

Krisztina Juhasz

# Krankenversicherung II

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

8

## Sozialrecht



Sozialrecht 8

# Krankenversicherung II

Krisztina Juhasz

# Krankenversicherung II

Das Leistungsrecht der gesetzlichen  
Krankenversicherung

**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.

## Zeichenerklärung



Hinweise



Beispiele



Zitate

Stand: Dezember 2022

Impressum:

Layout/Grafik: Manuela Maitnar

Medieninhaber: Verlag des ÖGB GmbH, Wien

© 2023 by Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, Wien

Herstellung: Verlag des ÖGB GmbH, Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Druckerei: CITYPRESS GmbH, Neutorgasse 9, 1010 Wien

Printed in Austria

Leistungen im Vorsorgebereich	6
Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit	8
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	16
Hilfe bei körperlichen Gebrechen	18
Zahnbehandlung und Zahnersatz	20
Das Krankengeld: Geldleistung aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit	22
Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft	28
Leistungen nach dem Versicherungsfall der Wiedereingliederung	34
Reise- und Transportkosten	36
Freiwillige Leistungen aus der Krankenversicherung	38
Sonderregelungen	40
Zur Autorin	43

# 1 Leistungen im Vorsorgebereich

## Früherkennung von Krankheiten

Versicherten Personen ab dem 18. Lebensjahr und ihren Angehörigen steht einmal jährlich eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung zur Verfügung. Die **Vorsorgeuntersuchung** beinhaltet die häufigsten beeinflussbaren Gesundheitsrisiken, wie Übergewicht und Bewegungsmangel, Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf-erkrankungen, Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholkrankung, bestimmte Karzinome (z. B. Mamma-Karzinom, Prostatakarzinom, Haut- und Darmkarzinom). Die Krankenversicherungsträger sind verpflichtet, auch die Kosten von Untersuchungen solcher Personen zu übernehmen, die nicht krankenversichert sind, aber ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Den Aufwand für derartige Untersuchungen ersetzt der Bund.

Die **Jugendlichenuntersuchung** ist vorgesehen für pflichtversicherte (berufstätige und arbeitslose) Jugendliche (Lehrlinge) im Alter zwischen dem 15. und dem vollendeten 18. Lebensjahr. Zur Überwachung ihres Gesundheitszustandes werden die Jugendlichen mindestens einmal jährlich zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen. Die Jugendlichenuntersuchung umfasst eine körperliche Untersuchung, sowie eine Beratung zum Thema Ernährung, Bewegung und Nicht-Rauchen. Zudem wird der Impfpass kontrolliert und über die nötigen Auffrischungen der Impfungen aufgeklärt.

## Sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit

Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kann durch Verordnung den Krankenversicherungsträgern weitere Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit übertragen. Es sind dies insbesondere

- » humangenetische Vorsorgemaßnahmen (z.B. Feststellung möglicher Erbschäden, pränatale Diagnose)
- » Impfungen (z.B. Zeckenschutzimpfung, Influenza – solange die WHO eine Influenzapandemie ausgerufen hat)

Die Festlegung weiterer sonstiger vordringlicher Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit durch Verordnung sind möglich.

## **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.

# Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

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

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

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.

Unter Bedachtnahme auf diese Grundsätze sind vom Dachverband 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.

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/-ärztinnen**, durch **Wahlärzte/-ärztinnen**, durch Vertrags- oder Wahl-Gruppenpraxen, durch Ärzte/Ärztinnen in eigenen Einrichtungen des Krankenversicherungsträgers (Ambulatorien) oder durch Ärzte/Ärztinnen in Vertragseinrichtungen (z. B. Krankenhausambulanzen).

Durch den Abschluss des bundesweiten Gesamtvertrages für Primärversorgungseinheiten (PVE) am 2.4.2019 wird der weitere Ausbau von solchen Einheiten ermöglicht. Die Primärversorgungseinheiten sollen ein patientenorientiertes Versorgungssystem sicherstellen. Mit längeren Öffnungs- oder Wochenendzeiten und kürzeren Wartezeiten wird ein leichter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erreicht, sowie koordinierte, kontinuierliche und umfassende Behandlungen von Akut- und chronischen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden.

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

→ Vertragsärzte/-ärztinnen sind freiberuflich tätige Ärzte/Ärztinnen, die mit dem Krankenversicherungsträger in einer Vertragsbeziehung stehen.

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

Für die e-card ist ein jährliches Serviceentgelt in Höhe von Euro 13,35 (für das Jahr 2023) zu entrichten, welches durch den Dienstgeber / die Dienstgeberin oder vom AMS am 15.11. eines jeden vorangegangenen Jahres einzuheben und an den Krankenversicherungsträger abzuführen ist.

Die e-card gilt auch als Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) bei Urlaub im EU-Raum und in der Schweiz. Die EKVK oder (die EKVK-Ersatzbescheinigung)

# 2 Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

gung) dürfen nur für Leistungen verwendet werden, die sich während des vorübergehenden Auslandsaufenthaltes als medizinisch notwendig erweisen.

→ Wahlärzte/-ärztinnen sind freiberuflich tätige Ärzte/-Ärztinnen, die keinen Vertrag mit einem Krankenversicherungsträger haben. Sie können nur als Privatärzte/-ärztinnen in Anspruch genommen werden.

Der/Die Versicherte hat das Honorar zunächst selbst zu bezahlen. Nach Vorlage einer saldierten Honorarnote hat der/die 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 bzw. einer -ärztin hätte aufwenden müssen .

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

## **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/einer klinischen Psychologen/Psychologin**, der/die 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/einer **Psychotherapeuten/-therapeutin** wäre vom/von der Versicherten an den Vertragspartner ein Behandlungsbeitrag von jeweils 20 % des Vertragshonorares zu zahlen.
- » Gleichgestellt ist auch eine auf Grund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung eines Heilmassieurs/ einer Heilmassieurin, der/die zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.

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

## b) Heilmittel

→ 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.

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.

# 2 Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

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

Für den Bezug eines jeden Heilmittels ist eine Rezeptgebühr in der Höhe von € 6,85 (im Jahr 2023) pro Packung zu entrichten. In besonderen Fällen gibt es eine **Befreiung von der Rezeptgebühr**, insbesondere für

- » Personen mit besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit (z. B. Ausgleichszulagenbezieher/innen) und
- » Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten, wobei diese Befreiung nur für Medikamente, die für die anzeigepflichtige Erkrankung erforderlich sind, gilt.

Die pro Kalenderjahr zu entrichtende Rezeptgebühr ist mit 2 % des Jahreseinkommens begrenzt.

## c) Heilbehelfe

→ 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.

Der/Die Versicherte hat **10 % der Kosten des Heilbehelfes, mindestens aber € 39** selbst zu tragen. Sind die Kosten des Heilbehelfs niedriger als dieser Mindestbetrag, so hat der/die Versicherte die Kosten zur Gänze zu tragen. Bei Sehbehelfen jedoch mindestens € 117.

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

Zur Kostenbeteiligung des/der 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 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.

### **Der/Die 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/der Erkrankten seine/ihre fortgesetzte Beobachtung erfordert;
- » wenn es sich um eine ansteckende Krankheit handelt.

Ein unmittelbarer Zwang, dieser Verpflichtung nachzukommen, kann auf den/ die Erkrankte/n 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/der Betroffenen ist lediglich im Tuberkulosegesetz und in einschlägigen Bestimmungen für psychisch kranke Personen vorgesehen.

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

# 2 Sachleistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

## **Nicht als Anstaltspflege gilt**

- » 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.

## **Kostenbeteiligung**

Die den öffentlichen Krankenanstalten gebührenden **Pflegegebührenersätze** sind bei Versicherten zur Gänze vom Versicherungsträger, bei Angehörigen zu 90 % vom Versicherungsträger und zu 10 % vom/von der Versicherten selbst zu tragen.

## **Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:**

- » sobald der Anstaltspflege in einem Kalenderjahr die Dauer von vier Wochen übersteigt,
- » für Anstaltspflege aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft
- » bei Organspenden
- » für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Mit den vom Versicherungsträger bzw. teils vom/von der Versicherten bezahlten Pflegegebührenersätzen sind **alle Leistungen der Krankenanstalt** (Unterkunft, ärztliche Untersuchung, Behandlung, Heilmittel, Verköstigung etc.) abgegolten.

## **Davon ausgenommen sind folgenden Leistungen:**

- » Beförderung des Pflégelings 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/einer in der Krankenanstalt Verstorbenen.

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

Übernimmt ein Versicherungsträger die Pflegegebührenersätze zur Gänze, so muss der Patient/die Patientin der allgemeinen Gebührenklasse **pro Spitalstag** an den Träger der Krankenanstalt einen **Verpflegskostenbeitrag** zahlen (**Selbstbehalt**). Allerdings ist dieser Betrag vom Landesgesetzgeber festzusetzen. Die **Höhe** beläuft sich daher auf **€ 13,00**, für eine/n mitversicherte/n Angehörige/n zwischen **€ 13,20 – € 25,40** (im Jahr 2022). In manchen Bundesländern weicht der Beitrag nach oben oder unten ab. Der Beitrag 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

Die medizinische Hauskrankenpflege ist seit 1992 eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

→ Medizinische Hauskrankenpflege wird erbracht durch diplomiertes Personal, das vom Krankenversicherungsträger beigestellt wird oder mit dem Träger in einem Vertragsverhältnis steht.

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

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 fallen die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.

# 3 Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

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

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

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

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 Dachverbandes der Sozialversicherungsträger.

# SKRIPTEN ÜBERSICHT



SOZIALRECHT		
<b>SR-1</b>	Grundbegriffe des Sozialrechts	
<b>SR-2</b>	Sozialpolitik im internationalen Vergleich	
<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>	Pflege und Betreuung	
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	
<b>AR-6</b>	Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	
<b>AR-7</b>	Gleichbehandlung im Arbeitsrecht	
<b>AR-8A</b>	ArbeitnehmerInnenschutz I: Überbetrieblicher ArbeitnehmerInnenschutz	
<b>AR-8B</b>	ArbeitnehmerInnenschutz II: Innerbetrieblicher ArbeitnehmerInnenschutz	
<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	
<b>AR-16</b>	Betriebspensionsrecht II	
<b>AR-18</b>	Abfertigung neu	
<b>AR-19</b>	Betriebsrat – Personalvertretung Rechte und Pflichten	
<b>AR-21</b>	Atypische Beschäftigung	
<b>AR-22</b>	Die Behindertenvertrauenspersonen	

GEWERKSCHAFTSKUNDE		
<b>GK-1</b>	Was sind Gewerkschaften? Struktur und Aufbau der österreichischen Gewerkschaftsbewegung	<b>GK-4</b> Statuten und Geschäftsordnung des ÖGB
<b>GK-2</b>	Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung von den Anfängen bis 1945	<b>GK-5</b> Vom 1. bis zum 19. Bundeskongress
<b>GK-3</b>	Die Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung von 1945 bis heute	<b>GK-7</b> Die Kammern für Arbeiter und Angestellte
		<b>GK-8</b> Die sozialpolitischen Errungenschaften des ÖGB
		<b>GK-9</b> Geschichte der Kollektivverträge

Die VÖGB-Skripten online lesen oder als Gewerkschaftsmitglied gratis bestellen:  
[www.voegb.at/skripten](http://www.voegb.at/skripten)

# Hilfe bei körperlichen 4 Gebrechen

→ 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.

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, Krankenfahrräder.

Die Gewährung von Hilfsmitteln 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.

# SKRIPTEN ÜBERSICHT



WIRTSCHAFT	
<b>WI-1</b>	Einführung in die Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftswissenschaften
<b>WI-2</b>	Konjunktur
<b>WI-3</b>	Wachstum
<b>WI-4</b>	Einführung in die Betriebswirtschaftslehre
<b>WI-5</b>	Beschäftigung und Arbeitsmarkt
<b>WI-6</b>	Lohnpolitik und Einkommensverteilung
<b>WI-9</b>	Investition
<b>WI-10</b>	Internationaler Handel und Handelspolitik
<b>WI-12</b>	Steuerpolitik
<b>WI-13</b>	Bilanzanalyse
<b>WI-14</b>	Der Jahresabschluss
<b>WI-16</b>	Standort-, Technologie- und Industriepolitik

Die einzelnen Skripten werden laufend aktualisiert.

POLITIK UND ZEITGESCHICHTE	
<b>PZG-1A</b>	Sozialdemokratie und andere politische Strömungen der ArbeiterInnenbewegung bis 1945
<b>PZG-1B</b>	Sozialdemokratie seit 1945
<b>PZG-2</b>	Christliche Soziallehre
<b>PZG-4</b>	Liberalismus/Neoliberalismus
<b>PZG-6</b>	Rechtsextremismus
<b>PZG-7</b>	Faschismus
<b>PZG-8</b>	Staat und Verfassung
<b>PZG-9</b>	Finanzmärkte
<b>PZG-10</b>	Politik, Ökonomie, Recht und Gewerkschaften
<b>PZG-11</b>	Gesellschaft, Staat und Verfassung im neuzeitlichen Europa, insbesondere am Beispiel Englands
<b>PZG-12</b>	Wege in den großen Krieg
<b>PZG-14</b>	Die Geschichte der Mitbestimmung in Österreich

SOZIALE KOMPETENZ			
<b>SK-1</b>	Grundlagen der Kommunikation	<b>SK-6</b>	Grundlagen der Beratung
<b>SK-2</b>	Frei reden	<b>SK-7</b>	Teamarbeit
<b>SK-3</b>	NLP	<b>SK-8</b>	Führen im Betriebsrat
<b>SK-4</b>	Konfliktmanagement	<b>SK-9</b>	Verhandeln
<b>SK-5</b>	Moderation	<b>SK-10</b>	Politische Rhetorik

Die VÖGB-Skripten online lesen oder als Gewerkschaftsmitglied gratis bestellen:  
[www.voegb.at/skripten](http://www.voegb.at/skripten)

# 5 Zahnbehandlung und Zahnersatz

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

## Zahnbehandlung

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

Gemäß der Satzung des Dachverbandes 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/von der Versicherten (Angehörigen) Zuzahlungen zu leisten, deren Höhe in der Satzung festgelegt ist. Sie bedürfen vorher der Bewilligung durch die Kasse.

Die Zahnbehandlung wird durch freiberuflich tätige Zahnärzte/-ärztinnen oder Dentisten/Dentistinnen oder in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger (Zahnambulatorien) bzw. in Vertragseinrichtungen erbracht.

## Zahnersatz

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

Zu unterscheiden ist zwischen **abnehmbarem Zahnersatz** (z. B. Kunststoffprothesen, Klammerzahnkronen) und **feststitzendem Zahnersatz** (z. B. Stiftzähne).

Der unentbehrliche abnehmbare Zahnersatz kann dem/der 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.** Hierzu gehört auch die notwendige Reparatur von Zahnersatzstücken.

Der/Die Versicherte hat den Kostenanteil direkt an die Vertragseinrichtungen bzw. an die jeweiligen Vertrags-zahnbehandler/Vertragszahnbehandlerinnen zu zahlen.

Festsitzender Zahnersatz wird nur dann erbracht, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinisch schwerwiegenden Gründen nicht möglich ist. Grundsätzlich werden jedoch für Kronen, Brücken und Implantate keine Zuschüsse gewährt.

### **Kinder und Jugendliche**

Seit Juli 2015 werden die Kosten für **Zahnspangen von Kindern und Jugendlichen** bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres von der Krankenkasse übernommen. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der/die Zahnarzt/ärztin anhand international definierter Richtwerte.

Für Kinder und Jugendliche vom vollendeten 10. bis zum 18. Lebensjahr ist auch **Mundhygiene** als Sachleistung vorgesehen. Bei einer laufenden kieferorthopädischen Behandlung mit feststitzender Zahnspange kann die Leistung zweimal innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen werden. Zwischen den Leistungen müssen mindestens sechs Monate liegen.

Der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit gilt mit dem Beginn der durch die Krankheit herbeigeführten Arbeitsunfähigkeit als eingetreten.

Der Begriff Arbeitsunfähigkeit ist im Gesetz nicht definiert. Durch die Praxis der Versicherungsträger und durch die Rechtsprechung der Sozialgerichte hat sich folgender Begriffsinhalt gebildet: **Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge Krankheit nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, jene Beschäftigung auszuüben, die seine Pflichtversicherung begründet.**

Im Falle einer **Doppelversicherung** 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.

Fällt die Arbeitsunfähigkeit weg, so ist der Versicherungsfall beendet. Nach der Rechtsprechung ist dies dann anzunehmen, wenn der/die Versicherte in der Lage ist, seine/ihre 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.

## Das Krankengeld

→ Das Krankengeld soll den durch die Arbeitsunfähigkeit erlittenen Entgeltverlust zumindest teilweise ersetzen (Lohnersatzfunktion) und wird auf Antrag vom zuständigen Krankenversicherungsträger gewährt.

Anspruchsberechtigt sind **Pflichtversicherte** und solche Personen, die aus der Pflichtversicherung ausgeschieden sind, aber weiterhin anspruchsberechtigt sind. Letzteres gilt bei so genannten **Schutzfristfällen**, in denen der Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit binnen drei Wochen nach Beendigung der Pflichtversicherung eintritt.

Auch **selbstversicherte geringfügig Beschäftigte** erhalten Krankengeld in der Höhe von € 6,00 (im Jahr 2023) täglich.

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/innen einer Pension aus der Pensionsversicherung, Lehrlinge ohne Entgelt, Kinderbetreuungsgeldbezieher/innen, mitversicherte Personen (z. B. Angehörige).

### **Bezugsdauer**

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

Für ein und denselben Versicherungsfall gebührt Krankengeld als gesetzliche Mindestleistung **bis zur Höchstdauer von 26 Wochen**. Die Dauer verlängert sich bis **52 Wochen** bei Erfüllung einer Wartezeit (Versicherungszeit) von sechs Versicherungsmonaten in den letzten 12 Kalendermonaten vor Eintritt des Versicherungsfalles.

Durch die Satzung kann die Höchstdauer des Krankengeldanspruches bis auf 78 Wochen verlängert werden. Die Österreichische Gesundheitskasse leistet das satzungsmäßige Krankengeld bei ein und demselben Versicherungsfall im Einzelfall über die Dauer von 52 Wochen hinaus bis zu **78 Wochen**, wenn aufgrund einer ärztlichen Begutachtung durch den medizinischen Dienst das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten bzw. dessen/deren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess innerhalb dieses Zeitraumes zu erwarten sein wird. Diese ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst erfolgt spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezuges.

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

# Das Krankengeld: Geldleistung aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit

## 6

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

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

### Fortsetzungserkrankung

Tritt **vor Ablauf** der Höchstdauer neuerlich jene Krankheit wieder auf, für die der Krankengeldanspruch bestanden hat, so werden die Anspruchszeiten für diese Krankheitsfälle zur Feststellung der Höchstdauer zusammengerechnet. Die Krankengeldbezugsdauer darf in Summe die gesetzliche bzw. satzungsgemäße Höchstdauer nicht überschreiten. Die neuerliche Erkrankung gilt als Fortsetzungserkrankung. Für diese gebührt das Krankengeld allerdings schon ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

### Höhe des Krankengeldes

Die Berechnung des Krankengeldes erfolgt aufgrund des sozialversicherungspflichtigen Bruttolohns, der im Kalendermonat vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches – also im Monat vor der Arbeitsunfähigkeit – erzielt wurde (Bemessungsgrundlage).

In der Bemessungsgrundlage sind auch **Sonderzahlungen** mittels Zuschlag **zu berücksichtigen**. Der 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/eine Versicherte im Einzelfall tatsächlich Anspruch auf Sonderzahlungen hat.

Bei einem Antrag auf eine Leistung der Krankenversicherung, die von der Höhe einer Bemessungsgrundlage abhängig ist, hat der/die Antragsteller/in eine Bestätigung des Arbeitgebers/der Arbeitgeberin über die Höhe des Entgelts beizu-

bringen. Das Nähere über Form und Inhalt der Bestätigung bestimmt die Satzung. Der/Die Arbeitgeber/in ist zur Ausstellung einer **Arbeits- und Entgeltbestätigung** verpflichtet.

Das Krankengeld beträgt (gesetzliche Mindestleistung)

vom 4. bis zum

42. Tag der Arbeitsunfähigkeit .....50 % der Bemessungsgrundlage,

ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit .....60 % der Bemessungsgrundlage.

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. Das Gesamtausmaß des erhöhten Krankengeldes darf jedoch 75 % der Bemessungsgrundlage nicht überschreiten.

**Geringfügig Beschäftigte** (monatliche Geringfügigkeitsgrenze 2023: € 500,91), die eine Selbstversicherung nach § 19a ASVG abgeschlossen haben, erhalten ab dem vierten Tag des Krankenstandes einen täglichen Fixbetrag von € 6,00 (2023). Eine Erhöhung des Krankengeldes ab dem 43. Tag ist für diesen Personenkreis nicht vorgesehen.

Bezieherinnen /Bezieher einer **Leistung aus der Arbeitslosenversicherung** (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) gebührt das Krankengeld ab dem 4. Tag des Krankenstandes in der Höhe des letzten Leistungsbezuges. Eine Erhöhung ab dem 43. Tag des Krankenstandes ist für diesen Personenkreis nicht vorgesehen. Für die ersten drei Tage des Krankenstandes (somit auch für Krankenstände die kürzer als vier Tage andauern) erhalten sie ihre Leistung aus der Arbeitslosenversicherung (z.B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) weiter.

### **Versagen 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.

## Verwirken des Krankengeldes

Das Krankengeld steht nicht zu, wenn

- » der Versicherungsfall (der Krankenstand) durch **Selbstbeschädigung** vorsätzlich herbeigeführt wurde
- » der Versicherungsfall durch eine mit Vorsatz begangene gerichtlich strafbare Handlung eingetreten ist, wegen der der/die Versicherte zu einer **mehr als einjährigen Freiheitsstrafe** rechtskräftig verurteilt worden ist.

Die im Inland wohnenden bedürftigen Angehörigen des/der Versicherten erhalten bei Versagung/Verwirkung eine Geldleistung in der Höhe des halben Krankengeldes, wenn ihr Unterhalt vorwiegend vom/von der Versicherten bestritten wurde und sie am Wegfall des Krankengeldanspruchs nicht schuldhaft beteiligt waren.

## Ruhen des Krankengeldes

Der Anspruch auf **Krankengeld ruht** kraft gesetzlicher Regelung, solange **die Arbeitsunfähigkeit** dem Versicherungsträger **nicht gemeldet** ist. 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**, solange der/die Versicherte Anspruch auf Entgeltfortzahlung gegenüber dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin im Ausmaß **von mehr als 50 %** des Entgelts hat. Besteht Anspruch auf Fortbezug **von 50 %** des Entgelts, so ruht das Krankengeld zur **Hälfte**.

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.

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/die Versicherte einer Ladung zum/zur

**Kontrollarzt/-ärztin** ohne wichtigen Grund **nicht Folge leistet**, wenn er/sie sich der Verpflichtung zur **Anstaltspflege entzieht** oder wenn er/sie wiederholt **Anordnungen verletzt** hat. Ein Ruhen des Krankengeldes ist in den zuletzt genannten Fällen nur möglich, wenn der/die Versicherte vorher auf die Folgen seines/ihrer Verhaltens schriftlich hingewiesen wurde.

Auf die Höchstdauer des Krankengeldanspruchs von 26 bzw. 52 Wochen sind anzurechnen:

- » Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld wegen Haft oder Auslandsaufenthalt ruht;
- » Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld ruht, weil die Arbeitsunfähigkeit nicht gemeldet wurde;
- » Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld wegen des Fortbezugs von 50 % des Entgelts zur Hälfte ruht;
- » Zeiten, für die ein Übergangsgeld gewährt wird;
- » Zeiten, für die der Anspruch auf Krankengeld auf Grund einer Verfügung des Versicherungsträgers wegen Nichteinhaltung von Anordnungen ruht.

**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.

Anspruch auf Kranken- bzw. Wochengeld besteht auch für die Dauer der Anstaltspflege.

Das Krankengeld ist steuerpflichtig. Übersteigt das tägliche Krankengeld den Betrag von € 30, – nicht, so erfolgt kein Steuerabzug. Ist das Krankengeld höher, so werden vom übersteigenden Betrag pauschal von der Krankenkasse 20 % an Lohnsteuer abgezogen. Krankengeldbezüge aufgrund einer Leistung nach dem Arbeitsmarktservice (z. B. Arbeitslosengeld, Notstandshilfe) sind in jedem Fall lohnsteuerfrei. Wer Krankengeld bezieht, muss verpflichtend eine ArbeitnehmerInnenveranlagung machen.

# 7 Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt als eingetreten

- » mit Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung (mit diesem Zeitpunkt beginnt auch das Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz);
- » mit der Entbindung, wenn diese vor dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung stattgefunden hat;
- » mit Beginn der achten Woche vor der tatsächlichen Entbindung, wenn der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt wurde;
- » mit dem Zeitpunkt, ab dem die Schwangere wegen besonderer Vorschriften des Mutterschutzrechtes im Einzelfall auf Grund der Zeugnisse eines/einer Arbeitsinspektionsarztes/-ärztin oder eines/einer Amtsarztes/-ärztin nicht mehr beschäftigt werden darf, weil Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre.

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.

Durch **Geldleistungen** (Wochengeld) soll der Einkommensverlust für eine bestimmte Zeit vor und nach der Entbindung ausgeglichen werden, gleichzeitig soll die Frau durch **Sachleistungen** (ärztlicher Beistand, Pflege in einer Krankenanstalt oder in einem Entbindungsheim etc.) von den Kosten der Entbindung entlastet werden.

Sachleistungen werden auch an weibliche Angehörige einer versicherten Person, die Geldleistungen nur an weibliche Versicherte gewährt.

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.

**Folgende Sachleistungen** werden im Falle der Mutterschaft gewährt:

- » Ärztlicher Beistand
- » Hebammenbeistand
- » Beistand durch diplomierte Kinder- und Krankenschwestern
- » Heilmittel (Medikamente)
- » Heilbehelfe

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/einer Versicherten zur Gänze vom Versicherungsträger übernommen (kein 10-prozentiger Kostenanteil).

### **Das Wochengeld**

**Anspruch auf Wochengeld** haben nur weibliche Versicherte, die bei Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft einen Verdienstentgang erleiden. Es sind dies vor allem erwerbstätige Pflichtversicherte.

**Keinen Anspruch auf Wochengeld** haben nicht erwerbstätige Selbstversicherte, sowie Pflichtversicherte, die vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind, wie z. B. Bezieher/innen einer Pension.

Wochengeld steht für die letzten **acht Wochen vor** der voraussichtlichen Entbindung, **für den Tag** der Entbindung und für die ersten **acht Wochen nach** der Entbindung zu. Nach Früh- und Mehrlingsgeburten und nach Kaiserschnittentbindungen wird das Wochengeld nach der Entbindung für 12 Wochen bezahlt.

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/von der Ärztin angenommenen Zeitpunkt, so verkürzt oder verlängert sich die Frist vor der Entbindung entsprechend, höchstens jedoch bis zur Dauer von 16 Wochen. Hat die Fachärztin/der Facharzt, die Arbeitsinspek-

# 7 Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

tionsärztin/der Arbeitsinspektionsarzt, die Amtsärztin/der Amtsarzt vor Beginn der 8-Wochen-Frist oder darüber hinaus ein Beschäftigungsverbot verhängt, wird das Wochengeld auch für die Dauer dieses **individuellen Beschäftigungsverbots** gezahlt.

## Höhe des Wochengeldes

Das Wochengeld ersetzt das durch die Mutterschaft entfallende Einkommen zur Gänze. Die Höhe des Wochengeldes für unselbstständig erwerbstätige Frauen 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.

**Freie Dienstnehmerinnen** erhalten ein Wochengeld in der Höhe des durchschnittlichen Einkommens der letzten drei Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft.

**Bezieherinnen von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe** erhalten ein Wochengeld in der Höhe des um 80 % erhöhten letzten Bezuges.

**Selbstversicherten geringfügig beschäftigten Dienstnehmerinnen** gebührt ein tägliches Wochengeld von € 10,35 (2023).

**Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen** haben nur dann Anspruch auf Wochengeld für ein weiteres zu erwartendes Kind, wenn sie schon anlässlich der Geburt des älteren Kindes – für das sie gerade Kinderbetreuungsgeld erhalten – Anspruch auf Wochengeld hatten und bei Beginn des Mutterschutzes der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld aufrecht ist. Die Höhe des Wochengeldes entspricht generell der Höhe des davor bezogenen Kinderbetreuungsgeldes.

## Exkurs: Kinderbetreuungsgeld

Das Kinderbetreuungsgeld ist eine Familienleistung und wird vom Familienlastenausgleichsfonds finanziert.

Zuständig für die Gewährung ist das Familienministerium (Frauen, Familie, Integration und Medien) im Bundeskanzleramt. Die Abwicklung – Antragstellung und Auszahlung – fällt in die Zuständigkeit der Krankenversicherungsträger. Diese sind für das Familienministerium weisungsgebunden tätig.

Eltern erhalten das Kinderbetreuungsgeld, wenn sie und das Kind im gemeinsamen Haushalt leben und idente Hauptwohnsitzmeldungen haben, und wenn sie die Familienbeihilfe beziehen, wenn der Mittelpunkt ihres Lebensinteresses in Österreich liegt, (für Nicht-Österreicher, wenn sie einen rechtmäßigen Aufenthalt in Österreich haben). Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld in voller Höhe besteht zudem nur dann, wenn die Mutter-Kind-Pass Untersuchungen rechtzeitig vorgenommen und bei der Beantragung des Kinderbetreuungsgeldes durch Vorlage der entsprechenden Untersuchungsbestätigungen nachgewiesen wurden.

Für Geburten ab 1.3.2017 gibt es das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld oder das individuell gestaltbare Kinderbetreuungsgeld-Konto.

Ein Zuverdienst parallel zum Leistungsbezug ist möglich, dabei sind die unterschiedlichen Zuverdienstgrenzen zu beachten.

Das Kinderbetreuungsgeld **ruht** während des **Wochengeldbezugs** bis zur Höhe des Wochengeldes, sowie während des **Anspruchs auf eine vergleichbare ausländische Familienleistung**. Ist das Kinderbetreuungsgeld höher als die Leistung aus einem anderen Mitgliedstaat, wird ein Differenzbetrag ausbezahlt (Ausgleichszahlung). Die Auszahlung erfolgt nach Antrag durch den zuständigen Krankenversicherungsträger.

### **Partnerschaftsbonus (für Geburten ab 1.3.2017)**

Wenn die Eltern das Kinderbetreuungsgeld zu annähernd gleichen Teilen (50:50 bis 60:40) und mindestens im Ausmaß von je 124 Tagen bezogen haben, so erhält **jeder Elternteil** auf Antrag einen Bonus in der Höhe von je **€ 500**. Der Partnerschaftsbonus ist eine einmalige Zahlung.

# 7 Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

## Familienzeitbonus (für Geburten ab 1.3.2017)

Den Familienzeitbonus (FZB) erhalten Väter, wenn sie die **Anspruchsvoraussetzungen** - Familienbeihilfebezug, Lebensmittelpunkt in Österreich, ein auf Dauer angelegter gemeinsamer Haushalt mit dem Kind und dem anderen Elternteil, sowie idente Hauptwohnsitzmeldungen und die Erfüllung des Erwerbstätigkeitserfordernisses vor Bezugsbeginn - erfüllen und eine **Familienzeit** in Anspruch nehmen (sog. „Familienmonat“ oder „Papamonat“). Das bedeutet, dass sie anlässlich der gerade erfolgten Geburt alle Erwerbstätigkeiten vorübergehend einstellen und sich intensiv und ausschließlich der Familie widmen.

Der FZB gebührt wahlweise **28, 29, 30 oder 31 Kalendertage** und muss bei der zuständigen Krankenkasse beantragt werden. Die Beantragung muss **binnen 91 Tagen** ab dem Tag der Geburt erfolgen. Bei der Antragstellung ist die Anspruchsdauer verbindlich festzulegen und kann später nicht mehr abgeändert werden. Dabei ist hier zu beachten, dass ein Krankenhausaufenthalt nach der Geburt des Kindes (selbst in einem Familienzimmer) der Definition eines gemeinsamen Haushaltes nicht entspricht. Damit der Anspruch gewahrt bleibt soll daher der Bezugsbeginn frühestens nach dem Krankenhausaufenthalt mit dem Tag der Unterkunftsnahme am gemeinsamen gemeldeten Hauptwohnsitz festgelegt werden.

Der FZB beträgt **€ 23,91 (2023)** täglich.

# VÖGB/AK-SKRIPTEN

Die Skripten sind eine Alternative und Ergänzung zum VÖGB/AK-Bildungsangebot und werden von ExpertInnen verfasst, didaktisch aufbereitet und laufend aktualisiert.

## UNSERE SKRIPTEN UMFASSEN FOLGENDE THEMEN:

- › Arbeitsrecht
- › Sozialrecht
- › Gewerkschaftskunde
- › Praktische Gewerkschaftsarbeit
- › Internationale Gewerkschaftsbewegung
- › Wirtschaft
- › Wirtschaft – Recht – Mitbestimmung
- › Politik und Zeitgeschehen
- › Soziale Kompetenz
- › Humanisierung – Technologie – Umwelt
- › Öffentlichkeitsarbeit

## SIE SIND GEEIGNET FÜR:

- › Seminare
- › ReferentInnen
- › Alle, die an gewerkschaftlichen Themen interessiert sind.

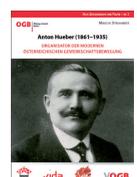


Die Skripten gibt es hier zum Download:



[www.voegb.at/skripten](http://www.voegb.at/skripten)

Leseempfehlung:  
Reihe Zeitgeschichte und Politik



# 8 Leistungen aus dem Versicherungsfall der Wiedereingliederung

Seit 1.7.2017 gibt es die Möglichkeit, nach langen Krankenständen das Wiedereingliederungsgeld in Anspruch zu nehmen. Die Wiedereingliederung nach langem Krankenstand ist für Menschen gedacht, die in Beschäftigung stehen und ernsthaft für längere Zeit physisch oder psychisch erkrankt waren. Es soll ermöglichen, dass diese Menschen schrittweise wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren können. Damit wird eine arbeitsrechtliche Teilzeitvereinbarung mit einer Leistung aus der Krankenversicherung gefördert.

Die Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) beruht auf einer für beide Seiten freiwilligen Vereinbarung von Arbeitnehmer/in und Arbeitgeber/in. Die wöchentliche Normalarbeitszeit kann um mindestens ein Viertel und höchstens die Hälfte herabgesetzt werden. Die vereinbarte wöchentliche Normalarbeitszeit von zwölf Stunden darf grundsätzlich nicht unterschritten werden. Wiedereingliederungsteilzeit kann für die **Dauer** von mindestens einem bis maximal sechs Monaten vereinbart werden. Eine Verlängerung um drei Monate ist möglich, die maximale Gesamtdauer beträgt jedoch neun Monate. In Betrieben mit Betriebsrat/Betriebsrätin ist diese/r einzubinden, das bedeutet, dass der Betriebsrat/die Betriebsrätin zu diesbezüglichen Gesprächen eingeladen werden muss. Kommt er/sie dieser Einladung nicht nach, so hat dies keine Auswirkungen auf das rechtmäßige Zustandekommen der WIETZ-Vereinbarung.

## Die Voraussetzungen

- » Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin muss mindestens seit sechs Wochen im Krankenstand sein.
- » Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin muss wieder voll arbeitsfähig sein.
- » Das Dienstverhältnis muss seit mindestens drei Monaten bestehen.
- » Zwischen dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin und dem Arbeitnehmer/der Arbeitnehmerin muss eine schriftliche Vereinbarung über die planmäßige Wiedereingliederung vereinbart werden. Darin werden der Beginn, die Dauer, die Lage und die Verteilung der Arbeitszeit festgelegt.
- » Ein Wiedereingliederungsplan muss im Zuge eines Beratungsgesprächs mit fit2work vereinbart werden. Die Beratung bei fit2work kann entfallen, wenn

sich der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin und der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin einigen und der Arbeitsmediziner/die Arbeitsmedizinerin oder das arbeitsmedizinische Zentrum ihre Zustimmung zum Wiedereingliederungsplan und zur Wiedereingliederungsteilzeitvereinbarungen geben.

- » Die Wiedereingliederung muss medizinisch zweckmäßig sein, die Entscheidung darüber trifft der chefärztliche Dienst der Gebietskrankenkasse.

Der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin kann eine vorzeitige Rückkehr zur ursprünglichen Normalarbeitszeit schriftlich verlangen, wenn die arbeitsmedizinische Zweckmäßigkeit der WIETZ nicht mehr gegeben ist. Hier ist eine Rückkehr frühestens drei Wochen nach der schriftlichen Bekanntgabe möglich.

### Geldleistungen während der WIETZ

Anspruch auf **Entgelt** in der Höhe des aliquoten Anteils entsprechend der Arbeitszeitreduktion (Durchrechnung der in den letzten 13 Wochen voll gearbeiteten Wochen – Verweis auf § 3 EFZG) und **Wiedereingliederungsgeld** in der Höhe des, entsprechend der Normalarbeitszeit aliquotierten, gebührenden erhöhten (60 % der BMGL) Krankengeldes.

#### Beispiel:

Verdient ein AN bei seiner 40 Wochenstunden-Beschäftigung monatlich € 2.000,- und einigt er sich mit seinem AG auf eine WIETZ von 20 Wochenstunden, also eine Reduktion um 50 %, dann erhält der AN monatlich: € 1.000,- Entgelt (50 % des Entgelts), zusätzlich € 600,- Wiedereingliederungsgeld (50 % des erhöhten Krankengeldes), insgesamt € 1.600,-.

Ein **neuerlicher Anspruch** auf Wiedereingliederungsgeld entsteht erst nach Ablauf von 18 Monaten ab dem Ende der vorangegangenen WIETZ.

**Keinen Anspruch** auf Wiedereingliederungsgeld haben Personen, die Rehabilitationsgeld oder eine Eigenpension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung beziehen, und zwar auch dann, wenn diese Leistung ruht.

# 9 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 keine Reise- und Transportkosten übernommen.



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.



# 11 Sonderregelungen

## Sonderregelungen für Selbstversicherte

In Österreich sind Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer automatisch krankenversichert, wenn ihr monatliches Entgelt über der Geringfügigkeitsgrenze (€ 500,91 / 2023) liegt. Man spricht vom Prinzip der Pflichtversicherung.

Haben Sie jedoch keine eigene gesetzliche Krankenversicherung und sind auch nicht bei einem/einer Angehörigen mitversichert, dann können Sie bei der Österreichischen Gesundheitskasse eine Selbstversicherung abschließen.

## Anspruch auf Sachleistungen

Leistungsansprüche sind von der Erfüllung **einer Wartezeit von drei Monaten** unmittelbar vor Eintritt des Versicherungsfalles abhängig (außer bei selbstversicherten Studenten/Studentinnen). 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/die 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/der Versicherten, nach Auflösung einer Ehe oder nach dem Ausscheiden des/der Versicherten aus der Pflichtversicherung wegen Übernahme einer Erwerbstätigkeit im Ausland von den Angehörigen des/der Versicherten bzw. vom früheren Ehegatten/von der früheren Ehegattin aufgenommen, so sind Versicherungszeiten des/der Versicherten auf die Wartezeit anzurechnen.

Selbstversicherte haben keinen Anspruch auf Krankengeld und auf Wochengeld (außer es handelt sich um eine Selbstversicherung aufgrund einer geringfügigen Beschäftigung).

### **Sonderregelungen für Pensionsbezieher/-innen**

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

Ansonsten gelten für sie im Wesentlichen die gleichen Bestimmungen des Leistungsrechtes wie für die übrigen Pflichtversicherten. Desgleichen besteht für Angehörige eines Pensionisten/einer Pensionistin 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.

# Notizen

# Zur Autorin

## **Mag.<sup>a</sup> Krisztina Juhasz**

Die Autorin ist seit 2018 juristische Referentin in der Abteilung Sozialversicherung in der Arbeiterkammer Wien. Ihre Tätigkeit umfasst pensions-, kranken- und unfallversicherungrechtliche Beratung, sowie Gerichtsvertretung am Arbeits- und Sozialgericht Wien. Sie ist Autorin der Zeitschrift „Das Recht der Arbeit“ und schreibt regelmäßig für den „A&W Blog“. Sie vertritt die Interessen der Mitglieder der Arbeiterkammer als StV.-Mitglied im Beirat für PatientInnensicherheit, sowie in der Arzntaxkommission und ist Kuratoriumsmitglied der Stiftung Anton-Proksch-Institut Wien.

# Notizen