



## Kostenersätze für Sachleistungsberechtigte

### Ärztliche Hilfe

## Gesund ist, immer zu wissen, was gesünder macht.

Sachleistungsberechtigte können sämtliche Pflichtleistungen der gewerblichen Krankenversicherung ohne vorherige Auslagen in Anspruch nehmen. Bei Sachleistungsanspruch erfolgt die direkte Verrechnung der medizinischen Leistungen zwischen den Vertragspartnern und der SVA.

Lässt ein Sachleistungsberechtigter Untersuchungen oder Behandlungen „privat“ durchführen, so können die Honorarnoten oder Rechnungen im Original oder online zur Vergütung eingereicht werden. In diesem Fall wird ein Kostenersatz bis zur Höhe jenes Betrages geleistet, den die SVA als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte.

Der nachstehende Tarifauszug gibt Aufschluss über die Höhe der Vergütungen für die in der Praxis häufigsten Leistungen eines Arztes, eines Labors, einer physikalischen Behandlung und einer ambulanten Operation. Der 20%ige Kostenanteil ist bereits abgezogen. Die Beträge erhöhen sich für Versicherte und Pensionisten, die von der Zahlung eines Kostenanteils befreit sind, sowie Kindern. Bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten beträgt der Kostenanteil nur 10 %.

#### Arzt

<b>Praktischer Arzt</b>	Euro
Erste Ordination – einmal im Monat	15,40
Weitere Ordination	10,66
Zuschlag bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	15,99
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	10,66
Erste Visite	35,24
weitere Visite	28,42
Zuschlag bei Nacht (von 20 bis 7 Uhr)	30,80
Zuschlag an Sonn- und Feiertagen	18,36
<b>Facharzt</b>	
Erste Ordination, je nach Fachgebiet	von 18,95 bis 21,91
Weitere Ordination	9,47
Erste Visite, je nach Fachgebiet	von 36,42 bis 38,50
Weitere Visite	26,94

#### Sonderleistungen

##### Injektionen

intramuskulär	1,18
intravenös	3,55
in ein großes Gelenk (z.B. Knie, Hüfte)	29,58
Infiltration	10,65
Infusion	14,79

##### Augenheilkunde

Brillenbestimmung bei Astigmatismus	5,92
Tonometrie (Augendruckmessung)	8,87
Sondierung oder Spülung eines Tränenweges (pro Quartal)	35,50
Entfernung von Fremdkörpern	11,83

##### Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie

Kleine Wundversorgung mit Naht	29,58
Kleine operative Eingriffe	bis 8,87
Gipsverbände und Modellverbände	bis 88,75
Zinkleimverband	17,75

##### Frauenheilkunde

Gewebeentnahme für zytologische Untersuchung	4,14
Tamponade der Gebärmutter	23,66

##### Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Tonschwellenaudiometrie	17,75
Sprachaudiometrie	23,66
Entfernung von Fremdkörpern	5,92
Attic-Spülung	4,74
Punktion einer Nebenhöhle	26,62

##### Innere Medizin und Lungenheilkunde

EKG komplett	30,58
Ergometrie	57,61
Bronchospasmodolysetest	10,06

##### Neurologie und Psychiatrie

Ausführliche psychiatrische Exploration	22,02
Psychotherapeutische Sitzung	bis 53,96
EEG	71,00
ENG	40,23

##### Radiologie

Durchleuchtung	11,21
Röntgenaufnahme	
Format 18 x 24	9,61
Format 24 x 30	11,21
Format 35 x 35	14,02

## Sonographien (Ultraschall)

Oberbauch	32,48
Nieren	21,36
Unterbauch	21,36
Kindliche Hüften	26,26

## Urologie, Dermatologie

Katheterismus der Harnblase	5,92
Blasenspülung	2,37
Allergieaustestung	24,85
Epicutan-Test	27,81

## Labor

### Blutuntersuchungen

Blutbild komplett	3,46
Blutzuckerbestimmung	0,99
Elektrolyte (z.B. Natrium, Kalium, Kalzium)	0,99
Enzyme (z.B. GOT, GPT)	0,99
Cholesterin	0,99

### Physikalische Behandlung

Manuelle Massage	5,18
Bewegungstherapie	11,24
Elektrophysikalische Behandlung (z.B. Kurzweile)	5,18
Galvanisation	3,89
Iontophorese	4,32
Ultraschall pro Sitzung	6,92
Inhalation	4,32
Moorpackungen	6,49

### Ambulante Operationen

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

#### Operationsgruppen

I (z.B. Entfernung eines Finger- oder Zehennagels)	34,84
II (z.B. einfache Krampfadern)	78,38
III (z.B. Hammerzehe)	136,45
IV (z.B. Nervennaht bei frischen Verletzungen)	261,29
V (z.B. ausgedehnte Hautplastik)	444,19
Regiezuschlag für ambulante Operationen der Gruppen I bis IV	8,71 bis 26,13
ab Operationsgruppe V	nach Aufwand
Anästhesie, Narkose	17,42 bis 162,58
Assistenz (ab Gruppe II)	17,42 bis 130,65

## Bitte beachten Sie

Belege im Original oder online zur Vergütung einreichen.

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

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

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