.

(2) Über Antrag wird ein Kostenanteil nach § 86 Abs. 1 und 2 GSVG, mit Ausnahme der Kostenanteile nach § 28 Abs. 2, für Versicherte nicht festgesetzt,

Satzung - Neufassung

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

Die Befreiung gilt ab Antrag, frühestens jedoch ab dem Vorliegen der Voraussetzungen. In den Fällen der Z 1 und 2 ist die Befreiung rückwirkend ab dem Beginn der Behandlung festzustellen. Die Befreiung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen. Liegen die Voraussetzungen bei Angehörigen 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 Kostenanteile nach § 28 Abs. 2 Z 3 und 4
2. Kinder nach § 83 Abs. 2 Z 2 bis 6 GSVG, mit Ausnahme der Kostenanteile nach § 28 Abs. 2 Z 3 und 4.

Befreiung vom Kostenanteil wegen Überschreitung der Kostenanteilsobergrenze

§ 30. (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 Kostenanteilen zu Leistungen im Sinne des § 28 Abs. 2.

Die Reduzierung des Kostenanteils gemäß § 28 Abs. 3 bis Abs. 5 hat hinsichtlich der Erreichung der Kostenanteilsobergrenze außer Betracht zu bleiben.

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

1. bei Erwerbstätigen das Zwölfwache der vorläufigen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung (§ 25a GSVG),
2. bei Beziehern von laufenden Geldleistungen aus der Pensionsversicherung die monatliche Beitragsgrundlage, hochgerechnet auf ein Jahr,
3. bei Versicherten nach den §§ 14a und 14b GSVG das Zwölfwache der Beitragsgrundlage nach § 14e GSVG,
4. bei Beziehern ausländischer Renten das Zwölfwache der ausländischen Rente nach § 29a GSVG,
5. bei Weiterversicherten das Zwölfwache der Beitragsgrundlage nach § 30 GSVG,

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

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

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

(5) Kostenanteile für Angehörige sind dem Versicherten anzurechnen, aus dessen Versicherungsverhältnis die Leistung in Anspruch genommen wurde.

Kostentragung und Kostenersatz bei Anstaltspflege

§ 31. Für Versicherte (Angehörige), 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 Kostenersätze nach Maßgabe der Anlage 1 Abschnitt 3 gewährt.

Optionsmöglichkeiten für Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte

§ 32. (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 (§ 31) oder

Satzung - Neufassung

2. Geldleistungen nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG und § 96 Abs. 2 GSVG (§ 31) 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 (§ 27) gewährt werden, sind berechtigt, über Antrag Sachleistungen nach § 85 Abs. 3 erster Satz GSVG unter Beibehaltung der Geldleistungen nach § 96 Abs. 2 GSVG (§ 31) in Anspruch zu nehmen.

(3) Der Zusatzbeitrag beträgt für die Option

1. nach Abs. 1 Z 1 99,62 € monatlich
2. nach Abs. 1 Z 2 124,51 € monatlich.

An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2025, die mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 47 GSVG) vervielfachten Beträge. Die Beträge sind auf Cent zu runden.

Rückwirkende Gewährung und Ruhen einer Unterstützungsleistung

§ 33. (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

§ 34. (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 § 33 gelten sinngemäß.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

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

Abschnitt III

Versicherte und Angehörige nach dem BSVG

Anspruchsberechtigung für Angehörige

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

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

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

Kostenzuschüsse bei Erster Hilfe

§ 38. (1) In den Fällen des § 88 Abs. 3 BSVG wird für die Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes bzw. eines beteiligten Arztes an einer Wahl-Gruppenpraxis ein Kostenzuschuss im doppelten Ausmaß des sich nach § 37 ergebenden Betrages gewährt. Für die Inanspruchnahme eines sonstigen Nichtvertragspartners gebührt der Kostenzuschuss in der Höhe der mit den in Betracht kommenden Vertragspartnern bzw. Vertragseinrichtungen vereinbarten Tarife. Der Kostenzuschuss darf 80 % der tatsächlich erwachsenden Kosten nicht übersteigen.

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

Zuzahlungen

§ 39. Gemäß § 80 Abs. 2 achter Satz BSVG beträgt die Zuzahlung des Versicherten (Angehörigen)

1. für Metallgerüstprothesen einschließlich fortgesetzter Klammer, Aufruhen, Zahnklammern und die erforderlichen Zähne sowie deren Reparaturen: 25 Prozent,
2. für Voll-Metallkronen an Klammerzähnen sowie für Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen: 25 Prozent,
3. für kieferorthopädische Behandlungen auf der Basis abnehmbarer Geräte pro Behandlungsjahr: 30 Prozent,

Satzung - Neufassung

4. für Reparaturen an Leistungen nach Z 3: 30 Prozent
der mit den Vertragszahnärzten (Vertragseinrichtungen) jeweils vereinbarten Tarifsätze.

Vierter Teil Unfallversicherung

Abschnitt I

Melde-, Versicherungs- und Beitragsrecht

Meldungen und Beiträge zur Teilversicherung in der Unfallversicherung Meldung nur unfallversicherter Personen (§ 37 ASVG)

§ 40. (1) Die Meldungen sind

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

binnen einem Monat bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu erstatten.

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

Beitragsgrundlage und Beitragssatz für teilversicherte Personen gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG (§ 74 Abs. 2 ASVG)

§ 41. (1) Der Beitrag für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG teilversicherten Personen beträgt 0,5 von Hundert einer kalendertäglichen Beitragsgrundlage, die einheitlich für alle in Betracht kommenden versicherten Personen mit 33,41 € festgesetzt wird.

(2) Die Beitragsgrundlage nach Abs. 1 ist mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2025, unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) zu vervielfachen. Der vervielfachte Betrag ist auf Cent zu runden.

Vorschreibung, Fälligkeit und Einzahlung der Beiträge für teilversicherte Personen in der Unfallversicherung nach dem ASVG (§§ 55, 58 Abs. 7 ASVG)

§ 42. (1) Die Beiträge für die gemäß § 7 Z 3 lit. c ASVG und § 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, g und j ASVG teilversicherten Personen, ausgenommen die Mitglieder (Ersatzmitglieder) der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weingesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, sind im Monat Oktober für das Kalenderjahr vorzuschreiben, mit Ablauf des Vorschreibemonats fällig und innerhalb eines Monats nach Fälligkeit zu entrichten. Die Beiträge für die gemäß § 8 Abs. 1 Z 3 lit. j ASVG teilversicherten Mitglieder (Ersatzmitglieder) der amtlichen Weinkostkommissionen nach § 57 des Weingesetzes 1999, BGBl. I Nr. 141, sind im Monat Mai für das vorangegangene Kalenderjahr vorzuschreiben, mit Ablauf des Vorschreibemonats fällig und innerhalb eines Monats nach Fälligkeit zu entrichten.

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

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

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

**Vorschreibung und Fälligkeit
der Beiträge für nur unfallversicherte Personen nach dem BSVG
(§ 33 Abs. 1 BSVG)**

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

(2) Die Beiträge für Personen, deren land/forstwirtschaftliche Tätigkeit in der Ausübung der sich aus einer Jagd- oder Fischereipachtung ergebenden Berechtigung besteht, sind im Monat Oktober vorzuschreiben und mit Ablauf des Vorschreibemonats fällig. Sie sind zum Fälligkeitstermin zur Gänze von der versicherten Person (Betriebsinhaber) zu entrichten.

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

§ 44. (1) Gemäß § 30 Abs. 6 BSVG wird die kalendertägliche Beitragsgrundlage für Personen, deren land/forstwirtschaftliche Tätigkeit in der Ausübung der sich aus einer Jagd- oder Fischereipachtung ergebenden Berechtigung besteht, sowie für gemäß § 3 Abs. 1 Z 1 BSVG pflichtversicherte Gesellschafter einer OG und unbeschränkt haftende Gesellschafter einer KG, mit 28,30 € festgesetzt. Als Beitrag sind 2 % dieser Beitragsgrundlage zu entrichten.

(2) Die Beitragsgrundlage nach Abs. 1 ist mit Wirksamkeit ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2025, unter Bedachtnahme auf § 47 BSVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) zu vervielfachen. Der vervielfachte Betrag ist auf Cent zu runden.

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

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

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

(2) Beitragsgrundlage für den Kalendertag ist nach Wahl der versicherten Person ein Betrag von 24,34 € oder 48,69 € oder 97,50 €.

(3) An die Stelle dieser Beträge treten ab 1. Jänner eines jeden Jahres, erstmals ab 1. Jänner 2025, die unter Bedachtnahme auf § 108 Abs. 6 ASVG mit der jeweiligen Aufwertungszahl (§ 108a ASVG) vervielfachten und auf Cent gerundeten Beträge.

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

(5) Der Beitragssatz beträgt 1,9 %.

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

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

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

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

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

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

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

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

Satzung - Neufassung

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

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

Abschnitt II Leistungsrecht

1. Unterabschnitt

Gemeinsame Bestimmungen für versicherte Personen nach ASVG und BSVG

Kostenersatz anstelle von Unfallheilbehandlung (§ 194a ASVG bzw. § 148t BSVG)

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

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

Reise- (Fahrt-) und Transportkosten

§ 50. Für den Ersatz von Reise- (Fahrt-) und Transportkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Unfallheilbehandlung sowie im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln im jeweils notwendigen Ausmaß gelten die §§ 19 und 20 mit der Maßgabe, dass Reise(Fahrt)kosten im Sinne dieser Bestimmung ohne Bedachtnahme auf die Befreiung von der Rezeptgebühr nach dem ersten und zweiten Teil der Richtlinien über die Befreiung von der Rezeptgebühr (soziale Schutzbedürftigkeit) ersetzt werden.

Zahnersatz infolge eines Arbeitsunfalles (§ 189 Abs. 2 ASVG bzw. § 148p Abs. 3 BSVG)

§ 51. Besteht Anspruch auf einen infolge eines Arbeitsunfalles erforderlichen Zahnersatz, erfolgt die Leistungserbringung in entsprechender Anwendung des § 14 mit der Maßgabe, dass festsitzender Zahnersatz unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen des § 14 Abs. 1 zweiter und dritter Satz erbracht wird und die nach § 14 Abs. 4 Z 2 zu erbringenden Zuschüsse nach Anlage 2, Abschnitt 4, 2. Unterabschnitt um 25 % erhöht und maximal in Höhe der dem Versicherten erwachsenden Kosten gewährt werden.

2. Unterabschnitt

Versicherte Personen nach dem ASVG

Unfallheilbehandlung (§ 192 ASVG)

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

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

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

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

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

3. Unterabschnitt

Versicherte Personen nach dem BSVG

Teilersatz der Ersatzarbeitskräfte (§ 148u BSVG)

§ 55. (1) Der Teilersatz für Ersatzarbeitskräfte beschränkt sich auf unaufschiebbare und notwendige Betriebsarbeiten, die von der versehrten Person regelmäßig ausgeübt wurden, während einer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit oder für den Fall des durch einen Versicherungsfall verursachten Todes. Das Ausmaß des Ersatzes beträgt 10,00 € je Arbeitsstunde, bei Inanspruchnahme des Teilersatzes in pauschaler Form 34,00 € je Einsatztag. Er gebührt während der ersten 90 Einsatztage eines Versicherungsfalles bis zu 8 Stunden täglich, für weitere Einsätze bis zu 6 Stunden täglich. Er wird längstens für 6 Monate ab Einsatzbeginn, bei Inanspruchnahme des Teilersatzes in pauschaler Form frühestens ab dem 7. Einsatztag nach Einsatzbeginn, gewährt; bei einem Versicherungsfall mit tödlichem Ausgang bis zu 2 Jahre nach dem Todesfall für jährlich höchstens 140 Einsatztage. Der Teilersatz darf 80 % der dem Einsatzbetrieb erwachsenen Kosten nicht übersteigen. § 7 gilt entsprechend.

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

Fünfter Teil

Schlussbestimmungen

Inkrafttreten

§ 56. (1) Diese Satzung tritt mit 1. Jänner 2024 in Kraft.

(2) § 10 ist in den Kalenderjahren 2023 und 2024 mit der Maßgabe anzuwenden, dass für Behandlungen im Kalenderjahr 2023 der Zuschuss geleistet werden kann, wenn die Durchführung von zumindest einer Mundhygiene-Sitzung in den letzten drei Kalenderjahren nachgewiesen wird und für Behandlungen im Kalenderjahr 2024, wenn die Durchführung von zumindest zwei Mundhygiene-Sitzungen in den letzten vier Kalenderjahren nachgewiesen wird.

Anlage 1

Vergütungstarife für Geldleistungsberechtigte

Abschnitt 1: Vergütungstarife für ärztliche Hilfe nach § 85 Abs. 2 lit. c GSVG

Auf die in Vorlage gebrachten saldierten Honorarnoten über geleistete ärztliche Hilfe werden Kostenersätze unter Zugrundelegung der im Rahmen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 4. Zusatzprotokolles erbracht. Abweichend davon kommt bei den Honorarpositionen A1, A2, E11, E12 und E3 ein Punktwert in der Höhe von 1,0476 € zur Anwendung. Bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 3 der Satzung wird der anzuwendende Punktwert bzw. Eurobetrag um 12,5%, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 4 und 5 der Satzung um 18,75% erhöht. Der Kostenersatz wird maximal in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten geleistet.

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, erbringt die SVS Kostenersätze nach Maßgabe der Anlage 2.

Abschnitt 2: Vergütungstarife für Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 85 Abs. 2 lit. c 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 34. Zusatzprotokolles erbracht. Ausgenommen für Leistungen gemäß § 28 Abs. 2 der Satzung wird bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 3 der Satzung der Kostenersatz um 12,5%, bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 28 Abs. 4 und 5 der Satzung um 18,75% erhöht. Der Kostenersatz wird maximal in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten geleistet.

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 nicht geregelt sind, erbringt die SVS Kostenersätze nach Maßgabe der Anlage 2.

Abschnitt 3
Vergütungstarife für Leistungen der Anstaltspflege im Falle der
Inanspruchnahme einer höheren Gebührenklasse nach
§ 96 Abs. 2 GSVG im Zusammenhang mit § 85 Abs. 2 lit. c GSVG

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

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

Satzung - Neufassung

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

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

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

Anlage 2

**Vergütungstarife für vertraglich nicht geregelte Leistungen
nach § 85 Abs. 4 iVm § 85 Abs. 2 lit. c GSVG bzw. § 80 Abs. 2 drittletzter Satz iVm § 239 BSVG**

**Abschnitt 1:
Ärztliche Hilfe**

Im Falle der Inanspruchnahme von Behandlungs-, Untersuchungsmethoden und Leistungen der ärztlichen Hilfe, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in der im Rahmen des Gesamtvertrages vom 1. Jänner 2020 mit der Österreichischen Ärztekammer abgeschlossenen Honorarordnung in der Fassung des 4. Zusatzprotokolles nicht geregelt sind, erbringt die SVS, sofern in dieser Anlage oder sonst in der Satzung nicht anders bestimmt, je Behandlung bzw. Untersuchung einen Kostenersatz bzw. Kostenzuschuss in Höhe von 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 350,00 €.

Für nachfolgende Leistungen der ärztlichen Hilfe werden Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

1. Sonderleistungen

Plethysmographie	21,90 €
Rheographie	21,09 €
13C Urea-Atemlufttest bei Helicobacter pylori-Infektion	36,59 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im Hoch- bzw. mittlereenergetischen Bereich (fokussierte ESWT)	192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niedereenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58 €
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90 €
Lasik-Behandlung	515,00 €
Ambulante Radiofrequenzablation von Schilddrüsenknoten	
Indikationen:	
a) Durch Feinnadelpunktion gesicherte benigne solide oder solid-zystische Knoten mit lokalen Symptomen (Druckgefühl, Schluckbeschwerden) mit einer Größe peripher ≥ 3 cm, im Isthmus Bereich ≥ 2 cm.	
b) Autonomes Adenom und gleichzeitig TSH Wert $\leq 0,4$.	
Ausbildungsvoraussetzungen der durchführenden Ärzte/Ärztinnen:	
a) Vorlage eines Ausbildungsnachweises einer standardisierten RFA-Schulung an einem Referenzzentrum	
b) Teilnahme am Qualitätsprogramm der AG-RFA	1.498,20 €
Osteopathie	16,34 €
Cataraktoperation/Kataraktoperation (einschl. Iridotomie und Biometrie)	900,00 €
Pleurasonographie	14,00 €
Nervensonographie	16,39 €
Arthrosenonographie	14,00 €

2. Physikalische Behandlungen

Manuelle Therapie (Lymphdrainage, Bindegewebsmassage)	15,55 €
Apparative Druckwellenmassage und (Unter-)Wasserdruckstrahlmassage	7,78 €
Spezialgymnastik je 15 min	9,19 €
Thermische (z. B. Kryotherapie) und Hydrophysikalische (z. B. Kohlensäurebad, Stangerbad) Anwendungen	3,71 €

Satzung - Neufassung

Elektrophysikalische Behandlungen (z. B. Nieder- und Mittelfrequenztherapie sowie kombinierte Anwendungen)	4,02 €
3. Laboruntersuchungen	
Laktose-Intoleranz-Test	25,00 €
Calprotectin	6,56 €

Abschnitt 2: Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

Für nachfolgende der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen werden Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

1. Behandlung durch einen nicht ärztlichen Psychotherapeuten

a) für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten	45,00 €
b) für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten	26,26 €
c) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Minuten pro Person	15,01 €
d) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Minuten pro Person	10,51 €

1a. Klinisch-psychologische Behandlung durch einen Klinischen Psychologen

a) für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten	45,00 €
b) für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten	26,26 €
c) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 90 Minuten pro Person	15,01 €
d) für eine Gruppensitzung (max. 10 P.) ab 45 Minuten pro Person	10,51 €

2. Behandlung durch einen zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigten Heilmasseur

2.1 Manuelle Heilmassage

Pro Sitzung; Minstdauer 15-20 Minuten	5,31 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald) bei primären oder sekundären Lymphödemen bzw. Phlebödem mit ulcus cruris; Minstdauer 50 Minuten	15,47 €
Manuelle Lymphdrainage – Dr. Vodder (Mald); Minstdauer 30 Minuten	9,29 €
Apparative Druckwellenmassage (Expressionssystem mit intermittierenden Druckwellen, zur Entlastungstherapie der Extremitäten); Minstdauer 45 Minuten	4,02 €
Unterwasserdruckstrahlmassage; Minstdauer 10-15 Minuten	5,41 €
Bindegewebssmassage	15,47 €

2.2 Elektrophysikalische Behandlung

Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Ultrareizstrom, Faradisation, diadynamischer Strom; Minstdauer 10 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Schwellstrom, Impulsgalvanisation, Hochvolttherapie; Minstdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit netzbetriebenen Geräten: Exponentialstrom; Minstdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie mit batteriebetriebenen Geräten: z. B. niederfrequente Wechselströme, TENS (transkutane Nervenstimulation); Minstdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Iontophorese, Galvanisation; Minstdauer 20 Minuten	1,98 €
Niederfrequenztherapie: Zweizellenbad; Minstdauer 20 Minuten	2,49 €
Niederfrequenztherapie: Vierzellenbad; Minstdauer 20 Minuten	3,19 €
Niederfrequenztherapie: Hydroelektrisches Vollbad	
Stanger-Bad; Minstdauer 20 Minuten	4,85 €
Niederfrequenztherapie: z. B. stereodyn. Strom, Interferenzstrom, Nemectrolyn, Wymoton; Minstdauer 15 Minuten	1,98 €

2.3 Hochfrequenz-, Ultraschall-, Fototherapie

Hochfrequenztherapie: Kurzwellen-, Mikrowellen-, Dezimeterwellen; Minstdauer 10 Minuten	1,98 €
Ultraschalltherapie; Minstdauer 5 Minuten pro Region; (mehr als zwei Regionen nur mit besonderer medizinischer Begründung)	2,22 €

Satzung - Neufassung

Trockene Wärmebehandlung: Infrarot, Rot-, Blau-, Glüh-, Teil-, Quarzlicht, Sollux, Mindestdauer 10 Minuten	1,14 €
Heißluft Mindestdauer 10 Minuten	2,22 €
2.4 Wärmeträger- und Kältetherapie Feuchte Wärmebehandlung: Moor, Parafin, Fango, Parafango, Munaripackung; Mindestdauer 20 Minuten	5,75 €
Kryotherapie: Kryopackungen z. B. Kryogel, Coldpack Langzeit; Mindestdauer 20 Minuten	1,72 €
2.5 Hydrotherapie Medizinalbad mit Zusatz: z. B. Sole-, Schwefel-, Moorschwebstoff-, Kohlensäurebad; Mindestdauer 20 Minuten	4,61 €
2.6 Hausbesuch Medizinisch notwendiger Hausbesuch	14,17 €

**Abschnitt 3:
Medizinische Hauskrankenpflege**

Für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal werden Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

1. Grundbetrag für Leistungen der medizinischen Hauskrankenpflege bis zur Dauer von 45 Minuten	12,29 €
2. Für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich der Kostenzuschuss um	4,10 €
3. Als Wegegebühr je gefahrenen Kilometer 80 % des jeweiligen amtlichen Kilometersgeldes.	

**Abschnitt 4:
Zahnbehandlung und Zahnersatz**

Im Falle der Inanspruchnahme von Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes gemäß § 94 GSVG bzw. § 95 BSVG, die als zweckmäßig und das Maß des Notwendigen nicht überschreitend anerkannt werden, die aber in dem mit der Österreichischen Zahnärztekammer abgeschlossenen Verrechnungsübereinkommen vom 1. Februar 1974 in der Fassung des 34. Zusatzprotokoll nicht geregelt sind, erbringt die SVS, sofern in dieser Anlage oder sonst in der Satzung nicht anders bestimmt, je Behandlung bzw. Untersuchung einen Kostenersatz bzw. Kostenzuschuss in Höhe von 60 Prozent der nachgewiesenen Kosten, höchstens jedoch den Betrag von 350,00 €.

**1. Unterabschnitt:
Sonstige Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung**

Für nachfolgende Leistungen der konservierend-prothetischen Zahnbehandlung werden Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

Schädel – Fernröntgen	59,09 €
Schiefe Ebene, Platzhalter, individuell gefertigte	
Mundvorhofplatte inklusive Anpassung und Nachkontrolle	60,30 €
Positioner inklusive Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	121,94 €
Aligner inklusive Anpassung und Nachkontrolle für ein Jahr	360,69 €
Individuell gefertigter Retainer (insbesondere Kleberretainer) pro	
Kiefer inklusive Anpassung und Nachkontrolle nach Abschluss	
einer kieferorthopädischen Behandlung	82,31 €
Tiefzieh-, Miniplast-, Aufbiss-, Knirscher-, Lingualschiene	67,45 €
Mundhygiene – einmal pro Kalenderjahr	40,00 €
Parodontalbehandlung bei Vorliegen von Parodontitis – maximal zweimal pro Kalenderjahr	50,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €

**2. Unterabschnitt:
Festsitzender Zahnersatz in medizinischen Sonderfällen**

Für nachfolgende Leistungen des festsitzenden Zahnersatzes werden bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 14 Abs. 1 zweiter und dritter Satz der Satzung Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der dem Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

Einzeitige Implantation	338,56 €
Zweizeitige Implantation	598,40 €
Krone in Verbindung mit Implantation	364,18 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	197,67 €
Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
Inlay Stift	26,98 €

Satzung - Neufassung

Stiftverankerung parapulpal je Stelle	29,76 €
Entfernung eines Implantates	33,72 €
Riegel	161,85 €
Steg	203,48 €
Krone kunststoffverblendet	283,25 €
Anfertigung einer Marylandbrücke	242,79 €
Voll-Porzellankrone	242,79 €
Abutment (Anker, Druckknopf, Magnetverankerung, Stegkappe, Locator)	155,84 €

Anlage 3**Tarife für Flugrettungstransporte**

Für Flugtransporte nach Verkehrsunfällen:

Primärtransporte pauschal	2.217,25 €
Sekundärtransporte pauschal	2.610,66 €

Für Flugtransporte nach sonstigen Unfällen bzw. in Notfällen:

Primärtransporte pauschal	1.154,01 €
Sekundärtransporte pauschal	1.566,39 €

Für Flugtransporte (Primärtransporte) nach einem Unfall in Ausübung von Sport und Touristik am Berg, sofern der Flugtransport auch dann erforderlich wäre, wenn sich der Unfall im Tal ereignet hätte:

Pauschal	987,83 €
----------	----------

Zuschlag für Nachtflüge, sofern der Einsatzbeginn zwischen der Abenddämmerung (ECET) und der Morgendämmerung (BCMT) liegt:

Pauschal	363,89 €
----------	----------

Anlage 4**Zuschüsse für festsitzenden Zahnersatz**

Einzelkrone	100,00 €
Stiftzahn	100,00 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	100,00 €
Reparatur der Zahnbrücke	11,63 €

Anlage 5**Kieferregulierungen nach § 94a GSVG bzw. § 95a BSVG (§ 15 der Satzung)**

1. Kieferorthopädische Beratung gemäß § 15 Abs. 1

Diese umfasst folgende Leistungen:

- Ersteinschätzung über die Notwendigkeit, Art und Dauer der KFO-Behandlung,
- Information über den Ablauf einer KFO-Behandlung,
- Information über die Art und Notwendigkeit der Mitwirkung (Compliance) des Patienten/der Patientin,
- Information über Vor- und Nachteile einer KFO-Behandlung.

2. Interzeptive kieferorthopädische Behandlung gemäß § 15 Abs. 2 Z 2

Die Leistung der interzeptiven kieferorthopädischen Behandlung umfasst:

- eine kieferorthopädische Diagnose (dreidimensional getrimmte Modelle, Fotos intra- und extraoral, Panoramaröntgen; bei Verdacht auf skeletale Abweichungen auch laterales Fernröntgen),
- Behandlungsplanung inklusive Erfolgsannahme,
- die kieferorthopädische Behandlung,
- die Dokumentation zum Ende der interzeptiven Behandlung mit deren Ergebnis.

Hiezu gehört auch die einmalige Reparatur der Geräte, deren Ursache in der Sphäre des Patienten gelegen ist. Weitere Reparaturen sind auf Kosten der SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

3. Reparatur im Rahmen der interzeptiven Behandlung

4. Kieferorthopädische Hauptbehandlung gemäß § 15 Abs. 2 Z 3

Die kieferorthopädische Hauptbehandlung umfasst:

A. Diagnostische Leistungen; dies sind:

- Behandlungsplanung,
- die klinische Inspektion der Mundhöhle und der Kiefer samt allenfalls notwendiger Überweisungen,

Satzung - Neufassung

- 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 SVS nur vorzunehmen, wenn diese einer Kostenübernahme zustimmt.

Anlage 6

**Einstufung der Kieferfehlstellung nach dem Index of Orthodontic Treatment Need (IOTN)
gemäß § 18 der Satzung**

1. IOTN 2b: Verkehrter Überbiss größer 0 mm, aber kleiner gleich 1 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 2b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 0 mm und weniger als/gleich 1 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
2. IOTN 2c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz kleiner gleich 1 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
3. IOTN 3b: Verkehrter Überbiss größer 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 3b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm und weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
4. IOTN 3c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss mit Diskrepanz größer als 1 mm, aber kleiner gleich 2 mm zwischen RKP und IKP:
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
5. IOTN 3e: Seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer 2 mm, aber kleiner gleich 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene.
6. IOTN 4a: Sagittale Stufe größer 6 mm, aber kleiner gleich 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 4a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 6 mm oder weniger als/gleich 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
7. IOTN 4b: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm ohne Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung: Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4b auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Mess-

Satzung - Neufassung

- strecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen, an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
8. IOTN 4c: Anteriorer oder posteriorer Kreuzbiss mit Diskrepanz größer 2 mm zwischen RKP (Retrale Kontaktposition) und IKP (Interkuspale Kontaktposition):
 - a) Anteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn 1, 2 oder 3 Oberkiefer-Schneidezähne in linguale Position stehen.
 - b) Posteriorer Kreuzbiss bzw. Kantbiss liegt vor, wenn für mindestens einen der Zähne (3 bis 7) eines der folgenden Merkmale vorliegt:
 - aa) Schneidekanten-Schneidekantenkontakt (Eckzahn)
 - bb) Höcker-Höcker-Verzahnung (bukkal lingual) Zähne 4 bis 7
 - cc) Kreuzbiss
 9. IOTN 4d: Ausgeprägte Kontaktpunktverschiebung von benachbarten bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Die Kontaktpunktverschiebung wird an den anatomischen Kontaktpunkten gemessen, wo Zähne von der Linie des Zahnbogens abweichen (rotierte Prämolaren werden nur berücksichtigt, wenn ein Kreuz- bzw. Kantbiss vorliegt). Generell nicht berücksichtigt werden:
 - a) Vertikale Verschiebungen in der Höhe
 - b) Lücken (auch nicht nach Zahnextraktionen), es sei denn, ein Zahn bzw. mehrere Zähne weichen vom Zahnbogen ab. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene; an den anatomischen Kontaktpunkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
 10. IOTN 4e: Extremer seitlicher oder frontaler offener Biss bei vollständig durchgebrochenen bleibenden Zähnen größer als 4 mm. Kriterium liegt bei mindestens einem Zahn vor. Messbereich: Zähne 1 bis 7. Messstrecke – vertikal (rechter Winkel) zur Okklusionsebene; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen. Messpunkte: Frontzahnbereich – Schneidekante-Schneidekante; Seitzahnbereich – Höckerspitze-Höckerspitze.
 11. IOTN 4f: Vergrößerter und kompletter Überbiss (eines oder mehrerer Frontzähne) mit traumatischem Einbiss in palatinale, labiale Schleimhaut.
 12. IOTN 4h: Wenig ausgeprägte Nichtanlage (ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
 13. IOTN 4l: Scherenbiss ohne funktionalen Okklusionskontakt in einem oder beiden Seitzahnsegment(en) – Messbereich: Zähne 4 bis 7.
 14. IOTN 4m: Verkehrter Überbiss größer als 1 mm, aber kleiner gleich 3,5 mm mit Kaustörung und/oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 4m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 1 mm oder weniger als/gleich 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
 15. IOTN 4t: Teilweise durchgebrochener Zahn, gekippt zum benachbarten Zahn, wenn durch gelindere Mittel (z. B. Separierdraht, Entfernen der Weisheitszähne, etc.) das Merkmal nicht beseitigt werden kann.
 16. IOTN 4x: Überzähliger bleibender Zahn bzw. überzählige bleibende Zähne, der/die eine Zahnentfernung notwendig macht/machen, gefolgt von einer kieferorthopädischen Behandlung zur Ausformung des Zahnbogens und/oder zum Lückenschluss. Vorhandensein eines überzähligen bleibenden Zahnes bzw. überzählige bleibender Zähne, bei dessen/deren Vorliegen nach einer angemessenen Extraktion (keine relevante negative Beeinflussung des Zahnbreitenverhältnisses von Oberkiefer zu Unterkieferzahnbogen und vice versa) eine kieferorthopädische Ausrichtung oder ein kieferorthopädischer Lückenschluss durchgeführt wird. Merkmal ist nicht gegeben bei (einem) überzähligen Weisheitszahn(zähnen).
 17. IOTN 5a: Sagittale Stufe größer 9 mm – Messbereich: Zähne 2 bis 2. Das 5a auslösende Merkmal ist gegeben, wenn an mindestens einem davon mehr als 9 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Definition der Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.
 18. IOTN 5h: Ausgeprägte Zahnunterzahl (mehr als ein nicht angelegter Zahn in mindestens einem Quadranten), die eine kieferorthopädische Behandlung für den Lückenschluss oder eine kieferorthopädische Behandlung für die Lückenöffnung als prärestaurative Maßnahme erfordert.
 19. IOTN 5i: Behinderung des regelrechten Zahndurchbruchs (mit Ausnahme Weisheitszahn) wegen
 - a) Platzmangels:
 - aa) bei Lückeneinengung: kleiner gleich 4 mm zwischen den zwei bleibenden Zähnen, die dem zu beurteilenden Zahn benachbart sind
 - bb) im Wechselgebiss in Oberkiefer-Stützzone kleiner gleich 18 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)
 - cc) im Wechselgebiss in Unterkiefer-Stützzone kleiner gleich 17 mm (Messstrecke: vom distalen Kontaktpunkt 2er zum mesialen Kontaktpunkt 6er)

Satzung - Neufassung

b) Verlagerung:

aa) Liegt der Zahn außerhalb des Zahnbogens (ektopisch) und ist nicht durchgebrochen, wird er als impaktiert betrachtet (maximale Durchbruchshemmung). Unter einer Verlagerung ist eine Fehllage des Zahnkeims ohne realistische Chance zum spontanen Zahndurchbruch zu verstehen. Eine Verlagerung von Weisheitszähnen rechtfertigt eine Einstufung in die Gruppe 5i nicht.

c) einem oder mehrerer überzähliger Zähne – wie etwa ein Mesiodens oder ein Odontom, die einen regelrechten Zahndurchbruch verhindern, und nach deren Entfernung eine kieferorthopädische Einreihung, Ausrichtung der Zähne bzw. ein Lückenschluss durchgeführt wird.

d) persistierender, ankylosierter oder retinierter Milchzähne, wenn der nachfolgende bleibende Zahn angelegt ist und keine Chance auf Spontandurchbruch nach Entfernung des retinierten Milchzahnes besteht. Anmerkung: Dies kann in der Regel erst nach einer Wartezeit von einem Jahr nach Entfernung des retinierten Milchzahnes unter Einbeziehung der Zahnwurzelentwicklung bewertet werden.

e) einer anderen pathologischen Ursache (z. B. Tumore).

Sobald der Zahn bzw. ein Teil des Zahnes im Mund sichtbar ist, ist 5 i nicht mehr zu geben.

20. IOTN 5m: Verkehrter Überbiss größer 3,5 mm mit Kaustörung oder Sprachbeeinträchtigung (ein eventuelles Nichtvorliegen der Störung bzw. Beeinträchtigung ist nachzuweisen): Messbereich (Zähne 2 bis 2). Das 5m auslösende Merkmal ist gegeben, wenn sich alle 4 oberen Schneidezähne im verkehrten Überbiss befinden und an mindestens einem davon mehr als 3,5 mm Distanz zum Antagonisten vorliegt. Messstrecke: Parallel zur Okklusionsebene und radial zum Zahnbogen; an den Punkten, die am weitesten voneinander entfernt liegen.

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

22. IOTN 5s: Infraokklusion eines Milchzahns wird nur dann erfasst, wenn nur zwei Höcker sichtbar verbleiben und/oder die benachbarten Zähne stark über diesem Milchzahn zueinander gekippt sind und dadurch der überdeckte Zahn in seinem vollständigen Durchbruch gehemmt wird.

Anlage 7

Gesundheits-Teilziele (Gesamtziel) nach § 28 Abs. 3 Z 1 der Satzung

Als Gesundheits-Teilziele kommen ausschließlich in Betracht:

A. Bereich „Blutdruck“

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

B. Bereich „Gewicht“

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

C. Bereich „Bewegung“

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

D. Bereich „Alkoholkonsum“

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

*

Die SVS-Satzung 2024 wurde am 12. Dezember 2023 von der Hauptversammlung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen beschlossen und vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit Bescheid vom 15. Dezember 2023, GZ: 2023-0.904.712, genehmigt.

Der Obmann:**Lehner****Der leitende Angestellte:****Aubauer**