Leistungen aus der bäuerlichen Krankenversicherung

Früherkennung von Krankheiten

- Jugendlichenuntersuchungen
- Die im elterlichen land- und forstwirtschaftlichen Betrieb hauptberuflich beschäftigten Jugendlichen und die jugendlichen Betriebsführer zwischen dem vollendeten 15. und 18. Lebensjahr haben Anspruch auf jährlich eine kostenlose Untersuchung.
- Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene
- Versicherte und Angehörige ab dem 18. Lebensjahr haben einmal jährlich die Möglichkeit, sich kostenlos untersuchen zu lassen.
- Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Werdende Mütter und Kleinkinder erhalten die vorgesehenen Untersuchungen kostenlos.

Leistungen bei Erkrankungen

Sie umfassen ärztliche Hilfe und die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen (z.B. Logopädie, Physiotherapie, Psychotherapie); außerdem Medikamente (Heilmittel), Hilfsmittel, Heilbehelfe, erforderlichenfalls Anstaltspflege. Darüber hinaus Zahnbehandlung, Zahnersatz sowie Kieferregulierung.

Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt, gefestigt bzw. gebessert werden.

Ärztliche Hilfe

Bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe durch einen Vertragsarzt oder in eigenen Einrichtungen (Vertragseinrichtungen) hat der Erkrankte die e-card vorzulegen. Die e-card hat kein Ablaufdatum und wird ohne Antrag ausschließlich durch die Krankenversicherungsträger für alle Versicherten und anspruchsberechtigten Personen ausgestellt. Für Mehrfachversicherte gibt es eine Regelung, von welchem der Krankenversicherungsträger die Versendung der Karte erfolgt, was auf das Wahlrecht bei der Leistungsinanspruchnahme keine Auswirkung hat. Der Behandlungsbeitrag von 10,74 Euro (2021) wird im Ausmaß von maximal zwei Behandlungsbeiträgen pro Quartal und Person (ein Behandlungsbeitrag, wenn im Quartal nur ärztliche Hilfe – praktischer Arzt und/oder Facharzt – in Anspruch genommen wurde; allenfalls zwei Behandlungsbeiträge, wenn neben einer ärztlichen Hilfe auch konservierendchirurgische Zahnbehandlung bei einem Vertragsarzt angefallen ist) vorgeschrieben (bei aktiven Landwirten) bzw. einbehalten (bei Pensionisten). Dieser Betrag wird jährlich aktualisiert. Die Verrechnung der Leistungen erfolgt direkt mit der SVS.

Bei einem Nichtvertragsarzt gebührt ein Kostenzuschuss in der Höhe von max. 80 Prozent der Satzungshonorarordnung. Der Zuschuss darf jedoch 80 Prozent der tatsächlichen Kosten nicht übersteigen. Die bezahlte Honorarnote ist gemeinsam mit dem Zahlungsnachweis einzureichen.

In Vertragseinrichtungen (Spitalsambulanzen und dergleichen) wird die ärztliche Hilfe direkt verrechnet. Die Kostenbeteiligung beträgt grundsätzlich 20 Prozent und wird von der SVS meist im Nachhinein vorgeschrieben.

Medikamente (Heilmittel) umfassen

- die notwendigen Arzneien und
- die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen.
- Diese werden aufgrund der ärztlichen Verordnung gegen Bezahlung einer Rezeptgebühr pro Verordnung (pro Packung) von den Apotheken oder Ärzten mit Hausapotheken abgegeben. Die Rezeptgebühr beträgt 2021 6,50 Euro und wird jährlich mit der Aufwertungszahl erhöht. Die Rezeptgebühr entfällt u.a. bei anzeigepflichtigen, übertragbaren Krankheiten sowie bei Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Dazu gehören unter anderem Brillen, orthopädische Schuheinlagen, orthopädische Schuhe, Hörgeräte, Bein- und Armprothesen sowie Krankenfahrstühle.

Dem Versicherten und seinen Angehörigen gebühren diese Behelfe über ärztliche Verordnung gegen eine Kostenbeteiligung. Die Kosten für Behelfe – ausgenommen Sehbehelfe – bis 37 Euro im Jahr 2021 hat der Versicherte selbst zu tragen. Dieser Betrag wird jährlich angepasst.

Der Mindestkostenanteil für Sehbehelfe beträgt ab 01.01.2021 111 Euro. Für anspruchsberechtigte Kinder und rezeptgebührenbefreite Personen entfällt die Kostenbeteiligung.

Eine Rezeptgebührenbefreiung nach den Bestimmungen aufgrund der Rezeptgebührenobergrenze führt jedoch nicht zu einer Befreiung von Kostenanteilen für Heilbehelfe und Hilfsmittel.

Bei Bedarf werden Behelfe und Hilfsmittel (z.B. Krankenfahrstühle) gegen ärztliche Verordnung leihweise zur Verfügung gestellt. Bei fehlender vorheriger Zustimmung der SVS werden für selbstbeschaffte Heilbehelfe oder Hilfsmittel keine Kosten ersetzt. Es empfiehlt sich daher, vor dem Bezug größerer Artikel mit der zuständigen Landesstelle Kontakt aufzunehmen.

Spitalspflege

Wenn es der Gesundheitszustand erfordert, gebührt anstelle der Krankenbehandlung Spitalspflege in der allgemeinen Gebührenklasse. Für den Mehraufwand bei Inanspruchnahme einer höheren Gebührenklasse werden keine Kosten übernommen. Die Einweisung wird im Regelfall durch den behandelnden Arzt erfolgen.

Für Spitalspflege hat der Versicherte (ab Vollendung des 18. Lebensjahres) grundsätzlich einen 10-prozentigen Kostenanteil zu entrichten, der von den Krankenanstalten eingehoben wird. Diese Verpflichtung ist jedoch je Patient mit 28 Tagen innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt. Wird die Spitalspflege zur Entbindung, wegen Dialysebehandlung oder einer anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheit in Anspruch genommen, ist eine Kostenbeteiligung von vornherein nicht vorgesehen.

Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung

Für konservierende und chirurgische Zahnbehandlung, die von einem Vertragszahnarzt oder Vertragsdentisten durchgeführt wird, hat der Versicherte die e-card vorzulegen.

Abnehmbarer Zahnersatz, der nach vorheriger Bewilligung durch die Landesstelle bei einem Vertragszahnbehandler angepasst wurde, sowie Reparaturarbeiten an einem abnehmbaren Zahnersatz werden direkt mit der SVS verrechnet. Der Kostenanteil des Versicherten bei Prothesen und Klammerkronen beträgt 25 Prozent der Tarifsätze. Für festsitzenden Zahnersatz (z.B. Kronen, Stiftzähne, Brückenglieder) werden die vertraglich geregelten Tarife nur dann übernommen, wenn ein abnehmbarer Zahnersatz aus medizinischen Gründen nicht möglich ist (medizinische Sonderfälle).

Der Kostenanteil für kieferorthopädische Behandlungen beträgt außerhalb der „Gratiszahnspange" 30 Prozent des Vertragstarifes.

Leistungen bei Mutterschaft

- Vorbeugende Maßnahmen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- Auf Grund des Versicherungsfalles der Mutterschaft erforderliche Heilmittel und Heilbehelfe, wenn die Leistung im Zusammenhang mit der Schwangerschaft steht, ab Eintritt des Versicherungsfalls
- Anlässlich der Entbindung: ärztliche Hilfe, Hebammenbeistand, Heilmittel, erforderliche Heilbehelfe sowie für längstens zehn Tage Spitalspflege oder Pflege in einem Entbindungsheim
- Wochengeld bzw. Betriebshilfe für Bäuerinnen
- Kinderbetreuungsgeld:
  Das Kinderbetreuungsgeld wird grundsätzlich als Konto geführt. Die Bezugsdauer kann innerhalb eines vorgegebenen Rahmens flexibel verteilt werden. Je länger Kinderbetreuungsgeld bezogen wird, desto geringer ist der Tagesbetrag. Die Höhe der Leistung ergibt sich also aus der individuell gewählten Leistungsdauer.
- Weiters besteht die Möglichkeit des Bezuges von einkommensabhängigem Kinderbetreuungsgeld, max. bis zur Vollendung des 14. Lebensmonates (davon mindestens zwei Monate der andere Elternteil) in der Höhe von 80 Prozent des Letzteinkommens (max. 66 Euro).
- Unter bestimmten Voraussetzungen gebührt eine Beihilfe zum Kinderbetreuungsgeld in der Höhe von 6,06 Euro täglich für einen Zeitraum von max. zwölf Monaten.
- In jedem Fall ist eine Zuverdienstgrenze zu beachten. Darüber hinaus sind zehn Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nachzuweisen (fünf Untersuchungen der Schwangeren sowie fünf Untersuchungen des Kindes).
- Bei Nichtbeachtung kann es zu Leistungskürzungen bzw. Rückforderungen kommen.

Näheres dazu findet sich in der Broschüre „Krankenversicherung im Überblick" der SVS.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sind freiwillige Leistungen:

- zielgruppenorientierte Gesundheitsangebote
- Genesungsaufenthalte
- Behandlung in einer Sonderkrankenanstalt, Kuranstalt, einem Kurheim oder einer ähnlichen Einrichtung
- Kostenzuschüsse für Betriebshelfer und Haushaltshelferinnen.

Fahrtkosten und Transportkosten

Fahrtkostenersatz erfolgt:

- im Zusammenhang mit Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen und
- im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (humangenetische Beratung)
- jeweils ab einer Entfernung von mindestens 20 Kilometern zur nächsten geeigneten Behandlungsstelle

Transportkostenersatz erfolgt:

- wenn die Gehunfähigkeit des Patienten und die medizinische Notwendigkeit des Transportes durch einen ärztlichen Transportauftrag bescheinigt werden

Gehunfähigen Personen sind bestimmte Personengruppen gleichgestellt:

- Dialysepatienten, soweit die Fahrt mit der Dialysebehandlung im Zusammenhang steht
- Chemo- und Strahlentherapiepatienten, soweit die Fahrt mit der Therapie im Zusammenhang steht
- Rollstuhlfahrer sowie diesen gleichzuhaltende Personen
- Beidseitig Arm- oder Beinamputierte
- Psychisch Kranke mit ständigem Aufsichtserfordernis
- Blinde und faktisch Blinde

Inanspruchnahme der Leistungen

Nachweis der Anspruchsberechtigung:
Die e-card ist ein Versichertenausweis mit dem Sie sich gegenüber dem Arzt als Krankenversicherter der SVS ausweisen.

Gegenüber allen anderen Behandlungs-(Abgabe)-stellen (Spital, Apotheke, Optiker usw.) weisen Sie (bzw. Ihre Angehörigen) Ihren Anspruch auf Leistungen in den meisten Fällen durch ein Rezept oder einen Überweisungsschein nach.

Für bestimmte Anspruchsberechtigte gilt als Nachweis der Versicherungszugehörigkeit ein von der Landesstelle ausgestellter gesonderter Berechtigungsnachweis.

Kostenanteil

Bei Sachleistungen sind grundsätzlich 20 Prozent (bei Anstaltspflege, Heilbehelfen und Hilfsmitteln 10 Prozent) der angefallenen Kosten als Kostenanteil zu leisten. Der Kostenanteil ist im Regelfall beim Vertragspartner bzw. bei der Behandlungsstelle zu entrichten. Werden die Kosten des Vertragspartners von der SVS vorerst zur Gänze bezahlt, so wird der Kostenanteil im Nachhinein vorgeschrieben.

Der Versicherte hat keinen Kostenanteil zu bezahlen

- bei Jugendlichenuntersuchungen
- bei Vorsorgeuntersuchungen
- bei humangenetischen Untersuchungen
- bei Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
- bei einer Spitalspflege bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- bei einer Spitalspflege oder Pflege in einem Entbindungsheim anlässlich der Entbindung (für längstens zehn Tage) und für den in einem solchen Fall entstandenen Hebammenbeistand
- bei einer Spitalspflege nach einem landwirtschaftlichen Arbeitsunfall
- bei Dialysebehandlungen
- bei Behandlung von anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten
- beim Bezug von Heilbehelfen und Hilfsmitteln, wenn er zum Kreis der kostenanteilsbefreiten Personen gehört
- bei ärztlichen Maßnahmen zur Durchführung von Organspenden hinsichtlich des Spenders.

Antragstellung

Für die Entgegennahme und Erledigung Ihrer Anträge, aber auch für Auskünfte steht Ihre zuständige Landesstelle gerne zur Verfügung.

Bewilligungspflichtige Leistungen

Bei verschiedenen Leistungen muss die ärztliche Verordnung vor Inanspruchnahme durch die zuständige Landesstelle bewilligt werden:

- Besondere Behandlungs- und Untersuchungsmethoden, soweit sie nicht vertraglich geregelt sind bzw. wenn der Vertrag eine Bewilligung vorsieht
- Humangenetische Untersuchungen
- bestimmte Bereiche von Heilmitteln aus dem Erstattungskodex sowie Heilmittel, die nicht im Erstattungskodex enthalten sind – Einholung der vorherigen Bewilligung durch den behandelnden Arzt
- Heilbehelfe und Hilfsmittel, für die eine Gebrauchsdauer vorgesehen ist oder deren Anschaffungskosten besonders hoch sind
- orthopädische Schuhe und orthopädische Zurichtungen am Konfektionsschuh
- Heimdialyse
- freiwillige Leistungen zur Festigung der Gesundheit
- kosmetische Behandlungen
- vorbeugende Schutzimpfungen
- Serientransporte

Vorlage von Rechnungen

Der Kostenzuschuss wird nach Vorlage der Originalhonorarnote gewährt. Diese hat folgende Angaben zu enthalten:

- Versicherungsnummer des Betriebsführers (des Bauernpensionisten) bzw.
- Versicherungsnummer des Angehörigen
- Vor- und Zuname und Anschrift des Versicherten (Betriebsführer, mitarbeitende Kinder über 15 Jahre, Bauernpensionist);
- bei Angehörigen Vor- und Zuname und Verwandtschaftsverhältnis zum Versicherten
- Behandlungsdaten, Art und Anzahl sowie genaue Aufgliederung der beanspruchten Leistungen
- Diagnose(n)
- den Honorarbetrag
- den Zahlungsnachweis (Bestätigung bei Bezahlung bzw. den Erlagscheinabschnitt)
- Datum, Unterschrift und Stempel des Behandlers
- eigenhändige Unterschrift des Versicherten als Bestätigung für die Richtigkeit des Antrages.

Auslandsaufenthalt

Auf der Rückseite der e-card ist die EKVK – die Europäische Krankenversicherungskarte – angebracht. Mit dieser können Sie bei einem Urlaubsaufenthalt in einem EWR-Staat oder der Schweiz erforderliche Leistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Aufenthaltsstaates in Anspruch nehmen. Sollten auf der Europaseite der Karte keine Daten aufgedruckt sein, sind die für die automatische Ausstellung erforderlichen Vorversicherungszeiten nicht erfüllt und Sie sollten vor Reisen Ihre zuständige Landesstelle kontaktieren. Bei einem sonstigen Auslandsaufenthalt bzw. bei geplanten ärztlichen Behandlungen im Ausland empfiehlt es sich, mit der zuständigen Landesstelle vorher Kontakt aufzunehmen, damit in Ländern des EWR oder bei Bestehen eines zwischenstaatlichen Abkommens eine Anspruchsbescheinigung für Sachleistungen (ärztliche Hilfe, Anstaltspflege) ausgestellt werden kann.

Für nähere Auskünfte steht Ihre Landesstelle gerne zur Verfügung.

Infoblätter zu vielen wichtigen Themen finden Sie im Internet unter svs.at/info.

Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84–86, Tel. 050 808 808
Hersteller: Druck - SVD-Büromanagement GmbH, Wien
Damit die Texte leichter lesbar bleiben, verzichten wir auf eine Unterscheidung des Geschlechts.
Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung geschlechtsneutral.

GS-020_B, Stand: 2021