

Die Leistungen der Krankenversicherung nach dem GSVG (zu Frage 1.8)

INHALTSVERZEICHNIS

- 1. Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung**
 - 1.1 Wer ist sachleistungs-/geldleistungsberechtigt?
 - 1.2 Unterschiede im Leistungsanspruch
 - 1.3 Optionen im Rahmen der Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung und ihre Kosten
 - 1.4 Krankenversicherungsschutz bei Mehrfachversicherung
- 2. Der Leistungskatalog**
 - 2.1 Pflichtleistungen
 - 2.2 Freiwillige Leistungen
- 3. Vergütung nur auf Antrag**
- 4. Selbstbehalt**
- 5. Rezeptgebühr**
- 6. Mitversicherung von Angehörigen**
- 7. Weiterversicherung**
- 8. Zusatzversicherung**

Die Leistungen der Krankenversicherung nach dem GSVG (zu Frage 1.8)[°]

Nachstehend werden die wichtigsten Leistungen, die die gewerbliche Krankenversicherung den Erwerbstätigen, Pensionisten und deren Angehörigen bietet, beschrieben. Aus Gründen der Übersicht können nicht alle Details behandelt werden. Für die Praxis ist daher zu empfehlen, den Krankenversicherungsschutz im Rahmen der gewerblichen Krankenversicherung in einem persönlichen Gespräch mit dem zuständigen Mitarbeiter in der SVAgW auf die individuellen Bedürfnisse abzustimmen.

1. Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung

In der gewerblichen Krankenversicherung entscheidet idR die Höhe der Beitragsgrundlage, ob der Versicherte sach- oder geldleistungsberechtigt ist. Ist die Beitragsgrundlage nicht höher als die „Sachleistungsgrenze“ (€ 65.099,99^{*} = ein Cent unter der jeweiligen Jahreshöchstbeitragsgrundlage), ist der Versicherte sachleistungsberechtigt, liegt sie darüber, besteht Geldleistungsberechtigung.

1.1 Wer ist sachleistungs-/geldleistungsberechtigt?

Sachleistungsberechtigt sind folgende Personengruppen:

- „Neuzugänge“, das sind Versicherte in den ersten drei Jahren ihrer Berufsausübung.
- GSVG-krankenversicherte Erwerbstätige, deren Einkommensteuerbescheid des drittvorangegangenen Jahres zu einer Beitragsgrundlage bis maximal zur „Sachleistungsgrenze“ führt oder die im drittvorangegangenen Jahr nicht zur Einkommensteuer veranlagt wurden.
- GSVG-krankenversicherte Pensionisten.
- Versicherte und Pensionisten mit mehrfachem Krankenversicherungsschutz.

[°] Diese Anlage wird von Herrn Gerhard Schumlits, SVAgW, gewartet. Die Bestimmungen über die gewerbliche Krankenversicherung verändern sich laufend, dies trifft insbesondere auf den Leistungskatalog (siehe Pkt. 2.2) zu, der immer wieder den aktuellen Bedürfnissen, dem medizinischen Fortschritt und den Vorgaben des Gesundheitsministeriums entsprechend angepasst werden muss. Die Ausführungen zur gewerblichen Krankenversicherung können daher nur einen Überblick und damit eine erste Orientierungshilfe darstellen. Der jeweils aktuelle Stand der Bestimmungen und die Leistungen der gewerblichen Krankenversicherung sind unter www.svagw.at, Fachinformation, aufzufinden.

^{*} Veränderlicher Wert, der jedes Jahr angepasst wird.

- BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld.

Geldleistungsberechtigt sind folgende Personengruppen:

- Ausschließlich nach dem GSVG krankenversicherte Erwerbstätige, deren Einkommensteuerbescheid des drittvorangegangenen Jahres zu einer Beitragsgrundlage über der „Sachleistungsgrenze“ führt, dh die ihre Beiträge von der Jahreshöchstbeitragsgrundlage (€ 65.100,-*) entrichten (ab dem vierten Jahr ihrer Berufsausübung).
- GSVG-krankenversicherte Pensionisten, die neben ihrer Pension eine GSVG-pflichtversicherte Erwerbstätigkeit ausüben, und deren Erwerbseinkünfte und Pension in Summe die „Sachleistungsgrenze“ übersteigen.
- Versicherte und Pensionisten, die die Option „volle Geldleistungsberechtigung“ gewählt haben.
- Versicherte und Pensionisten, die sich für die Option „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“ entschieden haben, nur hinsichtlich der Spitalpflege in der Sonderklasse.

Hinweis

Die Anspruchsberechtigung der Angehörigen richtet sich nach der des Hauptversicherten.

1.2 Unterschiede im Leistungsanspruch

- **Sachleistungsberechtigte** können sämtliche Pflichtleistungen der Krankenversicherung ohne vorherige Auslagen in Anspruch nehmen. Der bei einzelnen Leistungen vorgesehene meist 20%-ige (bei Erfüllung aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“ 10%-ige) Selbstbehalt wird erst nachträglich vorgeschrieben bzw von der Pension einbehalten. Bei Sachleistungsanspruch erfolgt grundsätzlich eine unmittelbare Verrechnung zwischen dem Vertragspartner und der SVAgW.

Will ein Sachleistungsberechtigter Untersuchungen oder Behandlungen „privat“ durchführen lassen, so kann er die Honorarnoten oder Rechnungen zur Vergütung einreichen. Er erhält dann einen Kostenersatz bis zur Höhe jenes Betrages, den die SVA als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des Kostenanteiles.

- **Geldleistungsberechtigte** sind dem Arzt gegenüber Privatpatienten. Nach Vorlage der saldierten Arztrechnungen wird ein „Kostenersatz“ nach einem Vergütungstarif geleistet, wobei die Vergütung im Einzelfall 80% des Rechnungsbetrages nicht übersteigen darf.

Bei einem Spitalaufenthalt in der Sonderklasse oder in einer Krankenanstalt ohne allgemeiner Gebührenklasse gebührt ein Kostenersatz für die Anstaltsgebühr sowie eine Pauschalvergütung für Sondergebühren und eventuell ein Operationskostenersatz.

Für auf Privatrezept verschriebene und privat bezogene Heilmittel (Medikamente) werden ebenfalls Kostenersätze erbracht. Die Umschreibung eines Privatrezeptes

auf ein Kassenrezept kann jedoch auch in der Apotheke vorgenommen werden, so dass dann ein Bezug wie bei Sachleistungsberechtigung (= gegen Zahlung der Rezeptgebühr) möglich ist.

Insbesondere Krankenhauspflege auf der allgemeinen Gebührenklasse, Heilbehelfe, Hilfsmittel, Transporte sowie ambulante Behandlungen in Vertragskrankenanstalten können auch vom geldleistungsberechtigten Versicherten als Sachleistung gegen direkte Verrechnung der Kosten in Anspruch genommen werden.

Hinweis: Das Erreichen von fünf Gesundheitszielen im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“ belohnt die SVA mit einem von 20 auf 10 Prozent reduzierten Selbstbehalt für ärztliche und zahnärztliche Leistungen.

So kommt man in den Genuss des reduzierten Selbstbehalts:

- Man vereinbart mit seinem Arzt des Vertrauens einen Termin für den Gesundheitscheck (Vorsorgeuntersuchung).
- Basierend auf den Ergebnissen des Gesundheitschecks werden im Rahmen des Programms mit dem Arzt individuelle Gesundheitsziele zu Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak und Alkoholkonsum festgelegt – das kann der Erhalt guter Werte oder die Verbesserung in einzelnen Bereichen sein – und einen angemessenen Termin für ein Evaluierungsgespräch (frühestens nach sechs Monaten).
- Sind die Gesundheitsziele dann erreicht, stellt der Arzt ein positives Gutachten aus, man stellt einen Antrag auf Reduzierung und kommt in den Genuss des halben Selbstbehalts. Werden die Ziele nicht erreicht, können mit dem Arzt neue Gesundheitsziele definiert werden.
- Das Formular, mit dem man den reduzierten Selbstbehalt beantragen kann, findet man beim Arzt, in den SVA-Landesstellen und auf www.sva-gesundheitsversicherung.at zum Download.
- Bei Gewährung ist ab dem Folgemonat – sobald eine entsprechende Leistung in Anspruch genommen wird – nur noch der halbe Selbstbehalt fällig.
- Die Halbierung gilt vor Vollendung des 40. Lebensjahres für drei Jahre und ab Vollendung des 40. Lebensjahres für zwei Jahre.

Hinweis

In diesem Teil ist mehrmals von „Tarifen“ und „tarifmäßiger Vergütung“ die Rede. Diese sind unter www.sva.at, Tarifauskunft, aufzufinden.

1.3 Optionen im Rahmen der Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung und ihre Kosten

Sach- und Geldleistungsberechtigte können den Versicherungsschutz ihren Bedürfnissen individuell anpassen. Folgende Optionen stehen ihnen dabei zur Verfügung:

- Für Sachleistungsberechtigte
 - die „volle Geldleistungsberechtigung“, bei der Versicherte, die sich für dieses Leistungspaket entscheiden, den Arzt als Privatpatient aufsuchen. Bei Wahl der Spital-Sonderklasse werden die Mehrkosten zum Teil ersetzt.
 - die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“, bei der Versicherte für den Fall der Behandlung auf der Sonderklasse eines Krankenhauses geldleistungsberechtigt sind und die tariflich vorgesehene Vergütung der Mehrkosten erhalten. Alle anderen Leistungen stehen als Sachleistung zur Verfügung.
- Für Geldleistungsberechtigte die „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“ (siehe vorstehend).
- Die Kosten der Optionen

Wer sich als Sachleistungsberechtigter für ein anderes Leistungspaket entscheidet, muss einen monatlichen Zusatzbeitrag leisten, und zwar

- € 97,50* für die Option „volle Geldleistungsberechtigung“ und
- € 78,02* für die Option „Sonderklasse – Geldleistungsberechtigung“.

Für Geldleistungsberechtigte ist die Option „Sonderklasse – Geldleistungsberechtigung“ und damit „Arztbesuch mit e-card“ seit 2013 kostenlos.

Hinweis

Eine Vergütung der Mehrkosten für die Spital-Sonderklasse setzt voraus, dass die Geldleistungsberechtigung bereits sechs Monate bestanden hat. Unmittelbar vor Beginn der Option liegende Zeiträume einer Geldleistungsberechtigung ersetzen oder verkürzen diese Wartezeit.

Solange der Versicherte einen freiwillig gewählten Leistungsanspruch nicht widerruft, bleibt er auch bei einem einkommensbedingten Anspruchswechsel erhalten. Die Höhe des Zusatzbeitrages wird allerdings den geänderten Verhältnissen angepasst. (Für Geldleistungsberechtigte: Der Optionsantrag kann auf die Zeit der Geldleistungsberechtigung beschränkt werden.)

Die Feststellung der endgültigen Beitragsgrundlage anhand des Einkommensteuerbescheides des laufenden Jahres verändert nachträglich weder die Anspruchsberechtigung noch den Zusatzbeitrag.

Die gewählte Option beginnt mit dem Monatsersten nach Antragstellung bzw. mit Beginn der Pflichtversicherung. Die freiwillige Beendigung (der Widerruf) einer Option ist frühestens zum Ende des auf den Beginn folgenden Kalenderjahres möglich. Eine zB ab 1. Jänner 2010 oder während des Jahres 2009 beantragte Option kann daher frühestens mit 31. Dezember 2011 beendet werden.

Der Zusatzbeitrag für eine Option schließt auch den entsprechenden Leistungsanspruch für anspruchsberechtigte Ehepartner und Kinder ein. Für familienversicherte Angehörige sind weitere Zusatzbeiträge zu zahlen. Die Prämien für eine private Spital-Zusatzversicherung können sich deutlich reduzieren, wenn bei Wahl der Sonderklasse Geldleistungsberechtigung nach dem GSVG besteht (siehe Anlage 3). Die Kontaktaufnahme mit der Privatversicherung ist daher zu empfehlen.

1.4 Krankenversicherungsschutz bei Mehrfachversicherung

Mehrfachversicherte können die für die Leistungserbringung zuständige Krankenversicherung bestimmen: Der Versicherte kann sich bei jedem Versicherungsfall den zuständigen Versicherungsträger aussuchen. Einfach dadurch, dass er beispielsweise beim Vertragsarzt angibt, welches Institut die Arztkosten übernehmen soll, privat gezahlte Honorarnoten bei der Krankenkasse seiner Wahl zur Vergütung einreicht oder im Spital seine Wünsche bekannt gibt.

Es gibt nur eine Einschränkung: Jener Versicherungsträger, der bei Beginn der Krankheit (zB beim Arzt für Allgemeinmedizin) leistungszuständig ist, bleibt für die gesamte Behandlungsdauer zuständig. Er muss auch für eventuell weitere Behandlungskosten (Facharzt, Heilmittel usw) aufkommen. Ein Wechsel ist erst wieder bei Eintritt eines neuen Versicherungsfalles zulässig.

Sachleistungen gebühren nur einmal, Geldleistungen (zB das Wochengeld sowie – bei Abschluss einer GSVG-Zusatzversicherung – Kranken- bzw Taggeld) können von jedem zahlungsverpflichteten Versicherungsträger bezogen werden.

Die Unterscheidung zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigung gilt für Mehrfachversicherte nicht. Sie sind grundsätzlich sachleistungsberechtigt, können aber freiwillig zur Gruppe der Geldleistungsberechtigten wechseln, indem sie eine der Optionen „volle Geldleistungsberechtigung“ oder „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“ wählen.

2. Der Leistungskatalog

Die SVAgW hat Vorsorge zu treffen für

- die Früherkennung von Krankheiten und Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit,
- die Versicherungsfälle der Krankheit und der Mutterschaft,
- Zahnbehandlung und Zahnersatz,
- medizinische Maßnahmen der Rehabilitation.

Die Leistungen werden unterteilt in Pflichtleistungen (auf sie besteht Rechtsanspruch) und freiwillige Leistungen.

2.1 Pflichtleistungen

- **Jugendlichenuntersuchungen**

Pflichtversicherte Jugendliche sollen zwischen 15 und 19 Jahren mindestens einmal jährlich auf ihren Gesundheitszustand untersucht werden. Da bei der SVAgW nur wenige Jugendliche – zumeist über die Führung eines Deszendentenfortbetriebes – pflichtversichert sind, werden die Untersuchungen hauptsächlich von den Gebietskrankenkassen durchgeführt. Jugendliche, deren Wohnort in Wien, Niederösterreich oder Burgenland liegt, werden im SVA-Gesundheitszentrum in Wien untersucht.

- **Vorsorge(Gesunden)untersuchungen**

Zur Vorsorge(Gesunden)untersuchung können sich Frauen und Männer, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, einmal jährlich anmelden. Die Anmeldung erfolgt direkt bei der die Vorsorgeuntersuchung durchführenden Vertragsstelle (Arzt, Ambulatorium etc).

- **Ärztliche Hilfe**

- ...für Sachleistungsberechtigte**

Ärztliche Hilfe leisten alle Vertragsärzte der SVAgW aufgrund der e-card zunächst kostenlos. Ein Selbstbehalt von 20% (10% bei Erreichung aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“) des Tarifes wird erst nach Abrechnung des Arztes mit der SVAgW vorgeschrieben bzw von der Pension einbehalten.

Mit der österreichweit einsetzbaren e-card wurde das System „Patientenschein“ abgelöst. Die e-card dient wie der frühere Patientenschein nur der Prüfung, ob der Karteninhaber zum Zeitpunkt der Vorlage beim Arzt krankenversichert ist oder nicht. Auf der e-card werden keine Gesundheitsdaten gespeichert, der Chip enthält nur persönliche Daten wie Name, akademischen Grad, Geburtsdatum und die Versicherungsnummer. Über das „Kartenlesegerät“ wird der Arzt (die Behandlungsstelle) mit der Zentraldatei verbunden, wo weitere wichtige Daten (wie zuständiges Versicherungsinstitut bzw im Bereich der SVA, ob Sach- oder Geldleistungsanspruch besteht) gespeichert und verwaltet werden. Die e-card gilt daher praktisch unbegrenzt, weil selbst ein Wechsel der Leistungszuständigkeit nicht auf der Karte, sondern nur in der Zentraldatei, vermerkt wird.

Die bisherigen Patientenscheine sind nur noch eingeschränkt für einige wenige Bereiche, zB Überweisungen notwendig. Für solche Zwecke liegen beim Arzt „Ersatzpatientenscheine“ auf.

Da freie Arztwahl besteht, ist der Sachleistungsberechtigte nicht gezwungen, zu einem Vertragsarzt zu gehen. Lässt er sich als Privatpatient behandeln, so leistet die SVAgW einen Kostenersatz in Höhe jenes Betrages, den sie als Sachleistung aufzuwenden gehabt hätte, abzüglich des Kostenanteiles.

Hinweis

Die e-card wird den Versicherten der SVAgW kostenlos zur Verfügung gestellt. Sie sind technisch lesbare Belege und sollten daher schonend

behandelt und vor Beschädigung geschützt werden.

Zu beachten ist, dass die e-card nur im Rahmen der inländischen (österreichischen) gesetzlichen Krankenversicherung einsetzbar ist, RA, die sich im Rahmen des Opting out für die GKV entschieden haben, erhalten keine e-card, wenn sie ausschließlich in der GKV krankenversichert sind. Besteht für sie daneben auch eine gesetzliche Krankenversicherung, verfügen sie zwar über eine e-card, die aber gegenüber der UNIQA keine Gültigkeit hat. An der Abrechnung mit der UNIQA hat sich durch die Einführung der e-card nichts geändert.

Zur „**Europäischen Krankenversicherungskarte**“ (EKVK), die sich auf der Rückseite der e-card befindet und die – im Gegensatz zur für das Inland geltenden e-card – auch den in der GKV krankenversicherten RA zusteht, siehe Kap 8.

...für Geldleistungsberechtigte

Geldleistungsberechtigte können Ärzte nur als Privatpatient in Anspruch nehmen. Es besteht freie Arztwahl, daher kann jeder frei praktizierende Arzt konsultiert werden. Die saldierten Honorarnoten sind der SVAgW innerhalb von 42 Monaten ab Inanspruchnahme der Leistung zur Vergütung einzusenden. Geldleistungsberechtigte erhalten zwar auch eine e-card (die Anspruchsberechtigung könnte sich ja einmal ändern), sie hat aber im Bereich der ärztlichen Behandlung keine praktische Bedeutung, solange Geldleistungsanspruch vorliegt.

Tipp

Der Kostenersatz für Geldleistungsberechtigte erfolgt nach einem Vergütungstarif, doch dürfen höchstens 80% der tatsächlich aufgelaufenen Kosten vergütet werden. Da es sich um einen „Einzelleistungstarif“ handelt, fällt die Vergütung höher aus, wenn die Leistungen einzeln angeführt werden. Es liegt daher im Interesse der Versicherten, wenn die in Anspruch genommenen Leistungen auf der Honorarnote möglichst genau nach Anzahl, Art und Datum detailliert sind.

Hinweis

Untersuchungen und Leistungen (Amtszeugnisse usw), die aufgrund sanitätspolizeilicher Vorschriften oder für sonstige Zwecke amtlicher oder privater Stellen erfolgen, können nicht vergütet werden.

- **Untersuchung und Behandlung in Spitalambulanzen**

Besondere Untersuchungen, ambulant durchführbare Operationen und Behandlungen in öffentlichen Krankenanstalten stehen allen Versicherten als Sachleistung offen. Es muss sich aber handeln

- um „erste Hilfe“ oder
- um eine Nachbehandlung nach erster Hilfe bzw um die Fortsetzung einer Pflege, die im Interesse des Patienten in derselben Anstalt durchgeführt wird, oder
- um Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die außerhalb dieser Ambulanz in geeigneter Weise nicht möglich sind.

Zur ambulanten Behandlung oder Untersuchung in einer öffentlichen Krankenanstalt genügt an sich ein Personaldokument und die Erklärung, bei der SVAgW krankenversichert bzw anspruchsberechtigt zu sein. Da künftig auch im Spitalbereich die e-card als Versicherungsnachweis eingesetzt werden soll, verlangen einige Krankenanstalten schon jetzt die Vorlage der e-card. Man sollte sie also vorsorglich zur Hand haben. Der Selbstbehalt beträgt pro Quartal und Krankenhaus € 22,52*.

Ein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung besteht hier nicht, da zwischen der SVAgW und öffentlichen Krankenanstalten Verträge über Ambulanzbehandlungen für alle Versicherten und Anspruchsberechtigten abgeschlossen wurden.

- **Physiotherapie/Ergotherapie/Psychotherapie etc**

Diese Leistungen werden allen Versicherten als Sachleistung durch Vertragspartner zur Verfügung gestellt. Kostenzuschüsse werden geleistet, sollten entsprechende Verträge fehlen.

- **Medikamente**

Im Heilmittelbereich gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen sach- und geldleistungsberechtigten Versicherten.

Welche Produkte als Arzneimittel gelten, ob sie auf Kosten der Krankenversicherung frei bzw nur unter bestimmten Voraussetzungen oder überhaupt nicht bezogen werden können, ist seit 2005 im so genannten „Heilmittelkodex“ geregelt. Die darin enthaltenen Bestimmungen gelten sowohl für unselbstständig Beschäftigte als auch für selbstständig Erwerbstätige, für Pensionsbezieher und Angehörige.

Im Kodex werden alle Medikamente drei Bereichen (Boxen) zugeordnet, die mit den Farben „grün“, „gelb“ und „rot“ gekennzeichnet werden.

1. Der Grüne Bereich

Im Grünen Bereich sind Medikamente angeführt, die – bis auf einige Ausnahmen – ohne chefärztliche Bewilligung abgegeben werden können.

2. Der Gelbe Bereich

Dieser Bereich beinhaltet Medikamente, die einen „wesentlichen zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten“ aufweisen, aber aus medizinischen Gründen oder aus Kostengründen nicht in den Grünen Bereich kommen. Medikamente im Gelben Bereich sind grundsätzlich chefarztpflichtig, allerdings gibt es eine Unterteilung in einen dunkelgelben und einen hellgelben Bereich. Während für ersteren uneingeschränkt eine chefärztliche Bewilligung erforderlich ist, gilt für den hellgelben Bereich Folgendes: Die Medikamente können unter bestimmten Bedingungen frei verschrieben werden, im Nachhinein erfolgt anhand der Aufzeichnungen, die der verschreibende Arzt führen muss, eine Überprüfung.

3. Der Rote Bereich

In diesen Bereich kommen – zeitlich befristet – neue Medikamente. Sobald ein EU-Durchschnittspreis feststeht, beginnt das Zulassungsverfahren. Medikamente im Roten Bereich unterliegen immer der Chefarztpflicht.

4. „No-Box-Bereich“

Alle nicht im Kodex angeführten Präparate werden einem 4. Bereich zugeordnet, dem sogenannten „No-Box-Bereich“. Sie dürfen grundsätzlich nicht auf Kosten der Krankenversicherung bezogen werden. Ausnahmen sind allerdings mit Zustimmung des Chefarztes möglich.

Besonderheiten für Sachleistungsberechtigte

Sachleistungsberechtigte erhalten ihre Medikamente auf „Kassenrezept“. In der Apotheke wird das Medikament gegen Rezeptgebühr (€ 5,30*) ausgefolgt. Für Sachleistungsberechtigte gibt es außer der Rezeptgebühr keinen Selbstbehalt bei Medikamenten.

Wurde einem Sachleistungsberechtigten ein Medikament ausnahmsweise auf Privatrezept verschrieben, so kann das Privatrezept – wenn es sich um ein Medikament aus dem grünen Bereich handelt – von der Apotheke auf ein Kassenrezept umgeschrieben werden. Wird der volle Kaufpreis für ein auf Privatrezept verordnetes Medikament in der Apotheke bezahlt, so kann die SVAgW nach Einreichen des Rezepts nicht den vollen Preis, sondern nur 80% der Arzneitaxe, abzüglich der Rezeptgebühr, refundieren.

Für Kassenrezepte gelten die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgelegten „Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise“ (RÖV). Diese besagen im Wesentlichen:

- Bestimmte Medikamente können nur mit Chefarztgenehmigung auf Rechnung der SVAgW bezogen werden,
- auf einem Rezept können pro Medikament nur zwei Kleinpackungen oder eine Großpackung verschrieben werden,
- der wiederholte Bezug eines Medikamentes auf einem Rezept ist nicht möglich, da alle Kassenrezepte von der Apotheke zur Verrechnung mit der SVAgW eingezogen werden.

Diese Richtlinien gelten für den Sachleistungsberechtigten selbst dann, wenn das Medikament auf einem Privatrezept verschrieben wurde. Das Medikament kann aber dann bis zu sechsmal in den dem Verbrauch entsprechenden Abständen bezogen werden.

Hinweis

Privatrezepte aus dem grünen Bereich können in Apotheken gegen direkte Verrechnung mit der SVAgW eingelöst werden. Voraussetzungen sind die vollständige Angabe der Versicherten- bzw Angehörigendaten sowie die Einhaltung der Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise.

Besonderheiten für Geldleistungsberechtigte

Geldleistungsberechtigte erhalten ihre Medikamente stets auf „Privatrezept“ verordnet. In der Apotheke muss daher zunächst das Medikament selbst gezahlt werden. Wird dann das Rezept bei der SVAgW zur Vergütung eingereicht, werden 80% der „Arzneitaxe“ abzüglich der Rezeptgebühr pro verordneter Packung erstattet. Wenn es die Behandlung erfordert, kann das Medikament bis zu sechsmal in den dem Verbrauch entsprechenden Abständen bezogen werden.

Tipp

Geldleistungsberechtigte können Privatrezepte auf Kassenrezepte umschreiben lassen. Somit kann das Medikament lediglich gegen Entrichtung der Rezeptgebühr in der Apotheke bezogen werden.

• Heilbehelfe und Hilfsmittel

Alle GSVG-Versicherten und Anspruchsberechtigten haben die Möglichkeit, Heilbehelfe und Hilfsmittel (zB Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Gummistrümpfe) als Sachleistung bei Vertragspartnern der SVAgW zu beziehen. Der Selbstbehalt wird erst nachträglich vorgeschrieben bzw von der Pension einbehalten.

Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel dürfen von der SVAgW aber nur ab einem bestimmten Betrag (€ 29,60* inkl Mehrwertsteuer) übernommen werden. Das bedeutet, dass billigere Heilbehelfe und Hilfsmittel vom Versicherten selbst zu bezahlen sind. Liegen die Kosten über diesem Betrag, so beträgt der Selbstbehalt 20% des Preises, mindestens jedoch € 31,--*. Das gilt auch für Kinder zwischen dem 15 und 27. Lebensjahr, soweit sie nicht schwerst behindert sind (für Brillen – siehe unten – beträgt der Mindestkostenanteil € 93,--*). Von der Rezeptgebühr befreite Personen haben keinen Kostenanteil zu leisten.

Zum Bezug eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels als Sachleistung ist eine ärztliche Verordnung notwendig. Mit dieser ärztlichen Verordnung können ohne vorherige Bewilligung der SVAgW „kleine“ Heilbehelfe und Hilfsmittel (zB Brillen, Bandagen, Schuheinlagen, Gummistrümpfe) unmittelbar beim Vertragspartner bezogen werden.

• Brillen/Kontaktlinsen

Jeder GSVG-Versicherte hat Anspruch auf eine Fern- und Nahbrille bzw auf eine kombinierte Brille (Bifocalbrille) an Stelle dieser Brillen. Farbgläser bedürfen der vorherigen Bewilligung bzw der „Kostenübernahmeerklärung“ der SVAgW. In diesen Fällen ist daher die fachärztliche Verordnung vor dem Bezug der zuständigen Landesstelle vorzulegen. Kontaktlinsen (Haftschalen) können nur bei entsprechender medizinischer Begründung bewilligt werden. Auch hier ist die vorherige Bewilligung durch die zuständige Landesstelle erforderlich.

• Orthopädische Heilbehelfe

Mit der ärztlichen Verordnung können folgende orthopädische Heilbehelfe bezogen werden: Leisten- oder Schenkelbruchbänder, Nabelbruchbänder,

Colostomiebandagen, Bauchmieder, Umstandsmieder, Stützieder, Plattfüßeinlagen, Gummistrümpfe und dergleichen.

- **Verleih von Heilbehelfen und Hilfsmitteln**

Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden und ohne gesundheitliche Gefahr von mehreren Personen benützt werden können, wie etwa Krankenfahrstühle, Inhalationsapparate usw, werden durch Vertragspartner auch leihweise zur Verfügung gestellt.

Hinweis

Es besteht kein Unterschied zwischen Sachleistung und Geldleistung. Mit der ärztlichen Verordnung werden Heilbehelfe und Hilfsmittel immer als Sachleistung bezogen. Wünscht der Versicherte eine spezielle Ausführung bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln, so sind die Mehrkosten selbst zu tragen.

- **Krankenhauspflege**

...für Sachleistungsberechtigte

Die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses erfolgt – abgesehen vom täglichen Spalkostenbeitrag – vollkommen kostenlos.

Grundsätzlich genügt es, bei der Aufnahme in ein Vertragskrankenhaus bekannt zu geben, bei der SVAgW versichert zu sein. Es ist jedoch zweckmäßig, die Anspruchsberechtigung bei der Aufnahme durch die e-card oder Beitrags- bzw Pensionsabschnitt nachzuweisen. Das Krankenhaus fordert auf elektronischem Weg von der SVAgW eine „Versichertenzuständigkeitserklärung“ an, welche die Grundlage für die Kostenübernahme bildet.

Hinweis

Eine Aufnahme in die Sonderklasse, also in die höhere Gebührenklasse dieser Krankenhäuser, darf immer nur über ausdrücklichen Wunsch des Versicherten erfolgen.

Sachleistungsberechtigte können allerdings auch ein Krankenhaus aufsuchen, das keinen Vertrag mit der SVAgW hat, oder die Sonderklasse wählen. Im Falle eines Nicht-Vertragskrankenhauses wird der in der Satzung festgelegte Pflegekostenzuschuss gewährt, für die Sonderklasse wird keine Vergütung gezahlt.

Mehrkosten im Rahmen einer Aufzahlungsrechnung für die Sonderklasse können nicht von der SVAgW separat vergütet werden.

...für Geldleistungsberechtigte

Geldleistungsberechtigte, die sich für die Sonderklasse entscheiden, erhalten nach Vorlage der saldierten Krankenhausrechnung neben dem Kostenersatz für die Anstaltsgebühr eine Pauschalvergütung für anfallende Sondergebühren und eventuell einen Operationskostenersatz. Die Kostenersätze erfolgen nach dem Vergütungstarif.

Hinweis

Die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses ist auch für Geldleistungsberechtigte –

abgesehen vom täglichen Spalkostenbeitrag¹⁷ – vollkommen kostenlos. Beim Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse sollte die Anspruchsberechtigung (durch die e-card oder einen Beitrags- bzw Pensionsabschnitt) nachgewiesen werden, damit das Spital von der SVAgW die Versicherungszuständigkeitserklärung anfordern kann.

Hat der Geldleistungsberechtigte eine private Zusatzversicherung, so ist es zweckmäßig, die Rechnungen und Honorarnoten aus einem Krankenhausaufenthalt auf der Sonderklasse zuerst der Privatversicherung zur Vergütung vorzulegen, die dann ihrerseits die Leistung der SVAgW als Zession einfordert.

- **Medizinische Hauskrankenpflege**

Medizinische Hauskrankenpflege ist über ärztliche Anordnung möglich. Sie darf nur durch diplomierte Krankenschwestern/Krankenpfleger erbracht werden und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und „qualifizierte“ Pflegeleistungen, wie Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung etc.

Nicht zur medizinischen Hauskrankenpflege zählen die Grundpflege (zB Haut-, Haar- und Zahnpflege, Reichen der Leibschüssel) und die hauswirtschaftliche Versorgung der Kranken (Bettenmachen, Essenkochen etc), sodass dafür keine Kosten übernommen werden können.

Die medizinische Hauskrankenpflege wird bei Inanspruchnahme von Vertragspartnern der SVAgW ohne Zuzahlung des Versicherten als Sachleistung erbracht, andernfalls wird ein Zuschuss zu den Pflegekosten geleistet.

- **Medizinische Rehabilitation**

Medizinische Rehabilitation wird im Anschluss an eine Krankenbehandlung erbracht, um den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie möglichst dauernd in der Lage sind, ohne Betreuung und Hilfe ihren Platz in der Gemeinschaft einzunehmen.

Zu den medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation zählen beispielsweise die Unterbringung in speziell für Rehabilitationszwecke geeigneten Spitälern, das Bereitstellen von Prothesen, orthopädischen Behelfen und orthopädischen Schuhen.

Hinweis

Bei der Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen, ist – einkommensabhängig – eine tägliche Zuzahlung von € 7,60 bis 18,46* für maximal 28 Tage zu leisten.

- **Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit**

Bei Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit kann eine so genannte „Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit“ gezahlt werden, wenn

- **eine selbständige Erwerbstätigkeit und eine Krankenversicherung nach dem GSVG vorliegt,**

- **regelmäßig keine oder weniger als 25 Mitarbeiter beschäftigt werden und**
- **die Aufrechterhaltung des Betriebes von der persönlichen Arbeitsleistung des Antragstellers abhängt.**

Anspruch auf die Unterstützungsleistung besteht ab dem 43. Tag einer vom Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, für ein und dieselbe Krankheit maximal 20 Wochen.

Die Leistung beträgt täglich 28,88* Euro und ist einkommensunabhängig. Der Antrag ist mit einer ärztlichen Bestätigung über die Arbeitsunfähigkeit bei der zuständigen SVA-Landesstelle zu stellen. Das Formular „Krankmeldung“ hat der Arzt, es kann aber auch auf der SVA-Homepage (www.svagw.at) heruntergeladen werden.

Die Arbeitsunfähigkeit muss man sich innerhalb von vier Wochen ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit vom Arzt bestätigen lassen. Der Antrag auf die Unterstützungsleistung samt der Krankmeldung muss innerhalb von 2 Wochen ab jenem Tag, an dem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, bei der SVA vorgelegt werden. Der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit ist 14-tägig vom Arzt zu bestätigen und innerhalb einer Woche der SVA zu melden. Solange die Arbeitsunfähigkeit nicht oder nicht rechtzeitig gemeldet wird, ruht der Leistungsanspruch.

- **Transportkosten**

Muss der Versicherte in das Spital oder zum Arzt und kann ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benützt werden, so übernimmt die SVAgW die Transportkosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle. Wird eine weiter entfernte Behandlungsstelle in Anspruch genommen, müssen die Mehrkosten selbst getragen werden.

Als Transportmittel für den Versicherten kommen Sanitätsfahrzeuge und Mietwagen in Frage. Das gleiche gilt für den Heimtransport. Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist, dass der körperliche Zustand des Kranken – bestätigt durch einen Arzt – die Beförderung notwendig macht. Serientransporte unterliegen der Vorgehenpflicht durch die SVAgW-Landesstelle.

Hinweis

Die Krankenbeförderung wird jedem Versicherten als Sachleistung geboten, ein 20%-iger Selbstbehalt ist vorgesehen.

Für Taxifahrten hat die SVAgW bereits mit einigen Firmen Verträge zur direkten Kostenverrechnung abgeschlossen. Die einzelnen Vertragsunternehmungen können in den Landesstellen erfragt werden. Wird ein Taxi benützt, mit dessen Unternehmer kein Vertrag geschlossen

wurde, so werden im Regelfall 80% der vertraglichen Fahrtkosten zur nächstgeeigneten Behandlungsstelle vergütet.

- **Zahnbehandlung/Zahnersatz**
...für Sachleistungsberechtigte

Chirurgische und konservierende **Zahnbehandlung** können von Sachleistungsberechtigten direkt mit der e-card in Anspruch genommen werden. Aufgrund des Versicherungsnachweises verrechnet der Zahnbehandler direkt mit der SVAgW. Der Selbstbehalt von 20% (10% bei Erreichen aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“) wird erst nach der Abrechnung des Zahnbehandlers mit der SVAgW vorgeschrieben.

Voraussetzung für den **Zahnersatz** ist ein Antrag des Zahnbehandlers auf der Vorderseite des Scheines „Zahnbehandlung/Zahnersatz“, der vor Beginn der Zahnersatzarbeiten der SVAgW vorzulegen ist. Die Landesstelle bestätigt auf diesem Schein die Anspruchsberechtigung.

Kunstharzprothesen können alle vier Jahre und totale Kunststoffprothesen als Dauerversorgung alle sechs Jahre neu hergestellt werden. Sollte jedoch früher infolge notwendig gewordener Extraktionen oder anderer Veränderungen im Mund eine Neuherstellung notwendig werden, so kann die SVAgW die Kosten hierfür übernehmen. Der 20%-ige Selbstbehalt wird dem Versicherten nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Auf Metallgerüstprothesen besteht in der Regel alle sechs Jahre Anspruch. Auch hier kann die SVAgW nach Extraktionen oder anderen Veränderungen im Mund die Kosten einer vorzeitigen Neuherstellung übernehmen. Ein entsprechender Antrag des Zahnbehandlers ist der zuständigen Landesstelle aber vorzulegen.

Für die Neuherstellung von Metallgerüstprothesen, Verblend-Metall-Keramikkronen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen, bei kieferorthopädischen Behandlungen sowie für die nötigen Reparaturen entfällt auf den Versicherten eine „Zuzahlung“ von 50% der jeweiligen Vertragsleistung. Die Höhe der Zuzahlung wird von der Landesstelle beim Antrag auf dem Patientenschein „Zahnbehandlung/Zahnersatz“ vermerkt. Die Zuzahlung ist dem Zahnarzt oder Dentisten vor Beginn der Zahnersatzarbeiten zu entrichten. Bei Reparaturen wird die Zuzahlung von der SVAgW im Nachhinein vorgeschrieben.

- ...für Geldleistungsberechtigte**

Geldleistungsberechtigte gelten beim Zahnarzt oder Dentisten als Privatpatient. Sie zahlen also zunächst die Rechnung selbst und haben Anspruch auf eine tarifmäßige Vergütung. Kunstharzprothesen können alle vier Jahre und totale Kunststoffprothesen als Dauerversorgung alle sechs Jahre neu hergestellt werden. Sollte jedoch innerhalb dieser Frist nach Extraktionen oder anderen Veränderungen im Mund eine Neuherstellung notwendig werden, so kann die SVAgW die dafür vorgesehene Vergütung zahlen. Auf die Neuherstellung von Metallgerüstprothesen

besteht in der Regel alle sechs Jahre Anspruch. Auch hier kann aber die SVAgW die Vergütung für eine Neuherstellung zahlen, wenn sie innerhalb dieser Frist notwendig geworden ist.

- **Mutterschaftsleistungen**
...für Sachleistungsberechtigte

Der „Versicherungsfall der Mutterschaft“ darf nicht mit der gesamten Schwangerschaft verwechselt werden. Bestimmt der behandelnde Arzt den voraussichtlichen Entbindungstermin, so beginnt der Versicherungsfall der Mutterschaft mit der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung, wenn aber die Entbindung vor diesem Zeitpunkt erfolgt, schon mit der Entbindung. In dieser Zeit ist die ärztliche Behandlung wegen Schwangerschaftsbeschwerden auf Patientenschein kostenlos. Ebenso der Beistand durch Hebammen bzw. diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern. Die Verrechnung erfolgt direkt zwischen der SVAgW und dem Vertragspartner.

Sucht die werdende Mutter einen Arzt auf, bevor der Versicherungsfall der Mutterschaft eingetreten ist, oder sind die Behandlungskosten als Folge einer Krankheit anzusehen, so muss die SVAgW den hierfür vorgesehenen 20%-igen (10% bei Erreichen aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“) Selbstbehalt verrechnen.

Für die Entbindung bietet die SVAgW Spitalpflege bis zu zehn Tagen. Dieser Spitalaufenthalt ist auf der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses kostenlos, ein Selbstbehalt wird nicht verrechnet.

Hinweis

Für den Bezug von Heilmitteln und Heilbehelfen gelten die gleichen Bestimmungen wie bei der Krankenbehandlung.

Wird für den Spitalaufenthalt bei der Entbindung die Sonderklasse gewählt, so zahlt die SVAgW nur jene Kosten, die sie bei direkter Verrechnung der allgemeinen Gebührenklasse mit dem Spital aufzuwenden gehabt hätte.

...für Geldleistungsberechtigte

Für den Arztbesuch während der Schwangerschaft, für Medikamente und Heilbehelfe gelten die gleichen Bestimmungen wie bei einer Krankheit. Die Mutter muss daher die Rechnungen des Arztes zunächst selbst zahlen und dann an die SVAgW zur Vergütung einreichen. Die Vergütung darf 80% der tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Eine Ausnahme besteht bei den kostenlosen Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen.

Erfolgt die Entbindung auf der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses, so erhält die Mutter die Krankenhauspflege bis zu zehn Tagen kostenlos. Ist ein weiterer Krankenhausaufenthalt notwendig, so wäre er wie bei einer Krankheit, abgesehen vom Spitalkostenbeitrag ebenfalls kostenlos.

Geldleistungsberechtigte, die sich für die höhere Gebührenklasse entscheiden, erhalten als Privatpatient neben dem Kostenersatz für die Anstaltsgebühr auch Kostenersätze für Sondergebühren und allfällige Operationen wie bei einem sonstigen Spitalaufenthalt.

Hinweis

Hebammenhilfe und Beistand durch diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwestern ist auch für geldleistungsberechtigte Mütter kostenlos, wobei diese aber Vertragspartner der SVAgW sein müssen. Ein Selbstbehalt entfällt. Ist die Hebamme kein Vertragspartner der SVA, so sind bei einer privaten Inanspruchnahme 20% Kostenanteil (10% bei Erreichen aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“) einzuplanen.

- **Mutter-Kind-Pass**

Im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind werden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen für alle GSVG-anspruchsberechtigten Frauen kostenlos erbracht. Es genügt die Vorlage der e-card.

- **Betriebshilfe – Wochengeld**

Anspruch auf ein tägliches Wochengeld von € 52,07* haben sowohl sachleistungs- als auch geldleistungsberechtigte Mütter für die Dauer der letzten acht Wochen vor der Entbindung, für den Entbindungstag selbst und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung. Bei einer Mehrlingsgeburt, Frühgeburt oder einem Kaiserschnitt verlängert sich die Frist nach der Entbindung auf zwölf Wochen. Bei Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung verlängert sich die Frist nach der Entbindung im Ausmaß der Verkürzung bis zu 16 Wochen. Über die Frist von acht Wochen vor der Entbindung hinaus gebührt die Leistung der Betriebshilfe, wenn bei Fortdauer der Tätigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet wäre und dies durch ein amtsärztliches Zeugnis nachgewiesen wird. Mit dem Ende der Pflichtversicherung endet jedenfalls auch der Anspruch auf Wochengeld.

Voraussetzung für die Zahlung von Wochengeld ist, sofern möglich, der Einsatz einer Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin. Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung muss aufrecht bleiben, das bedeutet, dass beispielsweise kein Nichtbetrieb oder keine Verpachtung der Gewerbeberechtigung vorliegen darf. Auch Familienversicherte oder beitragsfrei anspruchsberechtigte Angehörige erhalten kein Wochengeld.

Seit 1. Juli 2013 besteht auch die Möglichkeit, die selbständige Tätigkeit für die Dauer des Wochengeldes vorübergehend einzustellen und das Ende der Tätigkeit der SVA zu melden. Während dieser Zeit müssen dann keine Beiträge zur Pflichtversicherung geleistet werden, dennoch besteht der volle GSVG-Krankenversicherungsschutz (siehe dazu ausführlich Pkt. 1 der Anlage 11).

2.2 Freiwillige Leistungen

- **Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit setzen den ständigen Aufenthalt im Inland voraus. Darüber hinaus darf keine Möglichkeit für gleichartige Maßnahmen durch einen anderen Sozialversicherungsträger oder durch das Bundessozialamt gegeben sein. Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit müssen durch vorzulegende ärztliche Befunde beurteilt werden können. Bei freiwillig Versicherten ist eine Versicherungszeit von sechs Monaten in der gewerblichen Selbstständigen-Krankenversicherung erforderlich.

Unter diesen Voraussetzungen kommen folgende Leistungen in Betracht:

- Zuschuss für Landaufenthalte.
- Zuschuss bzw Kostenübernahme für Aufenthalte in Kurorten, in Genesungs- und Erholungsheimen sowie in Kuranstalten.
- Übernahme der Reisekosten bei Bedürftigkeit, unter bestimmten Voraussetzungen Übernahme von Kosten für Betriebs Helfer bei Krankheit.

Hinweis

Um finanzielle Nachteile zu vermeiden, muss vor Antritt eines Kur-, Erholungsaufenthaltes usw die Entscheidung der SVAgW abgewartet werden. Es empfiehlt sich daher, den Antrag zeitgerecht (bei Kuraufenthalten zirka drei Monate vor dem geplanten Antritt) zu stellen.

- **Maßnahmen zur Krankheitsverhütung**

Schutzimpfungen

Bestimmte Schutzimpfungen können auch auf Kosten der SVAgW erfolgen, sofern sie nicht ohnedies von der Gesundheitsbehörde durchgeführt werden. Ob eine bestimmte Schutzimpfung übernommen wird, sollte vorher bei der SVAgW erfragt werden. Anträge auf Schutzimpfungen sind jedenfalls mit einer ärztlich bestätigten Begründung an die SVAgW-Landesstelle zu richten. Für Zeckenschutzimpfungen erfolgt jedenfalls eine Zuschussleistung.

- **Reisekosten**

Reisekosten werden Personen ersetzt, die aufgrund besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind, sofern die Entfernung zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle mehr als 20 km ausmacht. Für Fahrten innerhalb des Stadtgebietes (z. B. mit der Straßenbahn oder dem Autobus) gebührt keine Kostenrückerstattung. Ungeachtet des tatsächlich in Anspruch genommenen Verkehrsmittels (öffentlich oder privat) erfolgt der Kostenersatz nach einem einheitlichen Kilometersatz von 0,07 Euro bzw. bei Notwendigkeit einer Begleitperson von 0,11 Euro pro Kilometer.

Die Inanspruchnahme der Behandlungsstelle muss nachgewiesen und der Kostennachweis (Fahrkarten etc) soll dem Erstattungsantrag beigegeben werden.

3. Vergütung nur auf Antrag

Rechnungen für privat in Anspruch genommene Leistungen, wie etwa für Privatärzte, Spitalaufenthalte oder privat bezahlte Medikamente, können nicht nur auf dem Postweg sondern auch online zur Vergütung eingereicht werden. Auf der Startseite der SVA-Homepage (www.svagw.at) findet sich der Menüpunkt „Onlinevergütung“, mit dem man direkt zu diesem Service gelangt. Dort können die als PDF eingescannten bezahlten Rechnungen (Rückseite bzw. Folgeseiten und Zahlungsbelege nicht vergessen) elektronisch eingereicht werden. Aus Gründen des Datenschutzes und der Datensicherheit ist entweder Benutzername und Passwort oder Bürgerkarte erforderlich, am besten ist aber die Handysignatur (nähere Auskünfte dazu erhält man in den Landesstellen der SVAgW).

Bitte beachten Sie folgende Punkte für einen „richtigen“ Vergütungsantrag:

- Namensangabe: Auf jedem Beleg müssen Vor- und Zuname sowie das Geburtsdatum des Behandelten aufscheinen.
- Angabe der Diagnose: Jede Vergütung setzt eine genaue Diagnose voraus, das gilt insbesondere für Spitalrechnungen.
- Saldierung bei Zahlungsbelegen: Honorarnoten müssen den Saldierungsvermerk des Arztes, Rezepte den Stempel über den Bezug der Apotheke tragen. Bei Zahlung mit Erlagschein benötigt die SVAgW den Zahlungsbeleg.
- Zuweisung: Bei Untersuchungen in Laboratorien und bei Radiologen sowie bei Behandlungen in physikalischen Instituten ist dem Vergütungsantrag die Zuweisung des behandelnden Arztes beizulegen.
- Angabe der Versicherungsnummer (VSNR)/Pensionsnummer: Um Verzögerungen bei der Erledigung der Krankenversicherungsangelegenheit zu vermeiden, ist es notwendig, die Versicherungs- oder Pensionsnummer anzuführen.
- Aufgeschlüsselte Rechnungen: Die Vergütung erfolgt nach Einzelleistungen. Detaillierte Rechnungen, in denen jede einzelne Leistung des Arztes oder des Krankenhauses ausgewiesen ist, bringen daher höhere Vergütungen als „Pauschalrechnungen“.
- Mehrwertsteuer: Die SVAgW hat die Möglichkeit, die Mehrwertsteuer zu vergüten. Das ist jedoch nur dann gestattet, wenn Privatrechnungen oder Rezepte bis einschließlich € 150,— den Steuersatz ausweisen; bei mehr als € 150,— muss auch der Steuerbetrag vom Aussteller angeführt werden.

Hinweis

Bei einem Vergütungsantrag auf dem Postweg ist die Vorlage der OriginalHonorarnote erforderlich. Nach dem GSVG ist der Anspruch auf Vergütung binnen 42 Monaten ab der Inanspruchnahme der Leistung geltend zu machen.

4. Selbstbehalt

Das GSVG schreibt bei Sachleistungen die Einhebung von Kostenanteilen zwingend vor. Der Kostenanteil beträgt 20% (10% bei Erreichen aller Gesundheitsziele im Rahmen des Programms „Selbständig Gesund“) des von der SVAgW an den jeweiligen Vertragspartner gezahlten Tarifsatzes. Bei Metallgerüstprothesen, Verblendmetall-Keramik-Kronen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen sowie bei kieferorthopädischen Behandlungen ist ein Selbstbehalt von 50% vorgesehen.

Schutzklauseln für Versicherte

Bei Sachleistungen, die mit besonders hohen Kosten verbunden sind oder die aus sozialpolitischen Gründen keinen Selbstbehalt gerechtfertigt erscheinen lassen, sieht das GSVG keinen Kostenanteil vor. Kein Kostenanteil von Sachleistungen wird daher eingehoben bei

- Befreiung durch die SVAgW (siehe nachstehend),
- Spitalaufenthalt,
- Jugendlichen-, Vorsorge(Gesunden)- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen,
- anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten nach dem Epidemiegesetz, Tuberkulosegesetz und AIDS-Gesetz,
- Dialysebehandlung infolge Nierenerkrankung,
- humangenetischen Vorsorgemaßnahmen und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung,
- ärztlichem Beistand und Hebammenbeistand aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft,
- medizinischer Hauskrankenpflege und
- medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation.

Obergrenze für den Selbstbehalt

Die zu bezahlenden Selbstbehalte sind mit 5 Prozent des Einkommens gedeckelt. Als Einkommen gilt das 12-fache der monatlichen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung, mindestens aber € 6.453,36*. Die Grenze gilt für den Versicherten und seine Angehörigen. Sobald die Summer erreicht ist, sind die weiteren Leistungen für das restliche Jahr vom Kostenanteil befreit.

Befreiung vom Selbstbehalt

Die SVAgW befreit automatisch – also ohne gesonderten Antrag – alle GSVG-Pensionisten mit Ausgleichszulage sowie alle beitragsfrei anspruchsberechtigten Kinder von der Zahlung des Kostenanteils.

Weiters kann bei „besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit“, bei einer Chemo- oder Strahlentherapie bzw Dialysebehandlung im laufenden Kalenderjahr ein Antrag auf Befreiung von der Kostenbeteiligung gestellt werden. Besondere soziale Schutzbedürftigkeit ist in der Regel anzunehmen, wenn das Einkommen unter dem

Ausgleichszulagen-Richtsatz liegt. Sind Kinder vorhanden, so wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind etwas angehoben. Leben im Familienverband des Versicherten Personen mit eigenem Einkommen, so ist dieses zu berücksichtigen.

5. Rezeptgebühr

Sachleistungsberechtigte können die von einem Vertragsarzt auf einem Rezept der SVAgW verordneten Heilmittel gegen eine Rezeptgebühr von € 5,55* pro Verschreibung in der Apotheke beziehen. Seit dem Jahr 2008 sind die Rezeptgebühren mit 2 Prozent des Jahresnettoeinkommens begrenzt.

Befreiung ohne Antrag

- Bei Gewerbspensionisten mit Ausgleichszulagenanspruch,
- bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

Befreiung auf Antrag

Es gelten dieselben Regelungen wie bei der Befreiung vom Selbstbehalt.

Hinweis

Die Befreiung von der Rezeptgebühr muss dem Arzt nachgewiesen werden, damit er auf dem Rezept den Vermerk „rezeptgebührenfrei“ anbringen kann.

6. Mitversicherung von Angehörigen

Angehörige, die keinen eigenen Krankenschutz haben, können beim Hauptversicherten entweder beitragsfrei oder gegen Bezahlung von Beiträgen mitversichert sein.

Ehepartner

Ehepartner, eingetragene Partner und Lebensgefährten müssen für den Krankenschutz grundsätzlich einen monatlichen Zusatzbeitrag in Höhe von 3,4% der (vorläufigen) Beitragsgrundlage des Versicherten zahlen.

Dies gilt nicht für Frauen und Männer, die ein Kind erziehen oder sich irgendwann zumindest vier Jahre der Kindererziehung gewidmet haben. Weiters für Personen, die ihren Partner pflegen, wenn dieser ein Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bezieht oder die selbst ein Pflegegeld der Stufe 3 oder höher erhalten. Der Zusatzbeitrag ist weiters nicht zu bezahlen, wenn das Nettoeinkommen des Versicherten den Ausgleichszulagenrichtsatz für Ehepaare nicht übersteigt oder eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit besteht.

Hinweis

ZT können – wie die Mitglieder aller anderen kammervertretenden Freien Berufe – bei ihren Ehepartnern nicht mitversichert sein (§ 83 Abs 6 GSVG).

Kinder

Unter der Voraussetzung, dass keine eigene Krankenversicherung besteht, sind beitragsfrei anspruchsberechtigt

- die ehelichen, die legitimierten Kinder und Wahlkinder,
- die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten und die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist,
- die Stiefkinder und Enkel, wenn sie ständig mit dem Versicherten in Hausgemeinschaft leben und
- die Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich gepflegt werden oder das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht. Kinder und Enkel sind „Angehörige“ bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Eine Verlängerung der beitragsfreien Anspruchsberechtigung über das 18. Lebensjahr hinaus ist aus einem der drei folgenden Gründe möglich:
- Eine Schul-/Berufsausbildung kann die beitragsfreie Anspruchsberechtigung bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres verlängern. Die Ausbildung kann sowohl im Inland als auch im Ausland erfolgen, sie muss nur die „Arbeitskraft“ des Kindes überwiegend beanspruchen. Bei Besuch einer österreichischen Universität, Akademie, Kunsthochschule, Theologischen Lehranstalt oder Schule für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst bzw eines Hauptstudienganges an Konservatorien wird verlangt, dass entweder Familienbeihilfe bezogen wird oder – wenn Familienbeihilfe nicht bezogen wird – „ein ordentliches Studium ernsthaft und zielstrebig im Sinne des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967“ betrieben wird (in diesem Fall ist während des ersten Studienabschnittes jährlich ein Nachweis über den Studienfortgang zu erbringen).
- Erwerbslose Kinder und Enkel sind über das 18. Lebensjahr bzw nach dem Ende der Schul-/ Berufsausbildung für die Dauer der Erwerbslosigkeit, maximal jedoch für 24 Monate, beitragsfrei anspruchsberechtigt.
- Tritt während der „Kindeseigenschaft“ Erwerbsunfähigkeit ein, so sind Kinder und Enkel auch über das 27. Lebensjahr hinaus beitragsfrei anspruchsberechtigt.

Sonstige Angehörige

Für Angehörige, die nicht mitversichert sein können, besteht die Möglichkeit, eine Familienversicherung abzuschließen. Voraussetzung ist, dass der gewöhnliche Aufenthalt im Inland liegt. Angemeldet zur Familienversicherung können zum Beispiel die Eltern, die Geschwister, die Schwägerin und der Schwager werden.

Die Beiträge zur Familienversicherung richten sich nach dem Krankenversicherungsbeitrag des Hauptversicherten. Für Familienangehörige unter 18 Jahren beträgt der Beitrag 25%, für Familienversicherte über 18 Jahren 100% des Beitrages, den der Hauptversicherte für seinen Krankenschutz aufwenden muss.

7. Weiterversicherung

Die Weiterversicherung in der Krankenversicherung kann vom früheren Hauptversicherten für sich und seine mitversicherten Familienangehörigen eingegangen werden. Grundvoraussetzung ist, dass keine anderwärtige gesetzliche

Krankenpflichtversicherung besteht und dass der Wohnsitz im Inland liegt. Nach dem Tod eines Versicherten bzw nach Scheidung etc kann die Krankenversicherung von den mitversicherten Hinterbliebenen/Ehepartner fortgesetzt werden.

Das Recht auf Weiterversicherung ist davon abhängig, dass in den zwölf Monaten vor dem Ausscheiden aus der GSVG-Krankenpflichtversicherung mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden mindestens sechs Wochen eine gesetzliche Krankenversicherung vorlag.

Der Weiterversicherungsantrag muss innerhalb von sechs Monaten ab dem Tag der Zustellung der Verständigung über das Ende der Krankenversicherung bzw nach Tod bzw nach Eintritt der Rechtskraft des Scheidungsurteils etc gestellt werden.

Beginn und Ende

Der Beginn der Weiterversicherung in der Krankenversicherung kann vom Versicherten nicht frei bestimmt werden. Sie schließt zeitlich unmittelbar an das Ende der Pflichtversicherung an.

Die Weiterversicherung endet mit dem Wegfall der Voraussetzungen (zB Eintritt einer Pflichtversicherung), durch Austritt zum Letzten eines Kalendermonats oder durch Ausschluss, wenn die Beiträge zur Weiterversicherung für mehr als drei aufeinander folgende Monate rückständig sind.

Kosten

Beitragsgrundlage ist die jeweils geltende Höchstbeitragsgrundlage. Bei nachweisbarer Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse eines Weiterversicherten kann die SVAgW über Antrag die Beitragsgrundlage bis zur Besserung der finanziellen Situation reduzieren. Untere Grenze ist aber die Mindestbeitragsgrundlage. Die herabgesetzte Beitragsgrundlage wird mit dem auf den Antrag folgenden Monatsersten wirksam und gilt bis zum Ablauf des nächsten Kalenderjahres.

Der Beitragssatz ist gleich hoch wie in der Pflichtversicherung: 7,65%.

8. Zusatzversicherung

Eine längere Krankheit kann finanzielle Schwierigkeiten bringen, wenn die Mitarbeit des Betriebsinhabers ausfällt. Mit der GSVG-Zusatzversicherung lässt sich dieses Risiko verringern. Sie ersetzt den durch Erkrankung oder Heilverfahren eingetretenen Verdienstentgang. Die Zusatzversicherung ist für den Betriebsinhaber gedacht und kann daher nur von GSVG-Krankenversicherten, die noch im Erwerbsleben stehen, abgeschlossen werden.

Voraussetzungen

Die Zusatzversicherung ist eine freiwillige Versicherung, die auch bei schlechtem Gesundheitszustand ohne Mehrkosten eingegangen werden kann. Es gibt also keinen „Risikozuschlag“, wie er bei privaten Krankenversicherungen üblich ist.

Die Zusatzversicherung muss vor dem 60. Lebensjahr beantragt werden. Danach kann sie nicht mehr begründet werden, doch läuft sie weiter, wenn sie schon vorher bestanden hat.

Die Zusatzversicherung kann nur vom Hauptversicherten eingegangen werden, sie ist also nicht für den Ehepartner oder für andere Angehörige möglich.

Die Leistungsberechtigung aus der Zusatzversicherung endet in jedem Fall mit dem Ende der Zusatzversicherung.

Beginn und Ende

Die Zusatzversicherung beginnt mit dem auf den Antrag folgenden Monatsersten. Sie kann aber auch schon zusammen mit der Pflichtversicherung wirksam werden, wenn ein Antrag innerhalb von vier Wochen nach Zustellung der Verständigung über den Beginn der Pflichtversicherung bei der SVAgW einlangt.

Die Zusatzversicherung endet mit dem Ende der Pflichtversicherung; mit dem Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherte seinen Austritt erklärt und bei Beitragsrückständen für mehr als drei aufeinander folgende Monate (Beendigung durch SVAgW).

Kosten

Der Beitrag für die Zusatzversicherung beträgt 2,5% der vorläufigen Beitragsgrundlage, mindestens aber € 29,35*.

An der Höhe des Beitrages für die Zusatzversicherung und den von der vorläufigen Beitragsgrundlage erbrachten Leistungen ändert sich durch die gesetzlich vorgesehene Nachbemessung der Beiträge zur Pflichtversicherung nichts mehr.

Leistungen

Die Leistungen aus der Zusatzversicherung können erstmals nach sechs Monaten Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden (Wartezeit). Die Wartezeit entfällt, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf einen Arbeitsunfall, der nach dem Antrag auf Zusatzversicherung eingetreten ist, zurückgeht.

Vorgesehen ist ein Krankengeld bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit.

Die Höhe der Leistungen

Ausgangsbasis für die Berechnung des Krankengeldes aus der Zusatzversicherung ist die monatliche Beitragsgrundlage. Die Teilung durch 30 ergibt die auf den einzelnen Tag entfallende Beitragsgrundlage. Davon werden 60% als tägliches Krankengeld gezahlt.

Bezugsdauer

Krankengeld wird ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt, bei ununterbrochen bestehender Arbeitsunfähigkeit maximal jedoch für 26 Wochen, auch wenn zu der zuerst bestehenden Erkrankung weitere hinzukommen. „Krankenstände“ werden auf die Höchstbezugsdauer zusammengerechnet, wenn nach einem Krankengeldbezug dieselbe Krankheit innerhalb eines Jahres wieder auftritt. Wurde die

Bezugsdauer für eine Krankheit erschöpft, so kommt es bezüglich dieser Krankheit zu einer einjährigen Unterbrechung der Leistungen.

Meldungen

Die Arbeitsunfähigkeit muss der zuständigen Landesstelle innerhalb von sieben Tagen gemeldet werden, eine Bestätigung des Arztes ist dabei vorzulegen. Bei Fristüberschreitung ruht das Krankengeld bis zum Zeitpunkt der Meldung. Ebenso ist der Fortbestand der Arbeitsunfähigkeit alle 14 Tage durch eine ärztliche Bestätigung nachzuweisen. Bei Fristüberschreitung ruht das Krankengeld bis zum Zeitpunkt der Meldung. Nach einem Spital-, Kur- oder Genesungsaufenthalt ist der Weiterbestand der Arbeitsunfähigkeit innerhalb von sieben Tagen zu melden.

Hinweis

Die Beiträge zur Zusatzversicherung sind im vollen Ausmaß als „Betriebsausgaben“ steuerlich absetzbar. Die Leistungen selbst sind daher als betriebliche Einkünfte voll zu versteuern (siehe EStR 2000, RZ 1243).