

Amtliche Verlautbarung der österreichischen Sozialversicherung im Internet

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen

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

2. Änderung der SVS-Satzung 2024

Die SVS-Satzung 2024 der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, verlautbart unter avsv Nr. 81/2023 am 18. Dezember 2023, zuletzt geändert durch avsv Nr. 27/2024 am 27. März 2024, wird wie folgt geändert:

1. Im Inhaltsverzeichnis wird nach § 57 folgender § 58 samt Bezeichnung eingefügt:

„Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung § 58“

2. § 8 Abs. 1 lautet:

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

3. Im § 8 Abs. 4 wird der Ausdruck „Achtfachen“ durch den Ausdruck „Zehnfachen“ sowie der Ausdruck „§ 23 der Krankenordnung“ durch den Ausdruck „§ 23b der Krankenordnung“ ersetzt.

4. Im § 11 wird der Ausdruck „124,89 €“ durch den Ausdruck „131,38 €“ ersetzt.

5. Im § 12 Abs. 1 wird der Ausdruck „399,97 €“ durch den Ausdruck „421,82 €“ ersetzt.

6. § 14 Abs. 1 lautet:

„(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),
5. bei Patienten mit Aplasie im Bereich der Zähne 1 bis 5 im Ober- bzw. Unterkiefer.

Zum notwendigen Zahnersatz gehört auch die notwendige Reparatur von notwendigen Zahnersatzstücken. Für festsitzenden Zahnersatz ohne medizinische Notwendigkeit übernimmt die SVS, mit Ausnahme der Zuschüsse nach Anlage 4, keine Kosten.“

7. Im § 28 Abs. 3 wird jeweils der Ausdruck „Anlage 10“ durch den Ausdruck „Anlage 7“ ersetzt.

8. Im § 55 Abs. 1 zweiter Satz wird der Ausdruck „37,28 €“ durch den Ausdruck „38,99 €“ ersetzt.

9. Nach § 57 wird folgender § 58 samt Überschrift eingefügt:

„Wirksamkeitsbeginn der 2. Änderung

§ 58. Die 2. Änderung der SVS-Satzung 2024 tritt mit 1. Jänner 2025 in Kraft.“

10. Anlage 2 lautet:

„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

2. Änderung der Satzung

der Fassung des 5. 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 €.

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. mittelergetischen Bereich (fokussierte ESWT)	192,00 €
Dreimonatspauschale für extrakorporale Stoßwellenbehandlungen im niederenergetischen Bereich (radiale ESWT)	38,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Lymphologische Liposculptur – 6 Stellen	1.516,58 €
Lymphologische Liposculptur – 4 Stellen	1.008,90 €
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 €
Nadelakupunktur je Sitzung	17,50 €
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 €
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; Mindestdauer 15-20 Minuten	5,31 €

2. Änderung der Satzung

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

Abschnitt 2a:**Beistand durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege**

Für nachfolgende Leistungen durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit Spezialisierung in Kinder- und Jugendlichenpflege nach § 17 Abs. 2 Z 1 GuKG werden Kostenersätze bzw. Kostenzuschüsse in der genannten Höhe, maximal jedoch in Höhe von 80% der der Versicherten erwachsenen Kosten, geleistet:

1. Physischer Beistand nach der Geburt	28,00 €
2. Telefonischer Beistand nach der Geburt (zwei Mal pro Behandlungsfall)	10,00 €

2. Änderung der Satzung

**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 Kilometergeldes.	

**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 35. 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:

Platzhalter	60,30 €
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 €
Stabilisierungsschiene bei CMD, Protrusionsschiene (Schnarchschiene), DROS-Schiene (Oberkiefer-Aufbiss-Schiene), Unterkiefer-Entlastungsschiene, NAM-Schiene, Nachtschiene, Michiganschiene, Dekompressionsschiene, Relaxationsschiene, Äquilibrationsschiene, Akutschiene, Gnathologische Schiene, Aufbiss-Schiene, Tiefziehschiene, Bruxismus- bzw. Knirscherschiene, Strahlenschutz-Schiene/Retraktor, Trauma-Schiene und Ähnliche	89,00 €
Mundhygiene – einmal pro Kalenderjahr	40,00 €
Parodontalbehandlung bei Vorliegen von Parodontitis – maximal zweimal pro Kalenderjahr	50,00 €
Digitale Volumen Tomographie	55,00 €
Freilegung eines retinierten Zahnes / mit Anschlingung	190,00 €
Einmalige Versorgung eines stark zerstörten Milchmolaren (bis zum Zahnwechsel) einschließlich Entfernung der kariösen Zahnschubstanz und Pulpenüberkappung	65,00 €

**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 €
Implantat jeweils inklusive aller diagnostischen und therapeutischen Vor- und Nebenleistungen (ausgenommen CT oder DVT) im Zusammenhang mit einem abnehmbaren Zahnersatz oder einem aus medizinischen Gründen notwendigen festsitzenden Zahnersatz – Haltbarkeit mindestens 10 Jahre. Der Zuschuss gebührt je Einheit	
a) in den Fällen des § 14 Abs. 1 Z 1 bis 3, sowie bei Nichtanlage von bleibenden Frontzähnen und Prämolaren bei unversehrten Nebenzähnen nach Abschluss des Kieferwachstums.	
b) im zahnlosen Kiefer bei ausgeprägter Atrophie des Kieferkammes in Kombination mit einer Totalprothese im Oberkiefer maximal 4 Einheiten, im Unterkiefer maximal 2 Einheiten.	
c) in zahnmedizinisch besonders begründeten Einzelfällen maximal 4 Einheiten im Unterkiefer	
Krone in Verbindung mit Implantation	364,18 €
Zahnbrücke (je Teil der Brücke)	197,67 €
Stiftverankerung pulpal gegossen	98,84 €
Inlay Stift	26,98 €
Stiftverankerung parapulpal je Stelle	29,76 €
Entfernung eines Implantates	33,72 €

2. Änderung der Satzung

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 €
Knochenaufbau mit körperfremdem Material	45,20 € ^{cc}

11. Anlage 7 lautet:

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

E. Bereich „Rauchverhalten“

Gesundheitsstatus	Gesundheits-Teilziel
Raucher	Sicher Nichtraucher
Sicher Nichtraucher	Sicher Nichtraucher

„Raucher“ ist, wer Tabakerzeugnisse oder verwandte Erzeugnisse iSd TNRG (z.B. pflanzliche Raucherzeugnisse, elektronische Zigaretten und deren Liquids) oder sonstige, inhalative Noxen beinhaltende Erzeugnisse, konsumiert.

Die genannten Bereiche Blutdruck, Gewicht (entspricht „BMI [kg/m²]“), Bewegung (entspricht „körperlicher Bewegung“), Alkoholkonsum und Rauchverhalten sind in der dritten Zusatzvereinbarung zum Vorsorgeuntersuchung-Gesamtvertrag geregelt (avsv 2012/5 bzw. avsv 2011/402).“

2. Änderung der Satzung

*

Die 2. Änderung der SVS-Satzung 2024 wurde am 17. Dezember 2024 von der Hauptversammlung der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen beschlossen und vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz mit Bescheid vom 18. Dezember 2024, GZ: 2024-0.923.567, genehmigt.

Der Obmann:

Lehner

Der leitende Angestellte:

Biach