Grundzüge des Krankenschutzes

GESUND
IST
GESÜNDER.

SVA

www.svagw.at

>> Gesund ist, immer zu wissen, was gesünder macht. <<

Sehr geehrte Frau!
Sehr geehrter Herr!

Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) hat in der vorliegenden Informationsbroschüre die wichtigsten Bestimmungen über die gewerbliche Krankenversicherung zusammengefasst. Aus Gründen der Übersicht können in dieser Zusammenfassung aber nicht alle Detailbestimmungen behandelt werden. Ich lade Sie daher ein, offene Fragen über Ihre Sozialversicherung in einem persönlichen Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der SVA zu klären. Sie stehen Ihnen gerne für individuelle Auskünfte zur Verfügung.

Darüber hinaus werden im gesamten Bundesgebiet regelmäßig Sprechtage abgehalten, bei denen Sie Auskünfte in allen Sozialversicherungsangelegenheiten erhalten. Im Sinne einer Allspartenberatung nehmen wir Ihre Anfragen und Anträge auch gerne entgegen, wenn Sie bei einem anderen Sozialversicherungsträger versichert sind, und leiten Ihre Unterlagen an das zuständige Institut weiter. Machen Sie von diesem Angebot Gebrauch und besuchen Sie die SVA!

Dr. Christoph Leitl
Obmann

Inhalt

3 **ALLGEMEINES ZUR KRANKENVERSICHERUNG**
3 Grundzüge der Pflichtversicherung
4 Sachleistungsberechtigung
4 Geldleistungsberechtigung
6 Optionen in der GSVG-Krankenversicherung
7 Mehrfachversicherung
7 Meldungen und Auskünfte
8 **AUFGABEN DER KRANKENVERSICHERUNG**
8 Pflichtleistungen
9 Freiwillige Leistungen
10 **DIE EINZELNEN LEISTUNGEN IM DETAIL**
10 Jugendlichenuntersuchung
10 Vorsorge-/Gesundenuntersuchung
10 Ärztliche Hilfe
12 Untersuchungen und Behandlungen in Spitalsambulanzen
12 Physiotherapie / Ergotherapie / Psychotherapie etc.
12 Medikamente
14 Heilbehelfe und Hilfsmittel
15 Krankenhauspflege
17 Medizinische Hauskrankenpflege
18 Medizinische Rehabilitation
18 Transportkosten
19 Zahnbehandlung und Zahnersatz
21 Zahnspange ohne Kostenanteil
23 Mutterschaftsleistungen
25 Mutter-Kind-Pass
25 Betriebshilfe - Wochengeld
26 Kinderbetreuungsgeld
28 Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit
29 Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit
30 Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung
31 Reisekosten
32 **SELBSTBEHALT UND REZEPTGEBÜHR**
32 Selbstbehalt
33 Schutzbestimmungen für Versicherte
34 Befreiung vom Selbstbehalt
35 Rezeptgebühr
36 **MITVERSICHERUNG VON ANGEHÖRIGEN**
39 **WEITERVERSICHERUNG**
39 **ZUSATZVERSICHERUNG**

1. Allgemeines zur Krankenversicherung

GSVG: Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz

ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

FSVG: Freiberuflich Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz

BSVG: Bauern-Sozialversicherungsgesetz

NVG : Notarversicherungsgesetz

Achtung:

Diese Broschüre informiert vorwiegend über die **Leistungen der gewerblichen Krankenversicherung**, die den Erwerbstätigen als auch den Pensionisten und deren Angehörigen zur Verfügung stehen.

Beitragsrechtliche Fragen beantwortet die Informationsbroschüre „Versicherungsschutz und Beiträge“!

Grundzüge der Pflichtversicherung

Neben allen materiellen Erwägungen bietet die Pflichtversicherung in einer sozialen Krankenversicherung unschätzbare Vorteile:

- Spezielle Risikogruppen werden nicht ausgeschlossen.
- Leistungen ohne Wartezeiten.
- Beiträge richten sich nach dem Einkommen.
- Alter und Gesundheit hat keinen Einfluss auf die Beiträge.
- Familienverhältnisse werden berücksichtigt.

SVA Infoblätter zu vielen wichtigen Themen finden Sie im Internet unter www.svagw.at/INFO.

Auf welche Leistungen habe ich durch die Krankenversicherung der SVA Anspruch?

Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung

Ob Sie bei uns sach- oder geldleistungsberechtigt sind, entscheidet die Höhe Ihrer Einkünfte.

Liegt Ihr Einkommen unter der „**Sachleistungsgrenze“** – 68.039,99 Euro (Wert 2016) – sind Sie sachleistungsberechtigt. Liegt Ihr Einkommen darüber, so können Sie Geldleistungen (Vergütungen) in Anspruch nehmen.

Wann bin ich sachleistungsberechtigt?

Sachleistungsberechtigt sind Sie im Jahr 2016,

- … wenn Sie versichert sind und noch **in den ersten drei Jahren** Ihrer Berufsausübung stehen („Neuzugänge“).
- … als GSVG-krankenversicherter Gewerbetreibender, Gewerbegesellschafter oder Neuer Selbständiger, wenn
  - Ihre versicherungspflichtigen Beträge **unter der Sachleistungsgrenze** von 68.039,99 Euro liegen

  oder
  - Sie im Jahr **2013 keine Einkommensteuer** veranlagt haben.
- … wenn Sie Gewerbepensionist sind.
- … wenn Sie Versicherter oder Pensionist mit mehrfachem Krankenversicherungsschutz sind.

Was sind versicherungspflichtige Beträge?

Den Einkünften aus pflichtversicherter Erwerbstätigkeit werden die in diesem Jahr vorgeschriebenen Pensions- und Krankenversicherungsbeiträge hinzugerechnet!

Wann bin ich geldleistungsberechtigt?

Geldleistungsberechtigt sind Sie im Jahr 2016,

- als ausschließlich nach dem **GSVG krankenversicherter Gewerbetreibender, Gewerbegesellschafter oder Neuer Selbständiger**, wenn
  - Ihr Einkommensteuerbescheid 2013 versicherungspflichtige Beträge über der „Sachleistungsgrenze“ ausweist.

- als **Gewerbepensionist**, wenn Sie eine GSVG-versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben und
  - Ihr Einkommen in Summe aus „Erwerbseinkünften“ und Pension über der „Sachleistungsgrenze“ liegt.
- wenn Sie die Option **„volle Geldleistungsberechtigung“** gewählt haben. (Versicherte und Pensionisten)
- wenn Sie die Option **„Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“** gewählt haben. Die Geldleistungsberechtigung gilt jedoch nur hinsichtlich der Spitalpflege in der Sonderklasse (Versicherte und Pensionisten).

Welche Vorteile habe ich durch die Sachleistungsberechtigung?

Als Sachleistungsberechtigter können Sie **sämtliche Pflichtleistungen der Krankenversicherung ohne vorherige Auslagen** in Anspruch nehmen. Bei einzelnen Leistungen ist ein **Selbstbehalt** von **20 %** bzw. **10 %** vorgesehen. Dieser wird aber erst nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension abgezogen. Grundsätzlich wird bei Sachleistungsanspruch unmittelbar zwischen den Vertragspartnern (Ärzte, Krankenhäuser …) und der SVA abgerechnet. Das heißt, Sie müssen im Normalfall für die Bezahlung der Vertragspartner nicht selbst tätig werden.

Wie funktioniert die Verrechnung „privater“ Behandlungen?

Wenn Sie als Sachleistungsberechtigter Untersuchungen oder Behandlungen „privat“ durchführen lassen, können Sie die **Honorarnoten** oder **Rechnungen** im Original zur Vergütung **einreichen**. Sie bekommen dann einen **Kostenersatz** bis zur Höhe des Betrages, den wir als Sachleistung für Sie bezahlt hätten, abzüglich des Kostenanteils (= Selbstbehalt).

Welche Vorteile habe ich durch die Geldleistungsberechtigung?

Als Geldleistungsberechtigter sind Sie dem Arzt gegenüber Privatpatient. Nach Vorlage der von Ihnen bezahlten Arztrechnungen leisten wir Ihnen einen **„Kostenersatz“** – eine „Vergütung“ – nach einem Vergütungstarif. Der Kostenersatz darf im Einzelfall 80 % (bzw. in manchen Fällen eine um 10 % höhere Vergütung) des Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Wie hoch liegen die „Tarife“ bzw. die „tarifmäßige Vergütung“?

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind, senden wir Ihnen gerne Tarifauszüge zu. Wenden Sie sich dafür bitte an die zuständige SVA Landesstelle.

Bei einem **Spitalsaufenthalt in der Sonderklasse** oder in einer Krankenanstalt ohne allgemeine Gebührenklasse haben Sie Anspruch auf:

- Kostenersatz für die Anstaltsgebühr
- eine Pauschalvergütung für Sondergebühren
- eventuell einen Operationskostenersatz

Für **Heilmittel** (Medikamente), die ihnen auf **Privatrezepten** verschrieben werden, ersetzen wir Ihnen ebenfalls die Kosten.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass Privatrezepte von Apotheken als Kassenrezepte anerkannt und direkt verrechnet werden. Diese Rezepte müssen alle relevanten Daten über den Versicherten enthalten und frei verschreibbare Heilmittel verordnen.

Wenn Sie **geldleistungsberechtigt** sind, können Sie folgende Leistungen auch als **Sachleistungen** (ohne Barauslagen) beanspruchen:

- Krankenhauspflege auf der allgemeinen Gebührenklasse
- Heilbehelfe
- ambulante Behandlungen in Vertragskrankenanstalten

Optionen für die Versicherten in der GSVG-Krankenversicherung

Als Sach- oder Geldleistungsberechtigter können Sie den Versicherungsschutz Ihren Bedürfnissen individuell anpassen.

Folgende Optionen stehen zur Auswahl:

- Für **Sachleistungsberechtigte**
  - die **„volle Geldleistungsberechtigung“** oder
  - die **„Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“**
- Für **Geldleistungsberechtigte**
  - die **„Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“**

Wann bin ich mehrfachversichert?

Seit dem Jahr 2000 sind Sie in der Krankenversicherung mehrfachversichert,

- wenn Sie **zwei** oder **mehr verschiedene Erwerbstätigkeiten** ausüben.
- wenn Sie **Geldleistungen** von **unterschiedlichen Sozialversicherungen** beziehen (wie Pensionen, Renten, Ruhe- oder Versorgungsgenüsse usw.).

Beispiel

- Ein Beamter (auch im Ruhestand) übt ein Gewerbe aus.
- Ein ASVG-Pensionist ist als Neuer Selbständiger erwerbstätig.
- Ein Gewerbetreibender steht in einem Dienstverhältnis und führt einen landwirtschaftlichen Betrieb.
- Ein Freiberufler steht in einem Dienstverhältnis und bezieht eine ASVG-Pension.

Welche Daten muss ich der SVA melden?

Für eine funktionierende Versicherung benötigen wir schnelle und vollständige Informationen über alle Umstände, die Ihr Versicherungsverhältnis und den Leistungsbezug betreffen.

Gesetzlich sind Sie als Versicherter oder Pensionist dazu verpflichtet

- der **Meldepflicht** nachzukommen: Bitte melden Sie uns **Änderungen** Ihrer persönlichen, finanziellen und wirtschaftlichen Verhältnisse **innerhalb eines Monats**, wenn Sie Auswirkungen auf das Versicherungsverhältnis erwarten.
- der **Auskunftspflicht** nachzukommen: **Bitte geben Sie uns** auf Anfragen **innerhalb von zwei Wochen** wahrheitsgemäß Auskunft bzw. legen Sie Unterlagen zur Einsicht innerhalb dieser Frist vor.

Achtung:

Wenn Sie Ihrer **Melde- und Auskunftspflicht nicht nachkommen**, kann es zu **Konsequenzen** kommen. Beispielsweise sind wir berechtigt, zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzufordern. Auch der Beginn Ihres Leistungsanspruches in der Kranken- und Unfallversicherung kann sich verzögern.

2. Aufgaben der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung sorgen wir vor mittels

- **Früherkennung** von Krankheiten
- Aktivitäten zur **Erhaltung der Gesundheit** der Bevölkerung
- **Versicherungsleistungen bei Krankheit**, während der **Mutterschaft** und bei **lang andauernder Krankheit**
- **Zahnbehandlung** und Zahnersatz
- medizinischer Maßnahmen zur **Rehabilitation**.

Unsere Aktivitäten werden vom GSVG geregelt. Das GSVG unterscheidet zwischen:

- **Pflichtleistungen:** Hier haben Sie einen Rechtsanspruch.
- **Freiwilligen Leistungen:** Hier gibt es keinen Rechtsanspruch.

Was sind Pflichtleistungen?

- **Vorsorgeleistungen:**
  - die Früherkennung von Krankheiten
  - Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung
  - die Jugendlichenuntersuchung
  - die Gesundenuntersuchung
- **Krankenbehandlung:**
  - Ärztliche Hilfe
  - Medikamente
  - Heilbehelfe usw.
- **Anstaltspflege:**

  in der Allgemeinen Gebührenklasse:
  - Verpflegung
  - Unterkunft
  - Operation
  - Medikamente usw.

für Geldleistungsberechtigte oder bei der Option „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“:

- Mehrkostenvergütung
- Operationskosten

- **Medizinische Hauskrankenpflege:**
  - Umfasst medizinische Betreuung und Behandlung bei Ihnen zu Hause, um Spitalsaufenthalte zu verkürzen oder überhaupt zu vermeiden.
- **Medizinische Rehabilitation:**
  - Nach einer Krankenbehandlung, um deren Erfolg zu sichern
- **Übernahme von Transportkosten:**
  - Bei stationärer Anstaltspflege
- **Zahnbehandlung und Zahnersatz:**
  - Behandlungskosten
  - Kieferregulierung usw.
  - Zahnspange ohne Kostenanteil
- **Leistungen während der Mutterschaft:**
  - Entbindungsheimpflege
  - Betreuung durch eine Hebamme
  - Wochengeld
  - Kinderbetreuungsgeld
  - Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld
  - Mehrkostenvergütung für Geldleistungsberechtigte oder bei der Option „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“
- **Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit**

Was sind Freiwillige Leistungen?

- **Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit**
  - zum Beispiel Kuren, Genesungs- und Erholungsaufenthalte
- **Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten**
  - zum Beispiel Schutzimpfungen
- **Reise- und Fahrtkosten**

3. Die einzelnen Leistungen im Detail

Pflichtleistungen

Die Jugendlichenuntersuchung

Wenn Sie **zwischen 15 und 18 Jahre** alt und bei uns pflichtversichert sind, dann soll Ihr Gesundheitszustand **mindestens einmal pro Jahr untersucht werden**. Weil nur wenige Jugendliche bei uns versichert sind, führen zumeist die Gebietskrankenkassen diese Untersuchung durch.

Die meisten Jugendlichen, die bei der SVA pflichtversichert sind, haben eine Berechtigung zur Führung eines **Deszendentenfortbetriebs**. Um einen Deszendentenfortbetrieb handelt es sich, wenn ein Betrieb von den Erben weitergeführt wird.

Die Vorsorge- oder Gesundenuntersuchung

Sind Sie über 18 Jahre alt, dann können Sie **einmal jährlich eine Vorsorge- oder Gesundenuntersuchung** durchführen lassen. Vereinbaren Sie den Termin dafür direkt mit Ihrem Arzt bzw. einem Ambulatorium etc.!

Ärztliche Hilfe

Für **Sachleistungsberechtigte** gilt:

Seit dem Jahr 2012 gibt es die **SVA Gesundheitsversicherung**. Haus- und Vertrauensärzte betreuen ihre Patienten nicht nur im Krankheitsfall, sondern sie unterstützen sie auch dabei, gesund zu bleiben. Patienten wiederum, die aktiv zur Erhaltung Ihrer Gesundheit beitragen und alle Ziele des neuen Programms erfüllen, zahlen künftig nur den halben Selbstbehalt – also 10 statt 20 Prozent – für alle ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen. Für Diabetiker gibt es besondere Regelungen. Diabetiker, die an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten teilnehmen, zahlen ebenfalls nur den halben Selbstbehalt.

Mit Ihrer e-card ist ärztliche Hilfe bei allen Vertragsärzten der SVA zunächst kostenlos für Sie. Der Selbstbehalt von 20 bzw. 10 % wird Ihnen erst nach der Abrechnung des Arztes mit uns vorgeschrieben oder von Ihrer Pension einbehalten.

Achtung:

Sie müssen die e-Card bei jedem Arztbesuch vorlegen. Für eine **Überweisung oder Zuweisung** an einen Arzt, ein Spital oder ähnliches brauchen Sie außerdem noch einen Überweisungs- oder Zuweisungsschein.

Auch mit der **Sachleistungsberechtigung** haben Sie **freie Arztwahl** und müssen nicht zu einem Vertragsarzt gehen!

Für eine Behandlung als Privatpatient leisten wir Ihnen einen Kostenersatz in der Höhe des Betrages, den wir für einen Vertragsarzt vorgesehen haben. Ihr Kostenanteil von 20 % bzw. 10 % wird auch hier eingerechnet.

Für **Geldleistungsberechtigte** gilt:

Als Geldleistungsberechtigter können Sie Ärzte nur als Privatpatient beanspruchen. Sie haben freie Arztwahl und können jeden frei praktizierenden Arzt aufsuchen. Nachdem Sie uns Ihre bezahlten Arztrechnungen vorgelegt haben, überweisen wir Ihnen einen **Kostenersatz**. Diese Rechnungen müssen wir innerhalb von **42 Monaten**, nachdem Sie beim Arzt waren, erhalten.

Der Kostenersatz erfolgt nach einem **Vergütungstarif**. Bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2"- Projekten, erhalten sie eine um 10 % höhere Vergütung. Die Vergütung darf höchstens 80 % der tatsächlichen Kosten betragen.

Achtung:

Wir verrechnen mit einem „Einzelleistungstarif", das heißt **jede einzelne Leistung wird berechnet**. Sie bekommen eine höhere Vergütung, wenn die Leistungen einzeln aufgelistet sind. Ersuchen Sie Ihren Arzt, seine Leistungen auf der Honorarnote genau nach Anzahl, Art und Datum zu vermerken!

Wir leisten **keinen Kostenersatz** für Untersuchungen und Leistungen wie **Amtszeugnisse** und **Bestätigungen**, die Sie wegen sanitätspolizeilicher Vorschriften oder aus anderen Gründen für amtliche und private Stellen benötigen.

Untersuchungen und Behandlungen in Spitalsambulanzen

Spezielle Untersuchungen sowie ambulante Operationen und Behandlungen in öffentlichen Krankenhäusern können Sie als Geld- oder als Sachleistungsberechtigter in folgenden Fällen nutzen:

- Erste Hilfe;
- Nachbehandlung nach Erster Hilfe bzw.
- Fortsetzung einer Pflege, die in Ihrem Interesse in der selben Anstalt durchgeführt wird;
- durch eine Ambulanz ermöglichte Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, die sonst nicht in geeigneter Weise möglich sind.

In diesen Fällen beträgt Ihr **Selbstbehalt** pro Quartal und Krankenhaus **23,08 Euro**. Es genügt, wenn Sie ein Personaldokument vorlegen und erklären, bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) krankenversichert zu sein.

Es gibt hier **keinen Unterschied zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigten**. Wir haben mit den öffentlichen Krankenanstalten Verträge über Ambulanzbehandlungen für alle Versicherten und Anspruchsberechtigten abgeschlossen.

Physiotherapie/Ergotherapie/Psychotherapie etc.

Diese Leistungen stellen wir allen Versicherten als Sachleistung durch Vertragspartner zur Verfügung. Wenn die entsprechenden Verträge fehlen, leisten wir Kostenzuschüsse.

Medikamente

Für Sachleistungsberechtigte gilt:

Als Sachleistungsberechtigter erhalten Sie Ihre Medikamente auf Kassenrezept. Sie bekommen das Medikament für 5,70 Euro Rezeptgebühr in der Apotheke. Als Sachleistungsberechtigter haben Sie außer der Rezeptgebühr keinen Selbstbehalt bei Medikamenten.

Für Kassenrezepte gelten die **„Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise“** (RÖV). Sie wurden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger festgestellt und besagen im Wesentlichen:

- **Bestimmte Medikamente** können nur mit **Chefarztgenehmigung** auf Rechnung der SVA bezogen werden. Diese Genehmigung muss vom Arzt eingeholt werden, der das Medikament verschreibt.

- Auf einem Rezept können pro Medikament nur **zwei Kleinpackungen** oder **eine Großpackung** verschrieben werden.
- Mit **einem Rezept** kann **ein Medikament nur einmal** bezogen werden. Alle Kassenrezepte werden von der Apotheke zur Verrechnung mit der SVA eingezogen.

Diese Richtlinien gelten für Sachleistungsberechtigte auch dann, wenn Ihnen das Medikament auf einem **Privatrezept** verschrieben wurde. Sie können das Medikament dann aber grundsätzlich bis zu **sechs Mal** beziehen. Die Abstände des Bezugs müssen dem Verbrauch entsprechend sein.

Wenn Sie einen **Dauerbedarf eines bewilligungspflichtigen Medikaments** haben, dann kann über Antrag eine Bewilligung von maximal zwölf Bezügen erteilt werden.

Achtung:

Die Chefarztbewilligung für ein spezielles Heilmittel können Sie als Sachleistungsberechtigter mit einem Privatrezept nicht umgehen. Bei einem Privatrezept werden auch nur 80 % der Kosten von uns rückerstattet. Die Rezeptgebühr wird Ihnen in beiden Fällen verrechnet.

Für Geldleistungsberechtigte gilt:

Als Geldleistungsberechtigter erhalten Sie Ihre Medikamente **grundsätzlich auf Privatrezept** verordnet. Das bedeutet:

- In der Apotheke müssen Sie das Medikament zunächst selbst bezahlen.
- Wenn Sie das Rezept bei uns zur Vergütung einreichen, erstatten wir Ihnen folgenden Betrag zurück: 80 % der Kosten minus 5,70 Euro Rezeptgebühr pro verordneter Packung.

Wenn es die Behandlung erfordert, können Sie das Medikament grundsätzlich bis zu **sechsmal** mit einem **Rezept** beziehen. Um Missbrauch zu vermeiden, müssen die Abstände, in denen Sie das Medikament erwerben, einem normalen Verbrauch entsprechen.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass **Privatrezepte von Apotheken als Kassenrezepte** anerkannt und direkt verrechnet werden. Diese Rezepte müssen alle relevanten Daten über die Versicherten enthalten und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise einhalten.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Alle GSVG-Versicherten haben Anspruch auf Heilbehelfe und Hilfsmittel wie z. B. orthopädische Schuheinlagen oder Gummistrümpfe. Sie können diese als **Sachleistung** bei den Vertragspartnern der SVA beziehen. Der Selbstbehalt wird Ihnen erst nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Achtung:

- Wenn die **Kosten** für Ihre Heilbehelfe und Hilfsmittel **bis zu 32,40 Euro** (Betrag 2016) inkl. MwSt. betragen, müssen Sie diese Kosten selbst übernehmen.
- Wenn die Kosten für Ihre Heilbehelfe und Hilfsmittel **über 32,40 Euro** liegen, bleibt Ihnen ein **Selbstbehalt** von **20 %**. Der Selbstbehalt muss aber **mindestens 32,40 Euro** betragen.

Für den Bezug eines Heilbehelfes oder Hilfsmittels als Sachleistung benötigen Sie eine **ärztliche Verordnung**. Mit dieser Verordnung können Sie **„kleine“ Heilbehelfe** wie z. B. Bandagen, Schuheinlagen und Gummistrümpfe unmittelbar beim Vertragspartner beziehen. Für diese „kleinen“ Heilbehelfe brauchen Sie keine vorherige Bewilligung durch die SVA.

Weitere Heilbehelfe und Hilfsmittel:

- **Brillen und Kontaktlinsen:**
  - Die Kosten für Ihre Brillen und Kontaktlinsen übernehmen wir ab Jänner 2016 nur, wenn der Kassentarif über dem **Mindestselbstbehalt** von 97,20 Euro liegt.
  - Bei **gleichbleibender Sehstörung** haben Sie frühestens **nach drei Jahren** wieder Anspruch auf Kostenübernahme.
  - Die Kosten für **Gleitsicht- und Trifokalgläser** übernehmen wir nicht.
  - Die Kostenübernahme von **Kontaktlinsen** (Haftschalen) können wir nur bei entsprechender medizinischer Begründung bewilligen. Hier benötigen Sie die vorherige Bewilligung durch die zuständige Landesstelle.
- **Orthopädische Heilbehelfe:**

  Mit der ärztlichen Verordnung können Sie folgende orthopädische Heilbehelfe beziehen:

- Leisten- oder Schenkelbruchbänder
- Nabelbruchbänder
- Colostomiebandagen
- Bauchmieder
- Umstandsmieder
- Stützmieder
- Plattfußeinlagen
- Gummistrümpfe und dergleichen

Verleih von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden, stellen wir über **Vertragspartner** auch leihweise zur Verfügung. Diese Geräte müssen ohne gesundheitliche Gefahr von mehreren Personen genutzt werden können, zum Beispiel:

- Krücken
- Krankenfahrstühle
- Inhalationsapparate usw.

Mit der ärztlichen Verordnung beziehen Sie Heilbehelfe und Hilfsmittel immer als **Sachleistung**. Es gibt hier keinen Unterschied zwischen Sach- und Geldleistungsberechtigten.

Achtung:

Wenn Sie eine **spezielle Ausführung** bei Ihrem Heilbehelf oder Hilfsmittel wollen, müssen Sie die **Mehrkosten selbst zahlen**!

Krankenhauspflege

Wenn Sie sachleistungsberechtigt sind:

Für die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses müssen Sie nur den **täglichen Spitalskostenbeitrag** bezahlen.

- Der Kostenbeitrag ist in jedem Bundesland unterschiedlich hoch.
- Sie müssen den Kostenbeitrag für **maximal 28 Tage** pro Kalenderjahr bezahlen.
- Wenn Sie von der **Rezeptgebühr befreit** sind, müssen Sie auch keinen Spitalskostenbeitrag zahlen.

Grundsätzlich müssen Sie bei der Aufnahme in einem Vertragskrankenhaus nur bekanntgeben, dass Sie bei der SVA versichert sind. Es ist aber hilfreich, wenn Sie Ihre Anspruchsberechtigung gleich bei der Aufnahme nachweisen. Das ist möglich:

- mit Ihrer Versicherungskarte,
- mit Ihrer e-card,
- mit einem Beitrags- bzw. Pensionsabschnitt.

Das Krankenhaus setzt sich dann selbst mit uns in Verbindung.

In die **Sonderklasse**, also die höhere Gebührenklasse der Vertragskrankenhäuser, dürfen Sie nur nach Ihrem ausdrücklichen Wunsch aufgenommen werden!

Sie können auch als Sachleistungsberechtigter ein Krankenhaus aufsuchen, das keinen Vertrag mit uns hat, oder die Sonderklasse wählen. Entscheiden Sie sich für ein Krankenhaus ohne Vertrag, dann bekommen Sie einen festgelegten Pflegekostenzuschuss. Für die Sonderklasse zahlen wir Ihnen keine Vergütung.

Achtung:

Sondergebühren wie Operationskosten, Arzneikosten, Heilmittel usw. können wir Sachleistungsberechtigten nicht separat vergüten!

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind:

Wenn Sie sich für die Sonderklasse entscheiden, erhalten Sie nach Vorlage Ihrer bezahlten Krankenhausrechnung folgende Vergütungen von uns:

- Kostenersatz für die **Anstaltsgebühr**
- eine Pauschalvergütung für **anfallende Sondergebühren**
- eventuell einen **Operationskostenersatz**

Die Summe, die wir Ihnen zurückerstatten, wird nach dem Vergütungstarif berechnet.

Auch wenn Sie geldleistungsberechtigt sind, müssen Sie für die Behandlung in der **allgemeinen Gebührenklasse** eines Vertragskrankenhauses lediglich den **täglichen Spitalskostenbeitrag** bezahlen. Dieser wird Ihnen höchstens für 28 Tage pro Kalenderjahr verrechnet.

Wenn Sie die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse beanspruchen:

Bitte weisen Sie Ihre Anspruchsberechtigung mit der e-card oder einem Beitrags- oder Pensionsabschnitt nach! Das Spital setzt sich dann mit uns in Verbindung.

Achtung:

Sie sind geldleistungsberechtigt und haben eine private Zusatzversicherung:

Wenn Sie einen Krankenhausaufenthalt auf der Sonderklasse beansprucht haben, legen Sie Ihre **Rechnungen** und **Honorarnoten zuerst bei der privaten Krankenversicherung** vor. Diese wird Sie dann ersuchen, eine Abtretungserklärung zu unterzeichnen. Dann kann sie die Abrechnung direkt mit uns durchführen.

Medizinische Hauskrankenpflege

Medizinische Hauskrankenpflege können Sie über ärztliche Anordnung beanspruchen.

Medizinische Hauskrankenpflege

- darf nur durch **diplomierte Krankenpfleger** erbracht werden
- umfasst ausschließlich **medizinische Leistungen** und
- **„qualifizierte“ Pflegeleistungen** wie
  - Injektionen
  - Sondenernährung
  - Wundversorgung etc.

Nicht zur medizinischen Hauskrankenpflege zählen:

- Grundpflege
  - Haut-, Haar- und Zahnpflege
  - Reichen der Leibschüssel
- Hauswirtschaftliche Versorgung
  - Bettenmachen
  - Essen kochen etc.

Achtung:

Für Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung etc. können wir keine Kosten übernehmen!

Wenn Sie die medizinische Hauskrankenpflege **von unseren Vertragspartnern** beanspruchen, gilt sie als **Sachleistung**. Sie müssen nichts zuzahlen.

Wird sie **nicht von unseren Vertragspartnern** geleistet, zahlen wir Ihnen einen **Zuschuss** zu den Pflegekosten.

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation findet **im Anschluss an eine Krankenbehandlung** statt.

Sie soll den Gesundheitszustand so weit wiederherstellen, dass ein Leben ohne Betreuung und Hilfe längerfristig möglich ist.

Zur medizinischen Rehabilitation zählt zum Beispiel:

- die Unterbringung in spezialisierten Spitälern
- das Bereitstellen von Prothesen, orthopädischen Behelfen oder Schuhen etc.

Auch wenn Sie in einer Krankenanstalt untergebracht sind, die vorwiegend der Rehabilitation dient, müssen Sie einen **Kostenbeitrag** zahlen. Der Beitrag beträgt je nach Einkommenshöhe 7,78 bis 18,90 Euro pro Tag (Wert 2016). Sie müssen ihn für maximal 28 Tage bezahlen.

Transportkosten

Wenn Sie ins Spital oder zum Arzt müssen und kein öffentliches Verkehrsmittel (Bus, Bahn, etc.) benutzen können, zahlen wir Ihre Transportkosten für die nächstgelegene geeignete Behandlungsstelle. Wollen Sie einen weiter entfernten Arzt etc. beanspruchen, müssen Sie die Mehrkosten selbst übernehmen.

Für den Transport kommen **Sanitätsfahrzeuge** und **Mietwagen** in Frage. Das gilt auch, wenn Sie vom Spital oder Arzt wieder nach Hause fahren.

Achtung:

Voraussetzung für die Kostenübernahme: Eine **ärztliche Bestätigung**, dass Ihr körperlicher Zustand den Transport notwendig macht!

Serientransporte müssen durch unsere zuständigen Landesstellen **vor den Transporten** genehmigt werden.

Den Krankentransport bieten wir allen unseren Versicherten als Sachleistung. Sie müssen lediglich den **Selbstbehalt** von **20 %** bezahlen.

Für **Taxifahrten** haben wir mit einigen Firmen bereits Verträge zur direkten Kostenverrechnung abgeschlossen. Sie können die einzelnen Unternehmen in den Landesstellen erfragen.

Wenn Sie ein Taxiunternehmen nutzen, das keinen Vertrag mit uns hat:

Im Regelfall übernehmen wir 80 % der vertraglichen Fahrtkosten zum nächsten geeigneten Arzt, Spital etc.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Wenn Sie sachleistungsberechtigt sind:

Chirurgische und konservierende Zahnbehandlungen

- können Sie einfach mit Ihrer **e-card** in Anspruch nehmen.

Der Zahnarzt kann dann direkt mit uns verrechnen. Der **Selbstbehalt** von **20 % (oder 10 %** bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2“-Projekten) wird Ihnen erst nach der Abrechnung des behandelnden Arztes von uns vorgeschrieben.

Zahnersatz

Voraussetzungen:

- Zunächst muss Ihr Zahnarzt auf der Vorderseite des Ersatz-Patientenscheines einen Antrag stellen. Diesen Beleg müssen Sie Ihrer zuständigen SVA Landesstelle vor Beginn der Zahnersatzarbeiten vorlegen. Unsere Landesstellen bestätigen dann auf dem Ersatz-Patientenschein Ihre Anspruchsberechtigung.

Wie oft habe ich Anspruch auf eine neue Prothese?

- bei Kunstharzprothesen alle vier Jahre
- bei totalen Kunststoffprothesen als Dauerversorgung alle sechs Jahre

Wenn eine Neuherstellung aus medizinischen Gründen (notwendige Extraktionen, andere Veränderungen im Mund) früher notwendig ist, übernehmen wir die Kosten dafür. Der Selbstbehalt von 20 % bzw. 10 % wird Ihnen nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

- Bei Metallgerüstprothesen haben Sie grundsätzlich alle sechs Jahre Anspruch auf Neuherstellung.

Wenn Sie früher eine neue Metallgerüstprothese brauchen, muss Ihr Zahnarzt einen entsprechenden Antrag bei der zuständigen Landesstelle vorlegen.

Achtung:

Für die folgenden Leistungen müssen Sie 50 % zuzahlen:

- Neuherstellung von Metallgerüstprothesen
- Verblend-Metall-Keramikkronen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen
- Kieferorthopädische Behandlungen
- notwendige Reparaturen bei den hier aufgezählten Maßnahmen

Die Höhe Ihrer Zuzahlung wird von unseren Landesstellen am Antrag auf dem Ersatzpatientenschein vermerkt. Die Zuzahlung müssen Sie dem Zahnarzt oder Dentisten vor Beginn der Behandlung bezahlen. Bei Reparaturen wird Ihnen die Zuzahlung im Nachhinein von uns vorgeschrieben.

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind:

Als Geldleistungsberechtigter sind Sie bei Zahnärzten oder Dentisten Privatpatient.

Sie zahlen die Rechnung also zunächst selbst und haben Anspruch auf eine tarifmäßige Rückerstattung Ihrer Kosten.

Wie oft habe ich Anspruch auf eine neue Prothese?

- bei Kunstharzprothesen alle vier Jahre
- bei totalen Kunststoffprothesen als Dauerversorgung alle sechs Jahre

Wenn eine Neuherstellung aus medizinischen Gründen (notwendige Extraktionen, andere Veränderungen im Mund) früher notwendig ist, können wir die dafür vorgesehene Vergütung zahlen.

- Bei Metallgerüstprothesen haben Sie grundsätzlich alle sechs Jahre Anspruch auf Neuherstellung.

Auch hier können wir die Vergütung früher übernehmen, wenn innerhalb der sechs Jahre eine neue Prothese notwendig ist.

Zahnspange ohne Kostenanteil (Selbstbehalt)

Ab dem 1. Juli 2015 gibt es **bei medizinischer Notwendigkeit** bis zum 18. Geburtstag zwei neue Leistungen im Bereich der Zahnmedizin:

- Frühkindliche Zahnbehandlung bei **schweren Fehlstellungen** ab dem sechsten Lebensjahr. Diese erfolgt in der Regel durch abnehmbare Zahnspangen, wobei der bisher geltende Selbstbehalt (durchschnittlich in Höhe von rund 450 Euro) wegfällt. Hier geht es um kieferorthopädische Behandlungen im frühkindlichen Alter, die bei definierten Zahnfehlstellungen vor Vollendung des zehnten Lebensjahres angewendet werden. Die Behandlung kann bei allen Zahnärzten und Kieferorthopäden vorgenommen werden und sichert durch frühe Korrektur die möglichst gesunde und normale Entwicklung des Gebisses.
- Festsitzende Zahnspange (auch „Zahnspange ohne Kostenanteil“ genannt) bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr **bei schwerwiegenden Fehlstellungen**. Es handelt sich dabei um alle nötigen Leistungen rund um die Behandlung mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen.

  Die soziale Krankenversicherung schließt somit eine bisher bestehende Lücke in der Zahnversorgung für Kinder und Jugendliche auf Krankenkosten.

Wer hat Anspruch?

Die festsitzende Zahnspange kann in Anspruch genommen werden, wenn eine Zahn- oder Kieferfehlstellung mit Schweregrad „IOTN 4“ oder „IOTN 5“ festgestellt wird. „IOTN“ steht für „**I**ndex of **O**rthodontic **T**raet-

ment **N**eed“, also das internationale Einteilungsschema für die medizinische Notwendigkeit von Zahnbehandlungen.

Der erste Weg führt also zu einem Zahnarzt, der die Erstberatung vornimmt. Bestätigt dieser den entsprechenden Schweregrad des Problems, kann die Behandlung beginnen. Bei einer Behandlung durch den Vertragskieferorthopäden ist keine Bewilligung erforderlich.

Neu ist auch die Einführung eines Qualitätssicherungssystems durch Messung des Behandlungserfolges. Kümmert sich ein Patient nicht um nötige Mundhygiene, erscheint nicht zu Kontrollterminen oder dergleichen und bringt so den Behandlungserfolg ins Wanken, melden die behandelnden Kieferorthopäden dies der SVA. Kann die Situation nicht geklärt werden, verliert der Betreffende den Anspruch auf die kostenlose Leistung.

Voraussetzung

Wer **Anspruch auf diese kostenlose Leistung** hat, hängt von folgenden Punkten ab.

- Die Behandlung muss **vor Vollendung des 18. Lebensjahres** beginnen.
- Es muss eine **schwerwiegende Zahnfehlstellung** (IOTN 4 oder 5) vorliegen, die aus medizinischer Sicht der Behandlung bedarf. Bei kleineren, rein optischen Makeln greift die neue Regelung leider nicht.
- Der Anspruch muss gegenüber dem Vertragskieferorthoäden mittels **e-card** nachgewiesen werden.
- Die Behandlung muss durch einen **qualifizierten Zahnarzt** aus dem Bereich der Kieferorthopädie erfolgen.
- der betreffende Kieferorthopäde muss über einen entsprechenden **Vertrag mit der SVA** verfügen.

Bei Behandlung durch einen **Wahlkieferorthopäden** wird eine Kostenerstattung nur dann geleistet, wenn alle folgenden Kriterien gegeben sind:

- der Wahlkieferorthopäde erfüllt zu Behandlungsbeginn die notwendigen Ausbildungs- und Qualitätskriterien und weist diese nach **und**
- die Leistung entspricht vollständig der Vertragsleistung **und**
- das Behandlungsergebnis (Verbesserung um mindestens 70 Prozent) ist erreicht **und**
- die bezahlte Honorarnote vorgelegt wird.

Mutterschaftsleistungen

Wenn Sie sachleistungsberechtigt sind:

Als **Mutterschaft** bezeichnen wir einen bestimmten Zeitraum, in dem besondere Versicherungsleistungen gelten. Die Mutterschaft stellt also einen Versicherungsfall dar und darf nicht mit der gesamten Schwangerschaft verwechselt werden.

Der **Versicherungsfall der Mutterschaft** beginnt

- grundsätzlich mit Beginn der **achten Woche vor dem voraussichtlichen Geburtstermin**. Dieser Termin wird vom behandelnden Arzt festgelegt.
- **mit der Geburt**, wenn die Geburt bereits vor diesem Termin stattfindet.
- mit **Beginn der achten Woche vor der tatsächlichen Geburt**, wenn kein voraussichtlicher Geburtstermin festgestellt wurde.
- **mit dem Tag des Beginns eines individuellen Beschäftigungsverbotes** aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses, wenn ansonsten Gefahr für Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind besteht.

Während dieses Zeitraums sind folgende Leistungen mit der e-card kostenlos für Sie:

- Ärztliche Behandlung bei **Schwangerschaftsbeschwerden**
- Beistand durch **Hebammen** bzw. diplomierte **Kinderkranken-** und **Säuglingsschwestern**

Wir verrechnen diese Leistungen direkt mit unseren Vertragspartnern.

Achtung:

Wenn Sie schwanger sind und vor dem oben genannten Zeitraum, in dem der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt, einen Arzt aufsuchen, müssen wir einen **Selbstbehalt** von **20 % bzw. 10 %** verrechnen. Das gilt auch, wenn die Behandlungskosten während der Mutterschaft die Folge einer Krankheit sind.

Für die Entbindung:

Wir bieten Ihnen **Spitalspflege bis zu zehn Tagen**. Auf der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses ist dieser Aufenthalt völlig kostenlos. Wir verrechnen keinen Selbstbehalt.

Achtung:

Wenn Sie Heilmittel (Medikamente) und **Heilbehelfe** beziehen, gelten für Sie die gleichen Bestimmungen wie bei der Krankenbehandlung!

Wenn Sie für Ihre Entbindung die **Sonderklasse** eines Krankenhauses wählen, zahlen wir nur die Kosten, die wir für die allgemeine Gebührenklasse übernommen hätten.

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind:

Für den **Arztbesuch während der Schwangerschaft**, für Medikamente und Heilbehelfe gelten die gleichen Bestimmungen wie bei einer Krankheit:

- Sie zahlen die Rechnungen des Arztes zunächst selbst.
- Dann reichen Sie diese bei uns zur Kostenrückerstattung ein. Bei Erreichung der Gesundheitsziele erhalten Sie eine um 10 % höhere Vergütung. Die Vergütung darf jedoch 80 % der tatsächlichen Kosten nicht übersteigen.

Ausnahme: Die Untersuchungen für den Mutter-Kind-Pass sind kostenlos!

Wenn Sie auf der allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses entbinden, so ist die Krankenhauspflege bis zu zehn Tagen kostenlos für Sie!

Müssen Sie länger im Krankenhaus bleiben, so ist wie bei einer Krankheit lediglich der **Spitalskostenbeitrag** zu bezahlen.

Wählen Sie die höhere Gebührenklasse als **Privatpatient**, erhalten Sie:

- Kostenersatz für die **Anstaltsgebühr**
- Kostenersätze für **Sondergebühren** und **Operationen**, wie bei einem sonstigen Spitalsaufenthalt

Hebammenhilfe und Beistand durch diplomierte **Kinderkranken-** und **Säuglingsschwestern** ist auch für geldleistungsberechtigte Mütter kostenlos. Sie haben keinerlei Selbstbehalt.

Die Hebammen und Kinderkranken- und Säuglingsschwestern müssen aber **Vertragspartnerinnen** der SVA sein.

Mutter-Kind-Pass

Alle nach dem GSVG bei uns versicherten Frauen haben Anspruch auf **kostenlose Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen**.

Diese Leistung erbringen wir im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind.

Achtung:

Wenn Sie **geldleistungsberechtigt** sind, brauchen Sie für diese Untersuchungen **„Ersatz-Patientenscheine“** mit dem Vermerk „**Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen“**.

Sie können diese bei Ihrer zuständigen SVA Landesstelle ausstellen lassen.

Betriebshilfe - Wochengeld

Wochengeld

Sowohl sach- als auch geldleistungsberechtigte Mütter haben Anspruch auf ein **Wochengeld** von **52,69 Euro pro Tag**:

- während der letzten acht Wochen vor der Entbindung
- am Entbindungstag selbst
- während der ersten acht Wochen nach der Entbindung

Bei einer **Mehrlingsgeburt, Frühgeburt** oder einem **Kaiserschnitt** wird das Wochengeld 12 Wochen lang nach der Geburt ausgezahlt.

Sollte die Achtwochenfrist vor der Geburt durch einen **früheren Geburtstermin** geringer ausgefallen sein, wird die Frist nach der Geburt um diesen Zeitraum verlängert – auf bis zu 16 Wochen nach der Geburt.

Betriebshilfe

Die Betriebshilfe gibt es bereits vor Beginn der Achtwochenfrist für den Fall, dass die **Berufstätigkeit** der schwangeren Mutter eine **Gefährdung von Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind** darstellt. Diese Gefährdung müssen Sie durch ein amtsärztliches Zeugnis nachweisen.

Achtung:

Voraussetzungen für die Zahlung von Wochengeld:

- Der Einsatz einer Hilfe zur Entlastung der Wöchnerin, sofern möglich. Diese Person soll die Tätigkeiten der Mutter im Betrieb übernehmen.
- Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung muss aufrecht sein. Wochengeld gebührt aber auch dann, wenn der Betrieb für die Zeit des Mutterschutzes unterbrochen wird und unmittelbar davor mindestens 6 Monate der Pflichtversicherung in der GSVG-Krankenversicherung vorliegen.
- Wenn Sie familienversichert sind oder beitragsfrei anspruchsberechtigter Angehöriger, erhalten Sie **kein** Wochengeld!

Kinderbetreuungsgeld

Sie können zwischen fünf verschiedenen Varianten wählen:

- **vier Pauschalvarianten** und
- eine **einkommensabhängige Variante**

Variante 1: Das Kinderbetreuungsgeld beträgt **14,53 Euro** täglich. Sie bekommen es bis maximal zur Vollendung des **36. Lebensmonates** ausbezahlt. (Mindestens 6 Monate davon muss der andere Elternteil konsumieren.)

Was geschieht, wenn nur ein Elternteil das Kinderbetreuungsgeld bezieht?

In diesem Fall wird es nicht für die maximal mögliche Länge ausbezahlt. Die Bezugsdauer verkürzt sich um die jeweils vorgeschriebene Mindestdauer des zweiten Elternteils.

z. B.: Bei Variante 1 wird dann nur 30 Monate lang Kinderbetreuungsgeld ausbezahlt.

Achtung:

Beide Elternteile müssen die Zuverdienstgrenzen berücksichtigen! Beide müssen einen eigenen Antrag auf Kinderbetreuungsgeld stellen.

Variante 2: Das Kinderbetreuungsgeld beträgt **20,80 Euro** täglich. Sie bekommen es bis maximal zur Vollendung des **24. Lebensmonates** ausbezahlt. (Mindestens 4 Monate davon muss der andere Elternteil konsumieren.)

Variante 3: Das Kinderbetreuungsgeld beträgt **26,60 Euro täglich**. Sie bekommen es bis maximal zur Vollendung des **18. Lebensmonates** ausbezahlt. (Mindestens 3 Monate davon muss der andere Elternteil konsumieren.)

Variante 4: Das Kinderbetreuungsgeld beträgt **33 Euro täglich**. Sie bekommen es bis maximal zur Vollendung des **14. Lebensmonates** ausbezahlt. (Mindestens 2 Monate davon muss der andere Elternteil konsumieren.)

Variante 5: Das Kinderbetreuungsgeld ist von Ihrem **Einkommen abhängig**: Es beträgt maximal **66 Euro täglich**. Sie bekommen es bis maximal zur Vollendung des **14. Lebensmonates** ausbezahlt. (Mindestens 2 Monate davon muss der andere Elternteil konsumieren.)

Achtung:

Voraussetzungen, um das Kinderbetreuungsgeld zu beziehen (Einkommensgrenzen):

- Für die **4 Pauschalvarianten** gelten zwei Grenzen:
  - der allgemeine Grenzbetrag von 16.200 Euro jährlich.
  - der individuelle Grenzbetrag von 60 % Ihrer Einkünfte im Jahr vor der Geburt (ohne Kinderbetreuungsgeld). Ist der berechnete individuelle Grenzbetrag höher als 16.200 Euro jährlich, dann können Sie während des gesamten Bezugszeitraumes des pauschalen Kinderbetreuungsgeldes diesen entsprechend höheren Zuverdienst erzielen.
- Für das **einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld** dürfen Ihre Einkünfte den Grenzbetrag von 6.400 Euro (ab 1.1.2014) jährlich nicht übersteigen.

Grundsätzlich haben Sie als Elternteil Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld, wenn Sie

- für Ihr Kind Familienbeihilfe beziehen und
- mit Ihrem Kind im gemeinsamen Haushalt leben.

Während Sie Wochengeld beziehen, ruht das Kinderbetreuungsgeld in der Höhe des Wochengeldes. Ist das Wochengeld niedriger als Ihr tägliches Kinderbetreuungsgeld, so erhalten Sie die Differenz als Kinderbetreuungsgeld ausbezahlt.

Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld

Die Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld beträgt **6,06 Euro** täglich. Sie kann beantragt werden von

- Alleinerziehern
- Familien mit geringem Einkommen

Voraussetzungen:

Ihr maßgebliches Einkommen darf nicht über der Grenze von 6.400 Euro (ab 1.1.2014) jährlich liegen.

Das maßgebliche Einkommen wird aus allen Ihren Erwerbstätigkeiten zusammengerechnet.

Bei verheirateten oder in Lebensgemeinschaft lebenden Vätern und Müttern darf das Jahreseinkommen des Partners nicht über 16.200 Euro liegen.

Ab der Antragstellung haben Sie **maximal** für **12 Monate** Anspruch auf die Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld.

Wenn Sie einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld beziehen, haben Sie keinen Anspruch auf die Beihilfe!

Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit

Wir unterstützen Sie, wenn Sie an einer länger andauernden Krankheit leiden und dem Betrieb länger fernbleiben müssen. Und das ohne zusätzlichen Beitrag!

Die Leistung beträgt täglich 29,23 Euro und ist nicht vom Einkommen abhängig.

Sie haben Anspruch auf eine Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit, wenn und solange Sie:

- Selbständig erwerbstätig und in der Krankenversicherung nach dem GSVG versichert sind.
- Regelmäßig keinen oder weniger als 25 Mitarbeiter beschäftigen.
- Die Aufrechterhaltung des Betriebes von Ihrer persönlichen Arbeitsleistung abhängt.

Voraussetzungen:

Sie haben Anspruch auf eine Unterstützungsleistung, wenn Sie wegen einer Krankheit arbeitsunfähig sind. Der Anspruch besteht ab dem 43. Tag einer vom Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit. Die Unterstützungsleistung besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; für ein und dieselbe Krankheit maximal 20 Wochen.

Wenn Sie 20 Wochen eine Unterstützungsleistung bezogen haben, müssen Sie für einen weiteren Anspruch 26 Wochen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein.

Sie können die Leistung bei Ihrer SVA Landesstelle beantragen. Dazu benötigen Sie eine ärztliche Bestätigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit. Diese stellt Ihr Arzt aus.

Achtung:

Wenn sich eine längere Krankheit abzeichnet, suchen Sie am besten einen Arzt auf und lassen sich Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Dafür haben Sie maximal 4 Wochen ab Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit Zeit.

Die Krankmeldung müssen Sie dann innerhalb von zwei Wochen ab jenem Tag, an dem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, bei der SVA vorlegen. Bei nicht fristgerechter Antragstellung, haben Sie erst ab dem Tag nach Einlangen des Antrages Anspruch auf eine Leistung.

Freiwillige Leistungen

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

Voraussetzungen:

- ständiger Aufenthalt in Österreich

- Sie haben keine Möglichkeit für gleichartige Maßnahmen durch einen anderen Kostenträger (anderer Sozialversicherungsträger, Bundessozialamt)
- ärztliche Befunde, damit wir die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit beurteilen können
- für freiwillig Versicherte: Voraussetzung ist eine Versicherungszeit von sechs Monaten in der GSVG-Krankenversicherung

Welche freiwilligen Leistungen bieten wir?

- Zuschuss für Landaufenthalte
- Zuschuss bzw. Kostenübernahme für Aufenthalte in Kurorten, in Genesungs- und Erholungsheimen und in Kuranstalten
- Übernahme der Reisekosten bei Bedürftigkeit
- Unter bestimmten Voraussetzungen: Übernahme von Kosten für Betriebshelfer bei Krankheit

Achtung:

Warten Sie unsere Entscheidung bezüglich Zuschuss oder Kostenübernahme ab, bevor Sie Ihren Erholungsaufenthalt antreten! Es könnten Ihnen sonst finanzielle Nachteile entstehen.

Wir empfehlen, den Antrag zeitgerecht zu stellen. Bei Kuraufenthalten ist das zirka drei Monate vor dem geplanten Antritt.

Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung

Schutzimpfungen

Für bestimmte Schutzimpfungen übernehmen wir die Kosten, wenn diese nicht ohnehin von der Gesundheitsbehörde durchgeführt werden.

Ob wir die Kosten für eine bestimmte Schutzimpfung übernehmen, sollten Sie vorher bei uns erfragen. Anträge auf Schutzimpfungen schicken Sie mit einer ärztlich bestätigten Begründung an Ihre SVA Landesstelle.

Für die Zeckenschutzimpfung gibt es in jedem Fall eine Zuschussleistung.

Reisekosten

Reisekosten werden ersetzt, wenn

- Sie aufgrund besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind;
- die nächste geeignete medizinische Einrichtung mehr als 20 km entfernt ist.

Die Kosten für Fahrten innerhalb eines Stadtgebietes (z. B. mit der Straßenbahn oder dem Autobus) können wir nicht zurückerstatten.

Der Kostenersatz wird nach einem einheitlichen **Kilometersatz b**erechnet, egal ob Sie ein öffentliches oder privates Verkehrsmittel benutzt haben. Der Kilometersatz beträgt **0,07 Euro** bzw. 0,11 Euro bei der Notwendigkeit einer Begleitperson.

Achtung:

Sie müssen nachweisen, dass Sie beim Arzt etc. behandelt worden sind! Belege der Kosten (Fahrkarten etc.) schicken Sie uns gemeinsam mit dem Antrag auf Erstattung.

Wie stelle ich einen Antrag auf Kostenrückerstattung?

Ein korrekter Antrag ist die Voraussetzung für eine Kostenrückerstattung! Sie können die Belege im Original oder online zur Vergütung einreichen.

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

- **Belege**
  - Wir dürfen keine Fotokopien, Durchschriften usw. akzeptieren!
- **Namensangabe**
  - Auf jedem Beleg müssen Ihr Vor- und Zuname und Ihr Geburtsdatum aufscheinen.
- **Angabe der Diagnose**
  - Für jede Kostenrückerstattung brauchen wir eine genaue Diagnose. Das gilt besonders für Spitalsrechnungen.
- **Zahlungsbestätigungen bei Rechnungen**
  - Honorarnoten müssen den Zahlungsvermerk des Arztes enthalten.
  - Auf Rezepten muss der Bezugsstempel der Apotheke aufscheinen.
  - Bei Zahlung mit Erlagschein brauchen wir den Zahlungsbeleg.

- **Zuweisung**
  - Für die Vergütung von Untersuchungen in Laboratorien und bei Radiologen und Behandlungen in physikalischen Instituten brauchen wir auch die Zuweisung des behandelnden Arztes.
- **Angabe der Versicherungsnummer**
  - Damit wir Ihren Antrag schnell bearbeiten können, brauchen wir Ihre Versicherungsnummer.
- **Aufgeschlüsselte Rechnungen**
  - Wir berechnen die Kostenrückerstattung nach Einzelleistungen. Sie bekommen mehr Geld rückerstattet, wenn jede einzelne Leistung des Arztes oder Krankenhauses auf der Rechnung ausgewiesen ist.
- **Mehrwertsteuer**
  - Wir können auch die Mehrwertsteuer rückerstatten: Das ist aber nur möglich, wenn bei Privatrechnungen oder Rezepten bis 150 Euro der Prozentsatz der Steuer auf der Rechnung aufscheint. Bei Beträgen über 150 Euro muss auch der Betrag der Steuer vom Aussteller (Arzt, Apotheke, etc.) angegeben werden.

Achtung:

Sie haben 42 Monate Zeit Ihren Anspruch auf Kostenrückerstattung zu nutzen! Diese Zeitspanne beginnt mit der Beanspruchung der Leistung (Krankenbehandlung, Heilmittel etc.).

4. Selbstbehalt und Rezeptgebühr

Selbstbehalt

Ein Versicherungsschutz, der alle Risiken abdeckt, ist Grundprinzip der sozialen Krankenversicherung. Dieses Ziel können wir nur mit einer ausreichenden finanziellen Basis erreichen. Einzelne Personen sollen die Gemeinschaft der Versicherten daher nicht ungerechtfertigt überfordern können.

Das GSVG schreibt uns daher zwingend vor, bei Sachleistungen grundsätzlich einen **Kostenanteil (= Selbstbehalt)** einzuheben. Der Selbstbehalt beträgt **20 % (oder 10 %** bei Teilnahme an einem Gesundheitscheck und Erreichung der Gesundheitsziele bzw. bei Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2"-Projekten) des Honorars, das wir dem jeweiligen Vertragspartner (Arzt, Therapeut, etc.) zahlen.

Achtung:

Bei folgenden Leistungen beträgt der Selbstbehalt 50 %:

- bei skelettierten Metallgerüstprothesen
- bei Verblendmetall-Keramik-Kronen und Vollmetallkronen an Klammerzähnen
- bei kieferorthopädischen Behandlungen

Schutzbestimmungen für Versicherte

Das GSVG sieht bei Sachleistungen keinen Selbstbehalt vor,

- die mit besonders hohen Kosten verbunden sind;
- die aus sozialpolitischen Gründen nicht gerechtfertigt sind.

Deshalb heben wir **keinen Kostenanteil** von Sachleistungen ein bei:

- **Befreiung vom Kostenanteil von Sachleistungen** durch die SVA
- **Spitalsaufenthalten**
- bei **speziellen Untersuchungen** wie
  - Jugendlichenuntersuchung
  - Vorsorge- bzw. Gesundenuntersuchung
  - Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- **anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten** nach dem Epidemiegesetz, Tuberkulosegesetz und AIDS-Gesetz
- **Dialysebehandlung** infolge einer Nierenerkrankung
- **humangenetischen Vorsorgemaßnahmen** (z. B. die Fruchtwasseruntersuchung) und **Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung** (z. B. Schutzimpfungen)
- ärztlicher Beistand und Hebammenbeistand während des **Versicherungsfalls der Mutterschaft** - Seite 23.
- medizinischer Hauskrankenpflege
- medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation

Befreiung vom Selbstbehalt

Automatisch, also ohne eigenen Antrag, befreien wir vom Selbstbehalt:

- alle Gewerbepensionisten mit Ausgleichszulage
- alle beitragsfrei anspruchsberechtigten Kinder
- sobald die Kostenanteile 5 % Ihres festgestellten Jahreseinkommens im Kalenderjahr überschreiten

Weiters können Sie einen **Antrag auf Befreiung vom Selbstbehalt** stellen

- bei besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit
- bei Chemo- oder Strahlentherapie
- bei Dialysebehandlung
- nach erfolgter Organtransplantation
- bei einem Behindertengrad von mindestens 50 %
- als Schwerversehrter

Besondere soziale Schutzbedürftigkeit gilt in der Regel, wenn

- das Einkommen einer Einzelperson 882,78 Euro im Monat nicht übersteigt;
- das Einkommen von Ehepaaren oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt 1.323,58 Euro monatlich nicht übersteigt.

Diese Beträge sind

- um 15 % höher, wenn Sie in Folge von Leiden und Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen können;
- um 13 % niedriger, wenn Sie Pensionist sind und Ihre Landwirtschaft aufgegeben haben.

Sind Kinder vorhanden, dann wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind um 136,21 Euro angehoben.

Alle Werte gelten für das Jahr 2016!

Achtung:

Leben in Ihrem Familienverband Personen mit eigenem Einkommen, dann müssen wir das bei der Berechnung von Einkommensgrenzen berücksichtigen!

Rezeptgebühr

Als Sachleistungsberechtigter bekommen Sie Ihre Medikamente gegen eine Rezeptgebühr von 5,70 Euro pro Verschreibung in der Apotheke. Die Heilmittel müssen von einem unserer Vertragsärzte auf einem Rezept der SVA verordnet sein.

Rezeptgebührenbefreiung ohne Antrag

- bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten
- bei Gewerbepensionisten mit Ausgleichszulagenanspruch
- sobald die Rezeptgebühren 2 % Ihres Nettoeinkommens im Kalenderjahr überschreiten (Rezeptgebührenobergrenze).

Rezeptgebührenbefreiung auf Antrag

- bei besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit möglich

Besondere soziale Schutzbedürftigkeit gilt in der Regel, wenn

- das Einkommen einer Einzelperson 882,78 Euro im Monat nicht übersteigt;
- das Einkommen von Ehepaaren oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt 1.323,58 Euro monatlich nicht übersteigt.

Diese Beträge sind

- um 15 % höher, wenn Sie in Folge von Leiden und Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen können;
- um 13 % niedriger, wenn Sie Pensionist sind und Ihre Landwirtschaft aufgegeben haben.

Sind Kinder vorhanden, dann wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind um 136,21 Euro angehoben.

Diese Werte gelten für das Jahr 2016!

Eine gültige Befreiung von der Rezeptgebühr wird in der Arztordination angezeigt, sobald Ihre e-card in den Kartenleser gesteckt wird.

5. Mitversicherung von Angehörigen

Wenn Sie keinen eigenen Krankenschutz haben, können Sie sich bei einem versicherten Angehörigen mitversichern. Die Mitversicherung bieten wir entweder beitragsfrei oder gegen Bezahlung von Beiträgen.

Für Ehepartner/eingetragene Partner/Lebensgefährten

Als Ehepartner, eingetragener Partner und Lebensgefährte zahlen Sie für den Krankenschutz durch Mitversicherung grundsätzlich einen Zusatzbeitrag von

- **3,4 % der (vorläufigen) Beitragsgrundlage** des Versicherten

Das gilt **nicht**

- für Frauen und Männer, die ein **Kind erziehen** oder sich irgendwann zumindest vier Jahre der Kindererziehung gewidmet haben.
- für Personen, die ihren **Partner pflegen**, wenn dieser Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bezieht.
- für Personen, die selber **Pflegegeld der Stufe 3** oder höher erhalten
- wenn das Nettoeinkommen des (Haupt-)Versicherten den Ausgleichszulagenrichtsatz für Ehepaare **(monatlich 1.323,58 Euro) nicht übersteigt**.
- wenn eine **besondere soziale Schutzbedürftigkeit** besteht.

Für Kinder

Unter der Voraussetzung, dass keine andere Krankenversicherung besteht, sind **beitragsfrei anspruchsberechtigt**:

- eheliche Kinder, legitimierte Kinder und Wahlkinder
- die unehelichen Kinder einer weiblichen Versicherten
- die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, wenn seine Vaterschaft festgestellt ist
- Stiefkinder und Enkelkinder, wenn sie ständig mit dem Versicherten in einer Hausgemeinschaft leben
- Pflegekinder, wenn sie vom Versicherten unentgeltlich verpflegt werden
- Pflegekinder, wenn das Pflegeverhältnis auf einer behördlichen Bewilligung beruht

Kinder und Enkelkinder gelten für uns bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Angehörige.

Eine **Verlängerung der beitragsfreien Anspruchsberechtigung** über den 18. Geburtstag hinaus ist möglich bei:

- **Schul- oder Berufsausbildung der Kinder und Enkel**

Hier kann die beitragsfreie Anspruchberechtigung bis zur Vollendung des **27. Lebensjahres** verlängert werden. Die Ausbildung kann sowohl im Inland als auch im Ausland erfolgen, aber sie muss die Arbeitskraft des Kindes überwiegend beanspruchen.

Wenn der Mitversicherte eine der folgenden Institutionen besucht, muss er entweder die **Familienbeihilfe** beziehen oder „ein **ordentliches Studium** ernsthaft und zielstrebig im Sinne des Familienlastenausgleichsgesetzes 1967“ betreiben:

- eine Österreichische Universität
- Akademie
- Kunsthochschule
- eine Theologische Lehranstalt
- eine Schule für den gehobenen medizinisch-technischen Dienst
- einen Hauptstudiengang an Konservatorien

Um ein ordentliches, ernsthaft und zielstrebig betriebenes Studium nachzuweisen, muss der Mitversicherte während des ersten Studienabschnittes jährlich einen **Nachweis über den Studienfortgang** erbringen.

- **Erwerbslosigkeit der Kinder und Enkel**

Wenn Kinder und Enkel erwerbslos sind, dann sind sie auch über das 18. Lebensjahr hinaus bzw. nach dem Ende der Schul-/Berufsausbildung beitragsfrei anspruchsberechtigt

- für die Dauer der Erwerbslosigkeit, maximal jedoch für 24 Monate.

- **Erwerbsunfähigkeit der Kinder und Enkel**

Wird ein Kind oder Enkelkind **erwerbsunfähig**, während es noch anspruchsberechtigt ist, so bleibt es auch **über das 27. Lebensjahr hinaus** beitragsfrei anspruchsberechtigt.

Für pflegende Angehörige

Wenn keine andere Krankenversicherung besteht und der gewöhnliche Aufenthalt im Inland liegt, sind Angehörige unter bestimmten Voraussetzungen anspruchsberechtigt. Beispiele für anspruchsberechtigte Verwandte:

- Ehepartner
- Lebensgefährten
- Verwandte oder Verschwägerte, in gerader Linie oder in Seitenlinie bis zum 4. Grad
- Wahl-, Stief- und Pflegekinder
- Wahl-, Stief- und Pflegeeltern

Voraussetzungen:

- der Hauptversicherte bezieht **Pflegegeld** mindestens in Höhe der **Stufe 3**
- der Hauptversicherte wird vom Angehörigen in **häuslicher Umgebung gepflegt**
- die **Arbeitskraft des Pflegenden** wird überwiegend durch die Pflege beansprucht
- die **Pflege** wird **nicht gewerblich** ausgeübt

Als pflegender Angehöriger sind Sie vom Zusatzbeitrag generell befreit.

Für andere Angehörige

Für Angehörige, die nicht mitversichert sein können, gibt es die Möglichkeit, eine **Familienversicherung** abzuschließen.

Zur Familienversicherung können Sie zum Beispiel anmelden:

- Eltern
- Geschwister
- Schwägerin und Schwager

Voraussetzung ist, dass der gewöhnliche Aufenthalt im Inland liegt.

Wenn Sie familienversichert sind, wird Ihr Beitrag nach dem Betrag berechnet, den der „Hauptversicherte“ für seinen Krankenschutz zahlen muss:

- Sind Sie unter 18 Jahren: 25 % vom „Hauptversicherten“-Beitrag
- Sind Sie über 18 Jahren: 100 % vom „Hauptversicherten“-Beitrag

6. Weiterversicherung

Als früherer „Hauptversicherter“ können Sie die Weiterversicherung für sich und Ihre mitversicherten „Familienangehörigen“ beanspruchen. Grundvoraussetzung ist, dass kein anderer gesetzlicher Krankenschutz besteht und dass der Wohnsitz im Inland liegt. Das gilt für Sie und Ihre mitversicherten Angehörigen.

7. Zusatzversicherung

Eine längere Krankheit des Betriebsinhabers kann finanzielle Schwierigkeiten bringen, wenn seine Mitarbeit im Betrieb ausfällt.

Mit der GSVG-Zusatzversicherung können Sie dieses Risiko verringern. Die Zusatzversicherung ist für den **Betriebsinhaber** gedacht. Sie kann daher nur von GSVG-Krankenversicherten abgeschlossen werden, die noch im Erwerbsleben stehen.

Achtung:

Der **Beginn der Zusatzversicherung** ist **nur bis zum vollendeten 60. Lebensjahr** möglich. Diese Altersbeschränkung für neu Versicherte gilt einheitlich für Frauen und Männer.

In dieser Broschüre werden die Auswirkungen des **„Europäischen Wirtschaftsraumes“** nicht behandelt. Sollten Sie in diesem Zusammenhang Fragen haben, informieren wir Sie gerne in Ihrer SVA Landesstelle!

Adressen der SVA Landesstellen

Wien	1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86, Telefon 05 08 08-2041, Fax 05 08 08-9149 E-Mail: gs.w@svagw.at
Niederösterreich	1051 Wien, Hartmanngasse 2b, Telefon 05 08 08-2042, Fax 05 08 08-9249 E-Mail: gs.noe@svagw.at *Servicestelle Baden* 2500 Baden, Bahngasse 8, Telefon 05 08 08-2072, Fax 05 08 08-9298 E-Mail: service.baden@svagw.at *Servicestelle St. Pölten* 3100 St. Pölten, Daniel Gran-Straße 48 Telefon 05 08 08-2082, Fax 05 08 08-9299 E-Mail: service.st.poelten@svagw.at
Burgenland	7000 Eisenstadt, Osterwiese 2, Telefon 05 08 08-2043, Fax 05 08 08-9349 E-Mail: gs.bgld@svagw.at
Oberösterreich	4010 Linz, Mozartstraße 41, Telefon 05 08 08-2044, Fax 05 08 08-9449 E-Mail: gs.ooe@svagw.at
Steiermark	8010 Graz, Körblergasse 115, Telefon 05 08 08-2045, Fax 05 08 08-9549 E-Mail: gs.stmk@svagw.at
Kärnten	9020 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofstraße 67, Telefon 05 08 08-2046, Fax 05 08 08-9649 E-Mail: gs.ktn@svagw.at
Salzburg	5020 Salzburg, Auerspergstraße 24, Telefon 05 08 08-2047, Fax 05 08 08-9749 E-Mail: gs.sbg@svagw.at

Tirol	6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 1, Telefon 05 08 08-2048, Fax 05 08 08-9849 E-Mail: gs.t@svagw.at
Vorarlberg	6800 Feldkirch, Schloßgraben 14, Telefon 05 08 08-2049, Fax 05 08 08-9949 E-Mail: gs.vbg@svagw.at

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung, wie zum Beispiel Unternehmer(innen). Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung geschlechtsneutral. Eigentümer, Verleger und Herausgeber: Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84–86, Tel. 05 08 08, www.svagw.at, /svagw, Druck: SVD Büromanagement GmbH

B 4/2016