



# Sozialrecht

SR  
8

Werner Dietrich/Günter Leutgeb

## Krankenversicherung II Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

### INHALT

Leistungen im Vorsorgebereich	3
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit	4
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	10
Hilfe bei körperlichen Gebrechen	10
Zahnbehandlung und Zahnersatz	11
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankengeld)	12
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft	16
Reise- und Transportkosten	18
Freiwillige Leistungen aus der Krankenversicherung	19
Sonderregelungen	19
Beantwortung der Fragen	20
Fernlehrgang	23

Inhaltliche Koordination:  
Josef Wöss

Stand: Oktober 2006

VOGB



ÖSTERREICH

Dieses Skriptum ist für die Verwendung im Rahmen der Bildungsarbeit des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, der Gewerkschaften und der Kammern für Arbeiter und Angestellte bestimmt.

# Wie soll mit diesem Skriptum gearbeitet werden?

## Zeichenerklärung



Frage zum Lernstoff im vorigen Abschnitt (vergleichen Sie Ihre eigene Antwort mit der am Ende des Skriptums angegebenen).

**Anmerkungen:** Die linke bzw. rechte Spalte jeder Seite dient zur Eintragung persönlicher Anmerkungen zum Lernstoff. Diese eigenen Notizen sollen, gemeinsam mit den bereits vorgegebenen, dem Verständnis und der Wiederholung dienen.

**Schreibweise:** Wenn im folgenden Text männliche Schreibweisen verwendet werden, so ist bei Entsprechung auch die weibliche Form inkludiert. Auf eine durchgehende geschlechtsneutrale Schreibweise wird zu Gunsten der Lesbarkeit des Textes verzichtet.

## Arbeitsanleitung

- Lesen Sie zunächst den Text eines Abschnitts aufmerksam durch.
- Wiederholen Sie den Inhalt des jeweiligen Abschnittes mit Hilfe der gedruckten und der eigenen Randbemerkungen.
- Beantworten Sie die am Ende des Abschnitts gestellten Fragen (möglichst ohne nachzusehen).
- Die Antworten auf die jeweiligen Fragen finden Sie am Ende des Skriptums.
- Ist Ihnen die Beantwortung der Fragen noch nicht möglich, ohne im Text nachzusehen, arbeiten Sie den Abschnitt nochmals durch.
- Gehen Sie erst dann zum Studium des nächsten Abschnitts über.
- Überprüfen Sie am Ende des Skriptums, ob Sie die hier angeführten Lernziele erreicht haben.

## Lernziele

Nachdem Sie dieses Skriptum durchgearbeitet haben, sollen Sie einen Überblick

- über die verschiedenen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich,
- über die Arten der Leistungserbringung sowie
- über die Rechtsquellen (Gesetz bzw. Satzung) gewonnen haben.

**Viel Erfolg beim Lernen!**

# Leistungen im Vorsorgebereich

Anmerkungen

## Früherkennung von Krankheiten

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die österreichische Ärztekammer haben sich auf eine Neugestaltung der kostenlosen **Vorsorgeuntersuchung** aufgrund der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse geeinigt. Die Vorsorgeuntersuchung-NEU berücksichtigt die häufigsten beeinflussbaren Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen und Bewegungsmangel. Die kostenlose Vorsorgeuntersuchung steht einmal jährlich allen Personen ab dem 18. Lebensjahr zur Verfügung.

Vorsorge-  
untersuchungen

Die **Jugendlichenuntersuchung** ist vorgesehen für pflichtversicherte (berufstätige) Jugendliche (Lehrlinge) im Alter zwischen dem 15. und dem vollendetem 18. Lebensjahr. Zur Überwachung ihres Gesundheitszustandes werden die Jugendlichen mindestens einmal jährlich zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen.

Jugendlichen-  
untersuchungen

Die Krankenversicherungsträger sind verpflichtet, auch die Kosten von Untersuchungen solcher Personen zu übernehmen, die nicht krankenversichert sind. Den Aufwand für derartige Untersuchungen ersetzt der Bund.

## Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

Durch Verordnung der Bundesministerien für Gesundheit und Frauen und Soziale Sicherheit und Generationen sind den Krankenversicherungsträgern weitere Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit übertragen. Es sind dies insbesondere

- humangenetische Vorsorgemaßnahmen (Feststellung möglicher Erbschäden, etc.) und
- Impfungen (Zeckenschutzimpfung, etc.)

## Gesundheitsförderung

Die Krankenversicherungsträger sind verpflichtet, Aufklärungsarbeit über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen zu leisten.

Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung soll die Rolle der Krankenkassen im Bereich der Prävention verstärkt sowie deren Bedeutung im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik unterstrichen werden.

Anmerkungen

# Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

Definition Krankheit

**Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht.**

Einer Krankheit ist gleichgestellt, wenn jemand in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht einen Teil seines Körpers zur Übertragung in den Körper eines anderen Menschen spendet.

Leistungen der Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung wird zwischen folgenden Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit unterschieden:

- **Krankenbehandlung**
  - ärztliche Hilfe
  - Heilmittel
  - Heilbehelfe
- **Anstaltspflege**
- **Medizinische Hauskrankenpflege**

## Krankenbehandlung

**Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Ziel ist die Wiederherstellung, Festigung oder Besserung der Gesundheit, Arbeitsfähigkeit oder Selbsthilfefähigkeit.**

Richtlinien

Unter Bedachtnahme auf diese Grundsätze sind vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung aufzustellen. In diesen Richtlinien sind jene Behandlungsmethoden angeführt, die entweder allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. für bestimmte Krankheitsgruppen) erst nach einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung des Versicherungsträgers anzuwenden sind.

Dauer

Die Krankenbehandlung wird für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

Solange es sich um denselben Versicherungsfall handelt, wird die Krankenbehandlung auch über das Ende der Versicherung hinaus ohne zeitliche Begrenzung gewährt.

### a) **Ärztliche Hilfe**

Ärztliche Hilfe wird erbracht durch **Vertragsärzte**, durch **Wahlärzte**, durch Ärzte in eigenen Einrichtungen des Krankenversicherungsträgers (Ambulatorien) oder durch Ärzte in Vertragseinrichtungen (z. B. Krankenhausambulanzen).

Freie Arztwahl

In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten freigestellt sein (**freie Arztwahl**).

**Vertragsärzte sind freiberuflich tätige Ärzte, die mit dem Krankenversicherungsträger in einer Vertragsbeziehung stehen.**

Definition Vertragsarzt

Wenn für die ärztliche Hilfe ein Vertragsarzt in Anspruch genommen wird, hat der Erkrankte die e-card bzw. eine Überweisung) vorzulegen.

Ab 2006 ist anstelle der Krankenscheingebühr ein Serviceentgelt für die e-card in Höhe von Euro 10,00 pro Jahr zu entrichten. Das Serviceentgelt wurde erstmals im November 2005 für das Jahr 2006 vom Dienstgeber, AMS, usw. eingehoben. Die e-card gilt auch als Europäische Krankenversicherungskarte bei Urlaub im EU-Raum und in der Schweiz.

**Wahlärzte sind freiberuflich tätige Ärzte, die keinen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger haben. Sie können nur als Privatärzte in Anspruch genommen werden.**

Definition Wahlarzt

Der Versicherte hat das Honorar zunächst selbst zu bezahlen. Nach Vorlage einer saldierten Honorarnote hat der Versicherte gegenüber dem Krankenversicherungsträger einen **Anspruch auf Kostenerstattung**. Sie gebührt in der Höhe von 80 % des Betrages, den der Versicherungsträger bei Inanspruchnahme eines entsprechenden Vertragsarztes hätte aufwenden müssen (gültig ab 1. 1. 1997).

Kommt es zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Ärzten zu keinem Vertragsabschluss oder werden bestehende Verträge nicht verlängert (**Vertragsloser Zustand**), so gebührt dem Versicherten bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe eine Kostenerstattung in Höhe jenes Betrages, der vor Eintritt des vertragslosen Zustandes bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes zu leisten gewesen wäre. Durch die Satzung können diese Kostenerstattungen erhöht werden. Die Differenz zwischen den Kostenerstattungen und dem an den Arzt gezahlten Honorar hat der Versicherte selbst zu tragen.

Vertragsloser Zustand

**Einer ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung ist gleichgestellt**

- eine auf Grund einer ärztlichen Verschreibung erforderliche **physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder ergotherapeutische Behandlung** durch Personen, die zur freiberuflichen Ausübung der betreffenden Berufe berechtigt sind;
- eine auf Grund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche **diagnostische Leistung eines klinischen Psychologen**, der zur selbstständigen Ausübung dieses Berufes berechtigt ist;
- eine **psychotherapeutische Behandlung** durch Personen, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Ein Anspruch auf Versicherungsleistungen der Krankenversicherung besteht allerdings nur dann, wenn nachweislich vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat.

In den Fällen der Inanspruchnahme einer Leistung eines klinischen **Psychologen** oder eines **Psychotherapeuten** wäre vom Versicherten an den Vertragspartner ein Behandlungsbeitrag von jeweils 20 % des Vertragshonorares zu zahlen (ab 1. 10. 2000).

Bei einer Krankenbehandlung durch einen Vertreter eines nichtärztlichen Gesundheitsberufes erfolgt die Abgeltung der Behandlungskosten in gleicher Weise wie bei den Ärzten. In jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, gebühren dem Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse.

Sonstige  
nichtärztliche Hilfe

Anmerkungen

## b) Heilmittel

Definition

**Heilmittel sind zur Krankenbehandlung notwendige Arzneien und sonstige Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.**

Unter **Arzneien** sind sowohl Mittel zu verstehen, die auf den inneren Organismus wirken als auch Mittel, die zur äußerlichen Anwendung bestimmt sind (z. B. Salben).

**Sonstige Mittel** zur Linderung einer Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges sind z. B. Schlammpräparate.

Gesetzliche Regelung

Herstellung und Vertrieb von Arzneimitteln sind im Arzneimittelgesetz geregelt. In den Apotheken dürfen nur jene Arzneimittel abgegeben werden, die vom Gesundheitsministerium zugelassen sind. Jedes zugelassene Arzneimittel ist in das „**Arzneispezialitätenregister**“ einzutragen.

Rezeptpflicht

Arzneimittel, die das Leben oder die Gesundheit von Menschen gefährden können, dürfen von Apotheken nur auf Grund einer ärztlichen Verschreibung (Rezept) abgegeben werden.

Rezeptgebühr

Für den Bezug eines jeden Heilmittels ist eine Rezeptgebühr in der Höhe von € 4,60 zu entrichten. In besonderen Fällen gibt es eine **Befreiung von der Rezeptgebühr**, insbesondere für

- Personen mit besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit (z. B. Ausgleichszulagenbezieher) und
- Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten.

## c) Heilbehelfe

Definition

**Unter einem Heilbehelf wird ein Behelf verstanden, der zur Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dient. Ausdrücklich als Heilbehelfe sind im Gesetz Brillen, orthopädische Schuheinlagen und Bruchbänder angeführt.**

Kostenbeteiligung

Der Versicherte hat **10% der Kosten des Heilbehelfes, mindestens aber € 25,00** selbst zu tragen. Sind die Kosten des Heilbehelfes niedriger als dieser Mindestbetrag, so hat der Versicherte die Kosten zur Gänze zu tragen. Bei Sehbehelfen jedoch mindestens € 75,00.

Obergrenze

Zu beachten ist weiters, dass das Ausmaß der von der Krankenversicherung zu übernehmenden Kosten einen durch die Satzung festzusetzenden Höchstbetrag nicht übersteigen darf.

Ausnahmen

Zur Kostenbeteiligung des Versicherten und zur Obergrenze der Kostentragung durch die Krankenversicherung gibt es verschiedene Ausnahmen, so z. B. bei sozialer Schutzbedürftigkeit oder bei Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe.

## Anstaltspflege

**Anstaltspflege ist zu gewähren, wenn und solange es die Krankheit erfordert.**

Zweck

Zweck der Anstaltspflege ist wie bei der Krankenbehandlung die Wiederherstellung, Festigung oder Besserung der Gesundheit bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Selbsthilfefähigkeit.

Ist die Anstaltspflege nicht bzw. nicht mehr durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung, sondern durch die Pflegebedürftigkeit oder durch eine Anhaltung zur Sicherheitsverwahrung bedingt, so endet der Versicherungsschutz durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Anmerkungen

#### **Der Erkrankte ist verpflichtet, sich einer Anstaltspflege zu unterziehen**

- wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege erfordert, die bei häuslicher Pflege nicht gewährleistet ist;
- wenn das Verhalten oder der Zustand des Erkrankten seine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
- wenn es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Ein unmittelbarer Zwang, dieser Verpflichtung nachzukommen, kann auf den Erkrankten allerdings nicht ausgeübt werden. Der Versicherungsträger kann lediglich verfügen, dass das Krankengeld auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht. Eine Aufnahme gegen den Willen des Betroffenen ist lediglich im Tuberkulosegesetz und in einschlägigen Bestimmungen für Geisteskranke vorgesehen.

Sanktionen

Der Erkrankte ist **grundsätzlich in die nächstgelegene öffentliche Krankenanstalt** einzuweisen, die über die notwendigen Einrichtungen zur Behandlung seiner Krankheit verfügt. Die Wünsche des Erkrankten sind zu berücksichtigen, soweit es die Art der Krankheit zulässt und soweit dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt.

Pflegeort

#### **Nicht als Anstaltspflege gilt**

- die Unterbringung in einem Heim für Genesende, die ärztlicher Behandlung und besonderer Wartung bedürfen;
- die Unterbringung in einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke, die ärztliche Betreuung und besondere Pflege benötigen;
- die Unterbringung in einer Sonderkrankenanstalt, die vorwiegend der Rehabilitation dient.

Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden **Pflegegebührensätze** sind bei Versicherten zur Gänze vom Versicherungsträger, bei Angehörigen zu 90 % vom Versicherungsträger und zu 10 % vom Versicherten selbst zu tragen (dies gilt nicht für Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft).

Kostenbeteiligung

Mit dem vom Versicherungsträger bzw. teils vom Versicherten bezahlten Pflegegebührensätzen sind **alle Leistungen der Krankenanstalt** (Unterkunft, ärztliche Untersuchung, Behandlung, Heilmittel, Verköstigung etc.) abgegolten, **ausgenommen die folgenden Leistungen:**

- Beförderung des Pfleglings in die Krankenanstalt und aus der Krankenanstalt;
- Beistellung eines Zahnersatzes, sofern dies nicht mit der Behandlung im Zusammenhang steht;
- Beistellung orthopädischer Hilfsmittel (Körperersatzstücke), soweit sie nicht therapeutische Behelfe darstellen;
- Bestattung eines in der Krankenanstalt Verstorbenen.

Diese durch die Zahlung der Pflegegebührensätze nicht abgegoltenen Leistungen können jedoch teilweise gegenüber der Krankenversicherung geltend gemacht werden.

Übernimmt ein Versicherungsträger die Pflegegebührensätze zur Gänze, so muss der Patient der allgemeinen Gebührenklasse **pro Spitalstag an den Träger der Krankenanstalt einen Kostenbeitrag von € 10,16** zahlen. Allerdings ist dieser Betrag vom Landesgesetzgeber festzusetzen. In manchen Bundesländern weicht der Beitrag nach oben oder unten ab. Der Beitrag

Spitalkosten

Anmerkungen darf für höchstens 28 Kalendertage in jedem Kalenderjahr eingehoben werden. Von der Zahlungsverpflichtung sind jene Personen befreit, bei denen besondere soziale Schutzbedürftigkeit gegeben ist.

### Medizinische Hauskrankenpflege

Pflichtleistung seit 1992 Die medizinische Hauskrankenpflege wurde im Jahr 1977 als freiwillige Leistung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. 1992 wurde sie in eine Pflichtleistung umgewandelt.

**Medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomierte Krankenschwestern/Krankenpfleger, die vom Krankenversicherungsträger beigestellt werden oder mit dem Träger in einem Vertragsverhältnis stehen.**

Die medizinische Hauskrankenpflege kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen und umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie z. B. Verabreichen von Injektionen und Sonderernährung.

Dauer **Die medizinische Hauskrankenpflege gibt es für ein und denselben Versicherungsfall für die Dauer von längstens vier Wochen.** Sie kann jedoch auf Grund einer chef- oder kontrollärztlichen Bewilligung nach Ablauf dieser Zeit weitergewährt werden.

Nicht unter medizinische Hauskrankenpflege fällt die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.



1. In welchem Umfang muss die Krankenbehandlung erbracht werden?



2. Stellt die Krankenversicherung Heilmittel kostenlos zur Verfügung?



3. Wann wird Anstaltspflege nicht mehr gewährt?

Anmerkungen



4. Muss ein Kostenbeitrag für den Spitalsaufenthalt entrichtet werden?

# Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

1992 wurde die medizinische Rehabilitation als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung eingeführt. Ein individueller Leistungsanspruch resultiert aus dieser Verpflichtung allerdings nicht.

**Zeitpunkt** Rehabilitationsmaßnahmen werden im Anschluss an die Krankenbehandlung gewährt, um den Erfolg der Behandlung zu sichern oder um die Folgen der Krankheit zu erleichtern.

**Zweck** Ziel solcher Maßnahmen ist es, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen soweit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, einen ihnen angemessenen Platz in der Gesellschaft möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

**Ausmaß** Rehabilitationsmaßnahmen müssen ausreichend und zweckmäßig sein, sie dürfen jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Die genannten **Maßnahmen umfassen:**

- die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen;
- die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen etc.;
- die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen;
- die Übernahme der Reise- und Transportkosten (gemäß der Satzung).

Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger arbeiten im Bereich der medizinischen Rehabilitation zusammen. Regelungen über die Zusammenarbeit finden sich in den Richtlinien des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger.

## Hilfe bei körperlichen Gebrechen

Definition

**Unter Gebrechen ist der gänzliche oder teilweise Ausfall normaler Körperfunktionen zu verstehen, der medizinisch in seinem Wesen nicht mehr beeinflussbar ist und daher nicht mehr als Krankheit beurteilt werden kann.**

Zuschussleistungen

Für Fälle, in denen durch eine Verstümmelung, durch eine Verunstaltung oder durch körperliches Gebrechen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, wesentlich beeinträchtigt wird, kann die Satzung **Zuschüsse für die Anschaffung der notwendigen Hilfsmittel** vorsehen (als freiwillige Leistung).

**Hilfsmittel** sind Gegenstände oder Vorrichtungen, die geeignet sind,

- die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
- die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen.

Hilfsmittel sind z. B. Körperersatzstücke, Prothesen, orthopädische Behelfe, Krankenfahrstühle.

Die Gewährung von Hilfsmittel ist ausgeschlossen, wenn von anderer Seite (z. B. aus der Unfallversicherung) die Beistellung zu erfolgen hat.

**Hilfsmittel werden im Regelfall gegen Kostenbeteiligung gewährt.** Lediglich dann, wenn Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung gestellt werden, übernimmt die Krankenkasse die gesamten Kosten.

Als freiwillige Leistung können im Falle körperlicher Gebrechen überdies Krankenbehandlungen und Anstaltspflege gewährt werden, soweit auf diese Leistungen nicht schon ein Anspruch aus dem Versicherungsfall der Krankheit besteht.

Anmerkungen

## Zahnbehandlung und Zahnersatz

**Zahnbehandlung und Zahnersatz gehören nicht zu den Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit.**

Die Zahnbehandlung wird durch freiberuflich tätige Zahnärzte oder Dentisten oder in eigenen Einrichtung der Versicherungsträger (Zahnambulatorien) bzw. in Vertragseinrichtungen erbracht.

Gemäß der Mustersatzung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger hat die **Zahnbehandlung** zu umfassen:

- chirurgische Zahnbehandlung (Zahn- und Wurzelentfernungen, operative Eingriffe)
- konservierende Zahnbehandlung (Untersuchung des Zustandes der Zähne und des Mundes, Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, Mundbehandlungen und Zahnsteinentfernungen)
- Kieferregulierungen (soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschäden oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind).

Die **Zahnbehandlung zählt zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung**, wobei die nähere Regelung der Satzung überlassen bleibt.

Für Kieferregulierungen sind vom Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten, deren Höhe in der Satzung festgelegt ist. Sie bedürfen vorher der Bewilligung durch die Kasse.

**Anders als die Zahnbehandlung zählt der Zahnersatz zu den freiwilligen Leistungen.**

Der unentbehrliche abnehmbare Zahnersatz kann dem Versicherten unter Kostenbeteiligung gewährt werden (nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung). Eine vorherige Bewilligung durch den Versicherungsträger ist erforderlich. Vor der Inanspruchnahme muss eine Versicherungszeit (Wartezeit) von 6 Monaten innerhalb der letzten 12 Monate erfüllt sein. **Zahnersatz gilt als unentbehrlich, wenn er erforderlich ist, um eine Gesundheitsstörung hintanzuhalten oder um eine Verunstaltung zu beseitigen.** Hiezu gehört auch die notwendige Reparatur von Zahnersatzstücken.

Umfang der Zahnbehandlung

Zahnersatz

Unentbehrlicher Zahnersatz

Anmerkungen	Zu unterscheiden ist zwischen <b>abnehmbarem Zahnersatz</b> (z. B. Kunststoffprothesen) und <b>feststitzendem Zahnersatz</b> (z. B. Stiftzähne).
Abnehmbarer und ...	Bei abnehmbaren Zahnersatz sind vom Versicherten <b>Zuzahlungen</b> zu leisten, deren Höhe in der Satzung festgelegt ist.
...feststitzender Zahnersatz	Feststitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen schwer wiegenden Gründen nicht möglich ist. Grundsätzlich werden jedoch für Kronen, Brücken und Implantate keine Zuschüsse gewährt.

## Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankengeld)

Zeitpunkt	Der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gilt mit dem Beginn der durch die Krankheit herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit als eingetreten.
Definition	Der Begriff Arbeitsunfähigkeit ist im Gesetz nicht definiert. Durch die Praxis der Versicherungsträger und durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sich folgender Begriffsinhalt gebildet: <b>Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung auszuüben, die seine Pflichtversicherung begründet.</b>
Sonderfall	Im Falle einer <b>Doppelversicherung</b> ist denkbar, dass Krankheit nur in einer der beiden Versicherungen eintritt. So kann jemand, der gleichzeitig als Sänger und als Buchhalter beschäftigt ist, zwar bei Heiserkeit nicht singen, wohl aber seiner Buchhaltertätigkeit nachgehen.
Ende der Arbeitsunfähigkeit	Fällt die Arbeitsunfähigkeit weg, so ist der Versicherungsfall beendet. Nach der Rechtsprechung ist dies dann anzunehmen, wenn der Versicherte in der Lage ist, seine arbeitsvertraglich vereinbarte Tätigkeit wieder aufzunehmen und nach ärztlichem Befund durch die Wiederaufnahme der Arbeit eine Schädigung der Gesundheit oder Verschlechterung des Körperzustandes nicht zu erwarten ist.  Als Leistung aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit gebührt Krankengeld.
Krankengeld	<b>Das Krankengeld soll den durch die Arbeitsunfähigkeit erlittenen Entgeltverlust zumindest teilweise ersetzen (Lohnersatzfunktion).</b>
Anspruchsberechtigte	Anspruchsberechtigt sind <b>Pflichtversicherte</b> und solche Personen, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, aber weiterhin anspruchsberechtigt sind. Letzteres gilt bei so genannten <b>Schutzfristfällen</b> , in denen der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit binnen drei Wochen nach Beendigung der Pflichtversicherung eintritt.
Ausnahmen	Bestimmte Personengruppen sind vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen, weil bei ihnen ein Lohnausfall durch die Arbeitsunfähigkeit von vornherein nicht in Frage kommt. Es sind dies z. B. Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung.

Das Krankengeld gebührt erst **ab dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit**. In der Praxis hat diese Einschränkung allerdings nur geringe Bedeutung, da der Versicherte in diesem Zeitraum in aller Regel nach arbeitsrechtlichen Bestimmungen Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat.

Anspruchszeitpunkt

Für ein und denselben Versicherungsfall gebührt Krankengeld als gesetzliche Mindestleistung **bis zur Höchstdauer von 26 Wochen**. Ein Anspruch auf die satzungsmäßige Mehrleistung bis 52 Wochen ist allerdings nur bei Erfüllung einer Wartezeit von sechs Versicherungsmonaten in den letzten 12 Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalles gegeben (gilt ab 1.8. 1996).

Anspruchsdauer

Nach Erschöpfung der Höchstdauer wird der Versicherte von der Krankenkasse ausgesteuert, d. h. er erhält kein Krankengeld mehr; die Kosten für ärztliche Hilfe, Medikamente und Spitalpflege werden jedoch weiterhin übernommen.

Tritt innerhalb von 13 Wochen jene Krankheit wieder auf, für die der weggefallene Krankengeldanspruch bestanden hat (Fortsetzungserkrankung), so werden die Anspruchszeiten auf Krankengeld zusammengerechnet. Die Krankengeldbezugsdauer darf in Summe die gesetzliche bzw. satzungsgemäße Höchstdauer nicht überschreiten. Für die Fortsetzungserkrankung gebührt das Krankengeld allerdings schon ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

Fortsetzungserkrankung

Ist der Krankengeldanspruch wegen Ablauf der Höchstdauer des Bezuges erschöpft, so entsteht ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen der gleichen Krankheit erst wieder, wenn der Erkrankte in der Zwischenzeit

Ende und Beginn eines neuen Anspruchs

- durch mindestens 13 Wochen in einer einen Anspruch auf Krankengeld begründenden Weise krankenversichert war (als Arbeitnehmer oder als Bezieher einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung);
- durch mindestens 52 Wochen in einer sonstigen gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Selbstversicherung) versichert war.

Der OGH hat aber im Frühjahr 2002 entschieden: Wenn die Höchstdauer des Krankengeldanspruches erschöpft ist und 13 Wochen lang Arbeitslosengeld bezogen wurde, ist der neuerliche Anspruch auf Krankengeld aus demselben Versicherungsfall nicht zulässig. Grund der Entscheidung ist die Feststellung, dass zwischen dem ersten und zweiten Krankengeldanspruch die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben war, der Bezug von Arbeitslosengeld aber eine Arbeitsfähigkeit voraussetzt. Ob und in welcher Form das Gesetz geändert wird, ist derzeit nicht abzusehen.

Das Krankengeld wird nach dem tatsächlichen Entgelt des letzten Kalendermonats berechnet.

**In der Bemessungsgrundlage sind auch Sonderzahlungen** mittels Zuschlag **zu berücksichtigen**. Dieser Zuschlag ist in den Satzungen der Krankenversicherungsträger einheitlich mit 17 % festgesetzt. Demnach erfolgt die Berücksichtigung der Sonderzahlungen pauschaliert, ohne Rücksicht darauf, in welcher Höhe ein Versicherter im Einzelfall tatsächlich Anspruch auf Sonderzahlungen hat.

Bemessungsgrundlage

Pauschalierte Berücksichtigung der Sonderzahlungen

Bei einem Antrag auf eine Leistung der Krankenversicherung, die von der Höhe einer Bemessungsgrundlage abhängig ist, hat der Antragsteller eine Bestätigung des Arbeitgebers über die Höhe des Entgelts beizubringen. Das Nähere über Form und Inhalt der Bestätigung bestimmt die Satzung. Der Arbeitgeber ist zur Ausstellung solcher Bestätigungen sowie zur Ausstellung von Krankenscheinen und Zahnbehandlungsscheinen für die bei ihm beschäftigten Versicherten und für deren Angehörige verpflichtet.

Das Krankengeld beträgt (gesetzliche Mindestleistung) vom 4. bis zum

Höhe des Krankengeldes

42. Tag der Arbeitsunfähigkeit ..... 50 % der Bemessungsgrundlage, ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit .... 60 % der Bemessungsgrundlage.

Erhöhtes Krankengeld	Als satzungsmäßige Mehrleistung kann das Krankengeld für Versicherte mit Angehörigen von einem durch die Satzung zu bestimmenden Zeitpunkt an um einen prozentuellen Zuschlag erhöht werden. <b>Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf jedoch 75 % der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten.</b>
Versagung des Krankengeldes	Das Krankengeld gebührt nicht (Versagung), wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge einer schuldhaften Beteiligung an einem Raufhandel, unmittelbare Folge von Trunksucht oder Folge des Missbrauchs von Suchtgiften ist.
Verwirkung des Krankengeldes	Der Krankengeldanspruch wird verwirkt von Versicherten, die den Versicherungsfall durch Selbstbeschädigung vorsätzlich herbeigeführt haben und von Personen, die den Versicherungsfall durch die Verübung einer mit Vorsatz begangenen gerichtlich strafbaren Handlung veranlasst haben, wegen der sie zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe rechtskräftig verurteilt worden sind.  Die im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen des Versicherten erhalten bei Versagung/Verwirkung eine Geldleistung in der Höhe des halben Krankengeldes, wenn ihr Unterhalt vorwiegend vom Versicherten bestritten wurde und sie am Wegfall des Krankengeldanspruchs nicht schuldhaft beteiligt waren.
Ruhe des Krankengeldes	Der Anspruch auf Krankengeld ruht kraft gesetzlicher Regelung, <b>solange die Arbeitsunfähigkeit dem Versicherungsträger nicht gemeldet ist.</b> Wird die Krankheit binnen einer Woche nach Beginn gemeldet, so tritt das Ruhen allerdings nicht ein. In Ausnahmefällen kann die Meldung auch später erfolgen.  Gesetzlich festgelegt ist ferner, dass das Krankengeld ruht, <b>solange der Versicherte Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber im Ausmaß von mehr als 50 % des Entgelts hat.</b> Besteht Anspruch auf Fortbezug von 50 % des Entgelts, so ruht das Krankengeld zur Hälfte.
Weitere Fälle	Es gibt noch weitere Fälle, in denen ein Ruhen des Krankengeldes kraft Gesetzes eintritt. So steht z. B. auch in Rehabilitationsfällen, in denen ein Übergangsgeld aus der Unfall- oder der Pensionsversicherung bezogen wird, kein Krankengeld zu.
Ruhe des Krankengeldes bei schuldhaftem Verhalten des Versicherten	Zu beachten ist weiters, dass die Versicherungsträger befugt sind, zu verfügen, dass der Krankengeldanspruch auf Dauer oder für eine bestimmte Zeit zur Gänze oder teilweise ruht, wenn der Versicherte einer Ladung zum Kontrollarzt ohne wichtigen Grund nicht Folge leistet, wenn er sich der Verpflichtung zur Anstaltspflege entzieht oder wenn er wiederholt Anordnungen verletzt hat.  Ein Ruhen des Krankengeldes ist in den zuletzt genannten Fällen nur möglich, wenn der Versicherte vorher auf die Folgen seines Verhaltens schriftlich hingewiesen wurde.  <b>Auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs von 26 bzw. 52 Wochen sind anzurechnen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld wegen Haft oder Auslandsaufenthalt ruht;</li> <li>• Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld ruht, weil die Arbeitsunfähigkeit nicht gemeldet wurde;</li> <li>• Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld wegen des Fortbezugs von 50 % des Entgelts zur Hälfte ruht;</li> <li>• Zeiten, für die ein Übergangsgeld gewährt wird</li> <li>• Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld auf Grund einer Verfügung des Versicherungsträgers wegen Nichteinhaltung von Anordnungen ruht.</li> </ul>

Nicht angerechnet auf die Höchstdauer werden hingegen Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld wegen Weiterzahlung von mehr als 50 % des Entgelts zur Gänze ruht.

Seit 1992 besteht Anspruch auf Kranken- bzw. Wochengeld auch für die Dauer der Anstaltspflege, sodass das früher bei Anstaltspflege bezahlte Familien- bzw. Taggeld entbehrlich wurde.

Das Krankengeld ist steuerpflichtig. Übersteigt das tägliche Krankengeld den Betrag von € 20,- (2002) nicht, so erfolgt allerdings kein Steuerabzug. Ist das Krankengeld höher, so werden vom übersteigenden Betrag 22 % an Lohnsteuer abgezogen.

Anmerkungen

Krankengeld bei Anstaltspflege

Steuerliche Behandlung des Krankengeldes



5. Hat man einen Rechtsanspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen?



6. Was heißt Arbeitsunfähigkeit?



7. Wie lange wird Krankengeld gewährt?



8. Werden Sonderzahlungen bei der Berechnung des Krankengeldes berücksichtigt?



9. In welcher Höhe gebührt Krankengeld?

# Versicherungsfall der Mutterschaft

Eintritt und ...	<p>Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt als eingetreten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung (mit diesem Zeitpunkt beginnt auch das Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz);</li> <li>• mit der Entbindung, wenn diese vor dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung stattgefunden hat;</li> <li>• mit Beginn der achten Woche vor der tatsächlichen Entbindung, wenn der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt wurde;</li> <li>• mit dem Zeitpunkt, ab dem die Schwangere wegen besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund der Zeugnisse eines Arbeitsinspektionsarztes oder eines Amtsarztes nicht mehr beschäftigt werden darf, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.</li> </ul>
... Umfang des Versicherungsfalles	<p>Der Versicherungsfall der Mutterschaft umfasst die Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen, soweit diese Folgen nicht als Versicherungsfall der Krankheit oder der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit anzusehen sind.</p>
Geld- und Sachleistungen	<p>Durch <b>Geldleistungen</b> (Wohngeld) soll der Einkommensverlust für eine bestimmte Zeit vor und nach der Entbindung ausgeglichen werden, gleichzeitig soll die Frau durch <b>Sachleistungen</b> (ärztlicher Beistand, Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungsheim, etc.) von den Kosten der Entbindung entlastet werden.</p>
Mutter-Kind-Pass	<p>Sachleistungen werden auch an weibliche Angehörige einer versicherten Person, die Geldleistungen nur an weibliche Versicherte gewährt.</p> <p>Die Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind auf Rechnung des zuständigen Krankenversicherungsträgers durchzuführen. Bei nicht versicherten Personen, für die auch als Angehörige kein Versicherungsschutz besteht, ist die Gebietskrankenkasse des Wohnsitzes zuständig.</p>
Pflege in einer Krankenanstalt/ in einem Entbindungsheim	<p>Folgende Sachleistungen werden im Falle der Mutterschaft gewährt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztlicher Beistand</li> <li>• Hebammenbeistand</li> <li>• Beistand durch diplomierte Kinder- und Krankenschwestern</li> <li>• Heilmittel (Medikamente)</li> <li>• Heilbehelfe</li> </ul> <p>Die Pflege ist für längstens 10 Tage zu gewähren. Ab dem 11. Tag kann Anspruch auf Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Krankheit bestehen. Bei Anstaltspflege in Verbindung mit einer Entbindung werden die Pflegegebührensätze auch bei Angehörigen eines Versicherten zur Gänze vom Versicherungsträger übernommen (kein 10-prozentiger Kostenanteil).</p>
Wohngeld	<p>Anspruch auf Wohngeld haben nur weibliche Versicherte, die bei Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft einen Verdienstentgang erleiden. Es sind dies vor allem erwerbstätige Pflichtversicherte.</p> <p>Keinen Anspruch auf Wohngeld haben nicht erwerbstätige Selbstversicherte sowie Pflichtversicherte, die vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind, wie z. B. Bezieher einer Pension.</p>

Wochengeld steht zu für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der Entbindung.

Die **8-Wochen-Frist vor der voraussichtlichen Entbindung** wird auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses berechnet. Erfolgt die Entbindung zu einem anderen als dem vom Arzt angenommenen Zeitpunkt, so verkürzt oder verlängert sich die Frist vor der Entbindung entsprechend, höchstens jedoch bis zur Dauer von 16 Wochen. Nach Früh- und Mehrlingsgeburten und nach Kaiserschnittentbindungen wird das Wochengeld nach der Entbindung für 12 Wochen bezahlt.

#### **Höhe der Wochengeldes:**

Das Wochengeld ersetzt das durch die Mutterschaft entfallende Einkommen zur Gänze. Die Höhe des Wochengeldes wird vom Nettoarbeitsverdienst der letzten drei Kalendermonate vor dem Eintritt des Mutterschutzes berechnet. Dieser Arbeitsverdienst ist – je nach Ausmaß der gebührenden Sonderzahlungen – um 14%, um 17% oder um 21% zu erhöhen. Vom erhöhten Nettoarbeitslohn ist der Tagesdurchschnitt zu errechnen, der als tägliches Wochengeld gebührt. Die Bezieherinnen von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe erhalten ein Wochengeld in der Höhe des um 80% erhöhten letzten Bezuges. Selbstversicherten geringfügig beschäftigten Dienstnehmern und solchen, deren Beschäftigungsverhältnis auf einem freien Dienstverhältnis beruht, gebührt generell ein tägliches Wochengeld von € 7,30.

#### **Kinderbetreuungsgeld:**

Das 2002 in Kraft getretene Kinderbetreuungsgesetz ersetzt das bisherige Karenzgeldgesetz. Der wesentliche Unterschied zum Karenzgeld ist, dass der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld grundsätzlich nicht mehr von einer Pflichtversicherung abhängig ist. Also auch Hausfrauen, Studenten, geringfügig Beschäftigte, freie Dienstnehmer/-innen haben Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld, sofern für das Kind ein Anspruch auf Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz besteht, der gemeinsame Haushalt mit dem Kind gegeben ist und eine gewisse jährliche Einkommensgrenze nicht überschritten wird.

Für alle Kinder, die nach dem 31. 12. 2001 geboren sind, hat ein Elternteil Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld. Dieser Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld gebührt jedoch immer nur für das jüngste Kind. Das Kinderbetreuungsgeld wird aus den Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds finanziert. Der Antrag auf Kinderbetreuungsgeld ist bei der Krankenkasse zu stellen, bei der man versichert ist oder zuletzt versichert war, ansonsten bei der für den Wohnort zuständigen Gebietskrankenkasse.



10. Welche Leistungen werden im Rahmen des Versicherungsfalles der Mutterschaft gewährt?



11. Wer hat Anspruch auf Wochengeld?



12. Wie lange besteht Anspruch auf Wochengeld?



13. Wie hoch ist das Wochengeld?

## Reise- und Transportkosten

**Krankentransporte:** Die Versicherten haben für einen Krankentransport einen Zuschuss zu entrichten. Ausgenommen sind jedoch Transporte im Rahmen von Erste-Hilfe-Leistungen, für rezeptgebührenbefreite Personen, Strahlentherapie, Chemotherapie, Dialyse und Personen bis zum 15. Lebensjahr.

**Reise- und Fahrtkosten:** Für Versicherte und Angehörige, die keinen Transport benötigen, also gehfähig sind, werden künftig keine Reise- und Transportkosten übernommen.

# Freiwillige Leistungen aus der Krankenversicherung

Während die Jugendlichen- und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen sowie die Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit Pflichtleistungen der Krankenversicherung sind, handelt es sich bei den nachstehenden Kategorien um freiwillige Leistungen, auf die kein Rechtsanspruch besteht, bei denen daher auch keine Möglichkeit der Klage an das Sozialgericht gegeben ist.

Unter Bedachtnahme auf den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft sowie unter Berücksichtigung ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit können die Krankenversicherungsträger geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren.

Zur Verhütung des Eintritts und der Verbreitung von Krankheiten können als freiwillige Leistungen insbesondere gewährt werden

- Gesundheitsfürsorge (Gesunden-, Betriebs- und Schwangerenfürsorge, Säuglings- und Kinderfürsorge, Fürsorge für gesundheitsgefährdete Jugendliche);
- Maßnahmen zur Bekämpfung von Volkskrankheiten und von Zahnfäule;
- gesundheitliche Erziehung der Versicherten und ihrer Angehörigen.

## Sonderregelungen

### *Sonderregelungen für Selbstversicherte*

Abgesehen von Fällen der Selbstversicherung bei Mehrfachbeschäftigung gelten für Selbstversicherte leistungsrechtliche Sonderregelungen.

Leistungsansprüche sind **generell** von der Erfüllung **einer Wartezeit von drei Monaten** unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig (außer bei selbstversicherten Studenten). Durch die Satzung kann die Wartezeit auf sechs Monate erweitert werden, was bei allen ASVG-Krankenversicherungsträgern erfolgt ist.

**Das Erfordernis der Wartezeit entfällt** allerdings, **wenn der Selbstversicherte**

- in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Selbstversicherung mindestens 26 Wochen in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert bzw. anspruchsberechtigt war;
- unmittelbar vor Beginn der Selbstversicherung mindestens sechs Wochen in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert bzw. anspruchsberechtigt war;
- die Selbstversicherung aufgenommen hat, weil die Pflichtversicherung infolge eines Streiks oder einer Aussperrung erloschen ist.

Wird die Selbstversicherung innerhalb von sechs Wochen nach dem Tod des Versicherten, nach Auflösung einer Ehe oder nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung wegen Übernahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland von den Angehörigen des Versicherten bzw.

Anmerkungen

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

Krankheitsverhütung

Wartezeit

# Beantwortung der Fragen

- F 1:** Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das notwendige Maß nicht überschreiten.
- F 2:** Nein, es muss eine Rezeptgebühr entrichtet werden (es gibt allerdings Ausnahmen, z. B. bei sozialer Schutzbedürftigkeit oder bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten).
- F 3:** Anstaltspflege wird dann nicht mehr gewährt, wenn sie nicht mehr durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt ist (z. B. in Fällen, in denen Pflegebedürftigkeit gegeben ist – Asylierung).
- F 4:** Ja, bis zur Dauer von 28 Tagen pro Jahr (es gibt allerdings Ausnahmen, z. B. bei sozialer Schutzbedürftigkeit).
- F 5:** Ja, Rehabilitationsmaßnahmen gelten seit 1.1. 1992 als Pflichtleistungen.
- F 6:** Jemand ist dann arbeitsunfähig, wenn er infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr der Verschlimmerung seines Zustands in der Lage ist, seine letzte berufliche Tätigkeit auszuüben.
- F 7:** Für ein und denselben Versicherungsfall ab dem vierten Tag bis zur Höchstdauer von 26 Wochen (gesetzliche Mindestleistung) bzw. bis zu 52 Wochen (als satzungsmäßige Mehrleistung) bei Vorlage einer Versicherungszeit von mindestens 6 Monaten innerhalb der letzten 12 Monate.
- F 8:** Ja, es wird zum Tageswert der Lohnstufe ein prozentueller Zuschlag in der Höhe von 17 % hinzugerechnet.
- F 9:** Das Krankengeld beträgt vom 4. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50 %, ab dem 43. Tag 60 % der Bemessungsgrundlage (als gesetzliche Mindestleistung).
- F 10:** Es werden Sach- und Geldleistungen gewährt. Die Sachleistungen umfassen u. a. ärztlichen Beistand, Hebammenbeistand, Beistand durch diplomierte Schwestern, Heilmittel und Heilbehelfe und die Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungsheim. Als Geldleistung gibt es Wochengeld.
- F 11:** Nur weibliche Versicherte, die bei Eintritt des Versicherungsfalles einen Verdienstentgang erleiden.
- F 12:** Anspruch auf Wochengeld besteht im Regelfall für die letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung, für den Tag der Entbindung und für die ersten acht Wochen nach der (tatsächlichen) Entbindung.
- F 13:** Das Wochengeld ersetzt den entgangenen Verdienst im vollen Ausmaß (anders als z. B. beim Krankengeld!). Es gebührt in Höhe des auf den Kalendertag entfallenden Teils des Durchschnittsverdienstes, der in den letzten drei Monaten vor Eintritt des Versicherungsfalles gebührt hat (vermindert um die gesetzlichen Abzüge). Sonderzahlungen werden anteilmäßig berücksichtigt.

vom früheren Ehegatten aufgenommen, so sind Versicherungszeiten des Versicherten auf die Wartezeit anzurechnen.

Selbstversicherte haben keinen Anspruch auf Krankengeld und auf Wochengeld (außer es handelt sich um eine Selbstversicherung wegen Mehrfachbeschäftigung).

#### *Sonderregelungen für Pensionsbezieher*

Pensionisten sind von Geldleistungen (wie Kranken- und Wochengeld) ausgeschlossen, da kein Verdienstentgang gegeben ist.

Ansonsten gelten für Pensionisten im Wesentlichen die gleichen Bestimmungen des Leistungsrechtes wie für die übrigen Pflichtversicherten. Dergleichen besteht für Angehörige eines Pensionisten unter den gleichen Voraussetzungen ein Leistungsanspruch.


#### *Sonderregelungen für Wehrpflichtige*

Für die Dauer des ordentlichen oder außerordentlichen Präsenzdienstes ruht der Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die ärztliche Betreuung erfolgt nach heeresrechtlichen Vorschriften. Hingegen besteht für die Angehörigen des Wehrpflichtigen Anspruch auf alle Leistungen, wie sie auch sonst für Angehörige zu gewähren sind.


Anmerkungen


# SKRIPTEN ÜBERSICHT



SOZIALRECHT		
<b>SR-1</b>	Grundbegriffe des Sozialrechts	
<b>SR-2</b>	Geschichte der sozialen Sicherung	
<b>SR-3</b>	Sozialversicherung – Beitragsrecht	
<b>SR-4</b>	Pensionsversicherung I: Allgemeiner Teil	
<b>SR-5</b>	Pensionsversicherung II: Leistungsrecht	
<b>SR-6</b>	Pensionsversicherung III: Pensionshöhe	
<b>SR-7</b>	Krankenversicherung I: Allgemeiner Teil	
<b>SR-8</b>	Krankenversicherung II: Leistungsrecht	
<b>SR-9</b>	Unfallversicherung	
<b>SR-10</b>	Arbeitslosenversicherung I: Allgemeiner Teil	
<b>SR-11</b>	Arbeitslosenversicherung II: Leistungsrecht	
<b>SR-12</b>	Insolvenz-Entgeltsicherung	
<b>SR-13</b>	Finanzierung des Sozialstaates	
<b>SR-14</b>	Pflegesicherung	
<b>SR-15</b>	Sozialhilfe	

Diese Reihe ist in Fertigstellung: die einzelnen Skripten werden laufend aktualisiert.

ARBEITSRECHT		
<b>AR-1</b>	Kollektive Rechtsgestaltung	
<b>AR-2A</b>	Betriebliche Interessenvertretung	
<b>AR-2B</b>	Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates	
<b>AR-2C</b>	Rechtstellung des Betriebsrates	
<b>AR-3</b>	Arbeitsvertrag	
<b>AR-4</b>	Arbeitszeit	
<b>AR-5</b>	Urlaubsrecht und Pflegefreistellung	
<b>AR-6</b>	Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	
<b>AR-7</b>	Gleichbehandlung im Arbeitsrecht	
<b>AR-8A</b>	Arbeitnehmerschutz I: Überbetrieblicher Arbeitnehmerschutz	
<b>AR-8B</b>	Arbeitnehmerschutz II: Innerbetrieblicher Arbeitnehmerschutz	
<b>AR-9</b>	Beendigung des Arbeitsverhältnisses	
<b>AR-10</b>	Arbeitskräfteüberlassung	
<b>AR-11</b>	Betriebsvereinbarung	
<b>AR-12</b>	Lohn(Gehalts)exekution	
<b>AR-13</b>	Berufsausbildung	
<b>AR-14</b>	Wichtiges aus dem Angestelltenrecht	
<b>AR-15</b>	Betriebspensionsrecht I: Allgemeiner Teil	
<b>AR-16</b>	Betriebspensionsrecht II: Direkte Leistungszusage	
<b>AR-17</b>	Betriebspensionsrecht III: Pensionskasse	
<b>AR-18</b>	Abfertigung neu	
<b>AR-19</b>	Betriebsrat – Personalvertretung Rechte und Pflichten	
<b>AR-20</b>	Arbeitsrecht in den Erweiterungsländern	

GEWERKSCHAFTSKUNDE		
<b>GK-1</b>	Was sind Gewerkschaften? Struktur und Aufbau der österreichischen Gewerkschaftsbewegung	
<b>GK-2</b>	Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung von den Anfängen bis 1945	
<b>GK-3A</b>	Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung in der Zweiten Republik, Teil 1: ÖGB 1945 bis 1955	
<b>GK-3B</b>	Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung in der Zweiten Republik, Teil 2: ÖGB 1956 bis 1982	
<b>GK-4</b>	ÖGB-Statuten, Geschäftsordnung des ÖGB	
<b>GK-6</b>	Zum System der Arbeitnehmervertretung in Österreich: ÖGB, Gewerkschaften, Arbeiterkammern, Sozialpartnerschaft	
<b>GK-7</b>	Die Kammern für Arbeiter und Angestellte	

Anmeldungen zum Fernlehrgang des ÖGB  
**ÖGB-Referat für Bildung, Freizeit, Kultur**  
 1010 Wien, Hohenstaufengasse 10–12 • Telefonische Auskunft **01 / 534 44 / 444 Dw.**



Anmerkungen

3. In welchen Fällen führt die Regelung, dass Krankengeld erst ab dem vierten Tag der Krankheit zusteht, zu Nachteilen für Arbeitnehmer? Nennen Sie Beispiele.

\* Fernlehrgangsteilnehmer/-innen bitten wir, nach Abschluss der Fragenbeantwortung die Seite(n) mit den Fragen abzutrennen und an folgende Adresse zu senden:  
**Fernlehrgang des Österreichischen Gewerkschaftsbundes**  
1010 Wien, Hohenstaufengasse 10.