

Krankenversicherung im Überblick

LEISTUNGEN BEI KRANKHEIT UND MUTTERSCHAFT

svs.at

Gemeinsam gesünder.

Impressum: Medieninhaber, Herausgeber und Verleger: Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84–86, Tel. 050 808 808
Hersteller: Druck - SVD-Büromanagement GmbH, Wien
Fotos: Zero Creatives GmbH – Offset (Cover)
Damit die Texte leichter lesbar bleiben, verzichten wir auf eine Unterscheidung des weiblichen und männlichen Geschlechts. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung geschlechtsneutral.
GS1, Stand: 2026-2

Inhalt

Allgemeines zur Krankenversicherung
Grundzüge der Pflichtversicherung 5
Aufgaben der Krankenversicherung 8
Sach- und Geldleistungsberechtigung für Gewerbetreibende und Neue Selbständige 11
Mehrfachversicherung 14
Meldungen und Auskünfte 15

Die einzelnen Leistungen im Detail
Jugendlichenuntersuchung 16
Vorsorgeuntersuchung 16
Ärztliche Hilfe 17
Ambulante Krankenbehandlung in öffentlichen Krankenanstalten 20
Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen 21
Medikamente und Rezeptgebührenbefreiung 21
Heilbehelfe und Hilfsmittel 30
Anstaltspflege in Krankenanstalten 35
Medizinische Hauskrankenhauspflege 37
Medizinische Rehabilitation 37
Heilverfahren 38
Transportkosten und Reisekosten 39
Zahnbehandlung und Zahnersatz 41
Zahnspangen 44
Mutterschaftsleistungen 46
Eltern-Kind-Pass 47
Wochengeld/Mutterschaftsbetriebshilfe 48
Kinderbetreuungsgeld 49
Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit (nur GSVG) 54
Zusatzversicherung (Krankengeld; nur GSVG) 55
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Krankheitsvorbeugung 56
Betriebshilfe 57
Besonderheiten für geldleistungsberechtigte Gewerbetreibende und Neue Selbständige 62

Krankenschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland/bei Wohnsitz im Ausland
Krankenschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt 65
Krankenschutz bei Wohnsitz im Ausland 69

Mitversicherung von Angehörigen und Weiterversicherung 71

Servicehinweise
Praxistipp Eingaben bei der SVS und Kostenrückerstattung 75
Beratungsangebot 77
CaRe-Beratung 77

Allgemeines zur Krankenversicherung

Grundzüge der Pflichtversicherung

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

Nachfolgend sehen Sie die Abkürzungen der wichtigsten Gesetze:
ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BSVG: Bauern-Sozialversicherungsgesetz
FSVG: Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetz
GSVG: Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
NVG: Notarversorgungsgesetz

Beitragsrechtliche Fragen beantwortet die Informationsbroschüre **„Versicherungsschutz im Überblick – Voraussetzungen und Beitrag"**.

Neben allen materiellen Erwägungen bietet die Pflichtversicherung in einer sozialen Krankenversicherung unschätzbare Vorteile: Spezielle Risikogruppen werden nicht ausgeschlossen. Leistungen ohne Wartezeiten. Beiträge richten sich nach dem Einkommen. Alter und Gesundheit haben keinen Einfluss auf die Beiträge. Familienverhältnisse werden berücksichtigt.

Wozu dient also die Pflichtversicherung?

Die Pflichtversicherung ist das wichtigste Merkmal der österreichischen Sozialversicherung. Sie ist die Garantie für soziale Absicherung.

Wenn Sie eine versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit aufnehmen, sind Sie per Gesetz versichert: unbürokratisch und ohne Wenn und Aber.

Jeder Erwerbstätige muss versichert werden – unabhängig von der Höhe des Risikos für das Versicherungsinstitut.

Sie haben sofort vollen Versicherungsschutz – ohne „Wartezeit" oder Ausschlussbestimmungen.

Die Versicherungsbeiträge richten sich nicht nach Alter oder Geschlecht, sondern ausschließlich nach dem Einkommen des Einzelnen.

Kosten, die dem Einzelnen durch Krankheit, Alter, Arbeitsunfall oder Tod entstehen würden, trägt die Gemeinschaft der Versicherten. Niemand ist vor schwerer Krankheit sicher. Durch die Versichertengemeinschaft kann jeder Versicherte medizinisch optimal betreut werden – unabhängig von seiner Beitragsleistung.

Die jeweils im Erwerbsleben stehende Generation finanziert mit ihren Beiträgen die Pensionen der „Elterngeneration". Gleichzeitig bestimmen die Höhe und Dauer dieser Beitragszahlungen den künftigen eigenen Pensionsanspruch.

Die Pflichtversicherung ist eine kostengünstige Versicherungsform. Sie erspart der Gemeinschaft Ausgaben, die ansonsten für Werbung oder Provisionen notwendig wären.

Solidarität – die Einbindung in die Gemeinschaft – bildet das Fundament der österreichischen Sozialversicherung. Nur eine große Gemeinschaft ist wirtschaftlich in der Lage, Unterschiede im persönlichen Leistungsvermögen und in der sozialen Struktur der Versicherten auszugleichen.

Warum keine Riskenauslese?

Die Leistungen der österreichischen Sozialversicherung stehen allen Versicherten zu – mit Sicherheit und ohne Risiko. Sozialversicherungen dürfen die ihnen gesetzlich zugewiesenen Versicherten weder ablehnen noch ein Versicherungsverhältnis vorzeitig beenden.

Jeder Versicherte kann Leistungen beanspruchen. Es erfolgt keine Abweisung wegen eines hohen Risikos und der dadurch zu erwartenden Aufwendungen wie z.B. bei Blutern, Aids-Kranken oder Schwerstbehinderten.

Die Beiträge der Versichertengemeinschaft sichern die Finanzierung aller Leistungen der Sozialversicherung. In der Pensionsversicherung sorgt die Ausfallhaftung der Republik Österreich für zusätzliche Sicherheit.

Finanzierungsprinzip der Sozialversicherung ist das Umlageverfahren: Mit den eingehobenen Beiträgen werden Leistungen unmittelbar finanziert. Es schließt Veranlagungs- und Inflationsrisken aus und gilt daher als überaus krisensicher.

Was bedeutet Selbstverwaltung?

Der Staat überlässt die Durchführung der Sozialversicherung denjenigen, die die Bedürfnisse der Versicherten am besten kennen, den direkt betroffenen Berufsgruppen.

Versicherungsvertreter, die in der Selbstverwaltung tätig sind, gehören denselben Berufsgruppen an, aus denen sich die Versichertengemeinschaft zusammensetzt. Diese Nähe zu den Versicherten hat positive Auswirkungen: Die Sozialversicherungsgesetze entsprechen den Bedürfnissen der Menschen und den finanziellen Möglichkeiten der Gemeinschaft.

Die Mitglieder der Selbstverwaltung achten darauf, dass die sozialrechtlichen Bestimmungen von den Mitarbeitern der Sozialversicherung in die Tat umgesetzt werden. Häufig gehen diese Bestimmungen sogar auf ihre Initiative zurück.

Die Versicherungsvertreter setzen sich für eine Betreuung der Versicherten ein, die versichertennahe und von sozialen Überlegungen geprägt ist.

Keine Gewinnabsicht

Die Sozialversicherung ist zu zweckmäßiger und sparsamer Verwendung der Beiträge verpflichtet. Sie verfolgt soziale statt marktwirtschaftliche Ziele.

Mit den Beiträgen der Versicherten werden in erster Linie Leistungen der Sozialversicherung finanziert. Fehlendes Gewinnstreben und eine äußerst sparsame Verwaltung reduzieren die Beiträge auf das Mindestmaß, das für das Erbringen der Leistungen notwendig ist.

Die Kosten für die Verwaltung machen lediglich 2,5 Prozent des Gesamtaufwandes aus. Das bedeutet, dass 97,5 Prozent der Mittel an die Versicherten zurückfließen.

Aufgaben der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung sorgen wir vor mittels
- Früherkennung von Krankheiten
- Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung
- Versicherungsleistungen bei Krankheit, während der Mutterschaft und bei lang andauernder Krankheit
- Zahnbehandlung und Zahnersatz
- medizinischer Maßnahmen der Rehabilitation.

Unsere Aktivitäten werden vom GSVG und vom BSVG geregelt. Diese Gesetze unterscheiden zwischen **Pflichtleistungen** (hier haben Sie einen Rechtsanspruch) und **freiwilligen Leistungen** (hier gibt es keinen Rechtsanspruch).

Was sind Pflichtleistungen?

Vorsorgeleistungen:
- die Früherkennung von Krankheiten
- Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung
- die Jugendlichenuntersuchung
- die Vorsorgeuntersuchung

Krankenbehandlung:
- Ärztliche Hilfe
- Medikamente
- Heilbehelfe usw.

Anstaltspflege:
- in der allgemeinen Gebührenklasse:
  → Verpflegung
  → Unterkunft
  → Operation
  → Medikamente usw.
- Für Gewerbetreibende bzw. Neue Selbständige mit Geldleistungsberechtigung oder bei der Option „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung":
  → Mehrkostenvergütung
  → Operationskosten

Medizinische Hauskrankenpflege:
umfasst medizinische Betreuung und Behandlung bei Ihnen zu Hause, um Spitalsaufenthalte zu verkürzen oder überhaupt zu vermeiden

Medizinische Rehabilitation:
nach einer Krankenbehandlung, um deren Erfolg zu sichern

Übernahme von Transportkosten:
bei stationärer Anstaltspflege

Zahnbehandlung und Zahnersatz:
- Behandlungskosten
- Kieferregulierung
- Zahnspange ohne Kostenanteil

Leistungen während der Mutterschaft:

- Entbindungsheimpflege
- Betreuung durch eine Hebamme
- Wochengeld
- Kinderbetreuungsgeld (SVS als auszahlende Stelle)
- Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld (SVS als auszahlende Stelle)
- Mehrkostenvergütung für Gewerbetreibende bzw. Neue Selbständige mit Geldleistungsberechtigung oder bei der Option „Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung“

Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit:
für Gewerbetreibende bzw. Neue Selbständige unter bestimmten Voraussetzungen

Was sind Freiwillige Leistungen?

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit
z.B. Kuren, Genesungs- und Erholungsaufenthalte

Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten
z.B. Schutzimpfungen

Reise- und Fahrtkosten

Sach- und Geldleistungsberechtigung für Gewerbetreibende und Neue Selbständige

An dieser Stelle erfolgt ein für die oben genannte Versichertengruppe wesentlicher Einschub, welcher in der bäuerlichen Praxis keine Rolle spielt. Dazu möchten wir folgende Basisinformation geben:

Sachleistungs-/Geldleistungsberechtigung

Ob Sie sach- oder geldleistungsberechtigt sind, entscheidet die Höhe Ihrer Einkünfte. Liegt Ihr Einkommen unter der „Sachleistungsgrenze" – 97.019,99 Euro (Wert 2026) – sind Sie sachleistungsberechtigt. Liegt Ihr Einkommen darüber, so können Sie Geldleistungen (Vergütungen) in Anspruch nehmen.

Sachleistungsberechtigt sind Sie im Jahr 2026

- ... wenn Sie versichert sind und noch in den ersten drei Jahren Ihrer Berufsausübung stehen („Neuzugänge").
- ... als GSVG-krankenversicherter Gewerbetreibender, Gewerbegesellschafter oder Neuer Selbständiger, wenn Ihre versicherungspflichtigen Beträge unter der „Sachleistungsgrenze" von 97.019,99 Euro liegen oder Sie im Jahr 2023 keine Einkommensteuer veranlagt haben.
- ... wenn Sie Gewerbepensionist sind.
- ... wenn Sie Versicherter oder Pensionist mit mehrfachem Krankenversicherungsschutz sind.

Was sind versicherungspflichtige Beträge?

Den Einkünften aus pflichtversicherter Erwerbstätigkeit werden die in diesem Jahr vorgeschriebenen Pensions- und Krankenversicherungsbeiträge hinzugerechnet! Haben Sie eine freiwillige Arbeitslosenversicherung oder eine freiwillige Zusatzversicherung abgeschlossen, sind auch diese Beiträge zu berücksichtigen.

Geldleistungsberechtigt sind Sie im Jahr 2026

- … als ausschließlich nach dem GSVG krankenversicherter Gewerbetreibender, Gewerbegesellschafter oder Neuer Selbständiger, wenn Ihr Einkommensteuerbescheid 2023 versicherungspflichtige Beträge über der „Sachleistungsgrenze" ausweist.
- … als Gewerbepensionist, wenn Sie eine GSVG-versicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausüben und Ihr Einkommen in Summe aus „Erwerbseinkünften" und Pension über der „Sachleistungsgrenze" liegt.
- … wenn Sie die Option „volle Geldleistungsberechtigung" gewählt haben (Versicherte und Pensionisten).
- … wenn Sie die Option „Sonderklasse-Geldleistungs-berechtigung" gewählt haben. Die Geldleistungsberechtigung gilt jedoch nur hinsichtlich der Spitalpflege in der Sonderklasse (Versicherte und Pensionisten).

Vorteile der Sachleistungsberechtigung

Als Sachleistungsberechtigter können Sie sämtliche Pflicht-leistungen der Krankenversicherung ohne vorherige Auslagen in Anspruch nehmen. Bei einzelnen Leistungen ist ein Selbstbehalt von 20, 10 bzw. 5 Prozent vorgesehen. Dieser wird aber erst nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension abgezogen. Grundsätzlich wird bei Sachleistungsanspruch unmittelbar zwischen den Vertragspart-nern (Ärzte, Krankenhäuser …) und der SVS abgerechnet. Das heißt, Sie müssen im Normalfall für die Bezahlung der Vertragspartner nicht selbst tätig werden.

Wie funktioniert die Verrechnung „privater" Behandlungen?
Wenn Sie als Sachleistungsberechtigter Untersuchungen oder Behandlungen „privat" durchführen lassen, können Sie die Honor-arnoten oder Rechnungen im Original zur Vergütung einreichen. Sie bekommen dann einen Kostenersatz bis zur Höhe jenes Betra-ges, den wir als Sachleistung für Sie bezahlt hätten, abzüglich des Kostenanteils (= Selbstbehalt) und maximal 80 Prozent der tatsäch-lichen Kosten.

Vorteile der Geldleistungsberechtigung

Als Geldleistungsberechtigter sind Sie dem Arzt gegenüber Privatpatient. Nach Vorlage der von Ihnen bezahlten Arztrechnungen leisten wir Ihnen einen „Kostenersatz" – eine „Vergütung" – nach einem Vergütungstarif. Bei erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele" bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ2"-Projekten erhalten Sie eine um 10 Prozent höhere Vergütung. Bei nachhaltig erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele" erhalten Sie eine um 15 Prozent höhere Vergütung. Wir können Ihnen jedoch höchstens 80 Prozent der tatsächlichen Kosten vergüten.

Wenn Sie geldleistungsberechtigt sind, senden wir Ihnen gerne Tarifauszüge zu. Wenden Sie sich dafür bitte an das zuständige SVS Kundencenter.

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

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

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

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

Es besteht weiters die Möglichkeit, Privatrezepte im SVS Kundencenter in Kassenrezepte umwandeln zu lassen.

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

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

Optionen für die Versicherten in der GSVG-Krankenversicherung

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

Für Sachleistungsberechtigte stehen die Optionen **„volle Geldleistungsberechtigung"** oder **„Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung"** zur Auswahl.

Für Geldleistungsberechtigte steht die Option **„Sonderklasse-Geldleistungsberechtigung"** zur Auswahl.

Mehrfachversicherung

Sie sind in der Krankenversicherung mehrfachversichert, wenn Sie zwei oder mehr Erwerbstätigkeiten ausüben, die die Pflichtversicherung nach unterschiedlichen Gesetzen begründen oder wenn Sie Geldleistungen von unterschiedlichen Sozialversicherungen beziehen (wie Pensionen, Ruhe- oder Versorgungsgenüsse usw.).

Beispiele

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

Mehr dazu erfahren Sie in unserer Broschüre **„Versicherungsschutz im Überblick – Voraussetzungen und Beitrag"**.

Meldungen und Auskünfte

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

Gesetzlich sind Sie als Versicherter oder Pensionist dazu verpflichtet

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

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

Die einzelnen Leistungen im Detail

Wir weisen darauf hin, dass hier in der Folge die wesentlichen Grundzüge für sachleistungsberechtigte Gewerbetreibende und Neue Selbständige sowie für bäuerliche Versicherte dargestellt werden.

Auf Besonderheiten wird im jeweiligen Abschnitt hingewiesen.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird die Gruppe der geldleistungsberechtigten Gewerbetreibenden und Neuen Selbständigen im Anschluss übersichtlich und gesondert dargestellt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten.

Jugendlichenuntersuchung

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

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

Im bäuerlichen Bereich handelt es sich vorwiegend um im land(forst)wirtschaftlichen Betrieb hauptberuflich beschäftigte Kinder des Betriebsführers.

Vorsorgeuntersuchung

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

Ärztliche Hilfe

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

Achtung: Sie müssen die e-card bei jedem Arztbesuch, sowohl Vertrags- als auch Wahlarzt, vorlegen. Für eine Überweisung oder Zuweisung an einen Arzt, ein Spital oder ähnliches brauchen Sie außerdem noch einen Überweisungs- oder Zuweisungsschein.

Sie haben grundsätzlich die Wahl, ob Sie Ihre ärztlichen Behandlungen bei einem Vertrags- oder Wahlarzt durchführen lassen. Vertragsärzte stehen in einem Vertragsverhältnis mit der SVS, Wahlärzte haben keine entsprechenden Verträge.

Vertragsarzt

Der Besuch beim Vertragsarzt hat den Vorteil, dass Sie vor Ort beim Behandler kein Geld ausgeben müssen. Sie benötigen nur Ihre e-card als Anspruchsnachweis. Die Kosten werden direkt zwischen der SVS und dem Vertragsarzt verrechnet. Ihnen wird dann der eventuell anfallende Eigenanteil vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Kostenanteil für Bauern beim Vertragsarzt:
Vom Versicherten ist nur der pauschale Behandlungsbeitrag in der Höhe von 13,36 Euro pro Quartal (Wert 2026) zu bezahlen. Wenn im gleichen Zeitraum auch ein Zahnarzt in Anspruch genommen wird, so sind weitere 13,36 Euro pro Quartal (Wert 2026) zu bezahlen. Mitversicherte Kinder sind von diesem Behandlungsbeitrag befreit.

Kostenanteil für Gewerbetreibende und Neue Selbständige beim Vertragsarzt:
Der Kostenanteil, der im Nachhinein von der SVS vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten wird, beträgt 20 Prozent.

Bei erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele“ bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ2“-Projekten wird Ihr Kostenanteil auf 10 Prozent reduziert. Bei nachhaltig erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele“ wird Ihr Kostenanteil auf 5 Prozent reduziert.

Möglichkeiten zur Befreiung von diesen Kostenanteilen (Selbstbehalten):

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

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

Weiters können Sie einen Antrag auf Befreiung vom Selbstbehalt stellen:

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

*Besondere soziale Schutzbedürftigkeit gilt in der Regel, wenn das monatliche Einkommen einer Einzelperson 1.308,39 Euro nicht übersteigt. Für Ehepaare oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt beträgt die Einkommensgrenze 2.064,12 Euro. Haben Sie infolge Krankheit oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben zu tragen, erhöht sich die jeweilige Einkommensgrenze um 15 Prozent. Wenn Sie Kinder haben, wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind um 201,88 Euro angehoben, sofern deren Nettoeinkommen unter 481,23 Euro liegt. Alle Werte gelten für das Jahr 2026. Leben im gemeinsamen Haushalt weitere Personen mit eigenem Einkommen, wird dieses berücksichtigt.

Wahlarzt

Bei Wahlärzten ist darauf hinzuweisen, dass diese in der Tarifgestaltung völlig frei sind. Es empfiehlt sich daher, speziell bei teuren Behandlungen, beim Wahlarzt vorab die Kosten zu klären. Nutzen Sie die Möglichkeit, mit einem entsprechenden Kostenvoranschlag über die geplanten Behandlungen die Höhe der Kostenerstattung vorab mit der SVS zu klären.

Bei Wahlärzten ist die ärztliche Behandlung immer selbst zu bezahlen und nach Einreichen der Originalhonorarnote an die SVS können Kosten erstattet werden. Da sich diese nach den Vertragstarifen richten, kann es hier – wie bereits erwähnt – zu größeren Abweichungen kommen!

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

Ebenso ist es wichtig, die bezahlten Originalhonorarnoten innerhalb einer bestimmten Frist nach der Behandlung bei der SVS einzureichen. Nach 42 Monaten (3 ½ Jahren) ab Inanspruchnahme der Leistung verfällt der Anspruch auf eine Erstattung. Auf Kosten der SVS dürfen Sie zudem in einem Kalendervierteljahr nur mit Zustimmung der SVS mehrere praktische Ärzte oder mehrere Fachärzte des gleichen Fachgebiets aufsuchen.

Für Bauern gilt beim Besuch von Wahlärzten:
Nach Einsenden der bezahlten Originalhonorarnote an die SVS leistet diese einen Kostenzuschuss in der Höhe von 80 Prozent der jeweiligen Vertragstarife (max. 80 Prozent der tatsächlichen Kosten).

Für Gewerbetreibende und Neue Selbständige gilt beim Besuch von Wahlärzten:
Sachleistungsberechtigte Versicherte müssen die Rechnung zunächst selbst bezahlen. Die SVS leistet im Nachhinein einen Kostenersatz (max. 80 Prozent der tatsächlichen Kosten). Dieser ist maximal so hoch wie jener Betrag, den die SVS für einen Vertragsarzt bezahlt hätte, abzüglich des 20-prozentigen Kostenanteils des Versicherten.

Leistungen ohne Anspruch auf Kostenersatz

Bei einigen Leistungen erbringt die SVS keinen Kostenersatz. Darunter fallen beispielsweise Akupressur, Biofeedback, Haaranalyse, Magnetfeldtherapie, Rückenschule, Reflexzonenmassage, Videotraining und Eigenblutvorsorge. Die Kosten für solche Leistungen müssen Sie als Versicherter zur Gänze selbst übernehmen. Erkundigen Sie sich vor jeder Behandlung bei Ihrem Arzt, ob die Kosten von der Krankenversicherung übernommen werden oder Sie selbst die Kosten tragen müssen.

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

Ambulante Krankenbehandlung in öffentlichen Krankenanstalten

- Wenn keine stationäre Aufnahme („Anstaltspflege“) erfolgt, haben in den öffentlichen Krankenanstalten die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen ambulant zu erfolgen. Dies betrifft u.a. ambulant durchzuführende Operationen.
- Der Krankenversicherungsschutz der Versicherten der SVS wird dabei durch die Vorlage der e-card nachgewiesen.
- Erfolgt die ambulante Krankenbehandlung in einer Krankenanstalt, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert wird, haben Versicherte nach dem GSVG und BSVG gleichermaßen pro Quartal und Krankenanstalt einen Kostenanteil in Höhe von 27,25 Euro zu leisten (Wert 2026). Dieser Kostenanteil wird von der SVS vierteljährlich im Nachhinein vorgeschrieben

Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung, Psychotherapie sowie Leistungen von Heilmasseuren stellen wir allen Versicherten als Sachleistung durch Vertragspartner zur Verfügung oder leisten einen Kostenzuschuss, wenn die entsprechenden Verträge fehlen.

Medikamente und Rezeptgebührenbefreiung

Sie erhalten Ihre Medikamente auf Kassenrezept. Sie bekommen das Medikament für 7,55 Euro Rezeptgebühr (Wert 2026) in der Apotheke. Außer der Rezeptgebühr gibt es keinen Selbstbehalt bei Medikamenten.

Für Kassenrezepte gelten die **„Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen" (RöV)**.
Sie wurden vom Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erstellt und besagen im Wesentlichen:

- Auf Kosten der Sozialversicherung dürfen nicht alle in Österreich zugelassenen Medikamente verschrieben werden, sondern nur die im „Erstattungskodex" angeführten.
- Bestimmte Medikamente können nur mit Chefarztgenehmigung auf Rechnung der SVS bezogen werden. Diese muss vom Arzt eingeholt werden, der das Medikament verschreibt.
- Auf einem Rezept können pro Medikament nur zwei Kleinpackungen oder eine Großpackung verschrieben werden.
- Mit einem Rezept kann ein Medikament nur einmal bezogen werden. Alle Kassenrezepte werden von der Apotheke zur Verrechnung mit der SVS eingezogen.
- Bei gleich wirksamen Medikamenten darf Ihr Arzt nur das ökonomisch günstigere verschreiben.

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

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

In der Folge haben wir einige Basisinformationen zum Thema Medikamente für Sie zusammengestellt.

Was sind Medikamente?

Unter den Begriff der Medikamente fallen alle Heilmittel und Arzneien, aber auch Salben oder Tinkturen.

Es wird unterschieden zwischen „notwendigen Arzneien" und „sonstigen Mitteln".

Notwendige Arzneien untergliedern sich in:

- Pharmazeutische Spezialitäten: Das sind Medikamente, die in einer bereits fertigen Packung mit gleicher Markenbezeichnung, Zusammensetzung und gleichem Packungsinhalt vertrieben werden (z.B. Aspirin).
- Magistrale Zubereitungen: Das sind Produkte, die im Einzelfall in der Apotheke nach Rezept hergestellt werden (z.B. Pulver, Salben, Tropfen).

Sonstige Mittel sind Mittel, die der Beseitigung oder Linderung einer Krankheit oder der Sicherung des Heilerfolgs dienen (z.B. Schlammpräparate).

Wie erhalten Sie Ihre Medikamente?

In Österreich sind die meisten Medikamente rezeptpflichtig. Das bedeutet, dass für den Bezug eines Medikaments eine **ärztliche Verordnung** (ein Rezept) notwendig ist.

Wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, können Sie Ihre Medikamente in öffentlichen Apotheken und in der Hausapotheke eines Arztes beziehen. Es dürfen jedoch nur jene Arzneimittel abgegeben werden, die in Österreich zugelassen und im Erstattungskodex angeführt sind.

Der **Erstattungskodex** ist eine Liste mit Medikamenten, die in Österreich zugelassen sind. Für im Grunde jede Erkrankung stehen verschiedene therapeutische Alternativen zur Verfügung, welche auch vom zuständigen Dachverband der österreichischen Sozialversicherung geprüft und zu – auch im Sinne der Solidargemeinschaft vertretbaren – Konditionen durch die soziale Krankenversicherung bezahlt werden.

Auch ist der gesetzliche Grundsatz zu beachten, dass für Akutkrankheiten Medikamentenpackungen zur Verfügung stehen, die den Regelbedarf abdecken, sowie für längere bzw. chronische Erkrankungen eine Medikamentenpackung, welche den Monatsbedarf abdeckt.

Sogenannte Großpackungen werden in der Regel daher nicht von der sozialen Krankenversicherung übernommen, da ein gewisser Eigenanteil pro Monat geleistet werden muss. Auf der anderen Seite besteht vielfach auch die Problematik, dass Medikamente dann entsorgt werden oder etwa, bedingt durch eine Neuerkrankung oder Therapieumstellung, gar nicht mehr benötigt würden.

Können Sie auch ein Medikament beziehen, welches nicht im Erstattungskodex angeführt ist?

Arzneispezialitäten und Stoffe für magistrale Zubereitungen können Ihnen nur dann auf Rechnung der SVS gegeben werden, wenn sie im Erstattungskodex angeführt werden.

Arzneispezialitäten, die nicht im Erstattungskodex angeführt sind, können nur in begründeten Einzelfällen auf Kosten der SVS verschrieben werden. Sollte ein Arzt ein solches Medikament verordnen, so hat grundsätzlich er für die Einholung der notwendigen chefärztlichen Bewilligung zu sorgen. Insbesondere hat er zu begründen, warum die therapeutischen Alternativen aus dem Erstattungskodex nicht zielführend sind.

In manchen Fällen (etwa bei einem Wahlarzt ohne Anbindung an das elektronische Arzneimittelbewilligungsservice, der ein Medikament außerhalb des Erstattungskodex verschreibt) müssen Sie selbst die Bewilligung für ein Medikament bei der SVS einholen.

Der Ablauf ist in diesem Fall ganz einfach:

1. Nutzen Sie einfach unser Online-Service zur Einreichung von Bewilligungsanträgen und schicken Sie Ihre Unterlagen mit der Handysignatur an uns.

2. Wir überprüfen das Rezept und

3. antworten Ihnen zeitnah.

Das Bewilligungsservice der SVS steht Ihnen von Montag bis Freitag: 07.00 – 19.30 Uhr und telefonisch zum Ortstarif unter: 0810 102 552-40 zur Verfügung.

Außerhalb dieser Öffnungszeiten eingelangte Rezepte werden am nächsten Arbeitstag bearbeitet.

Dieser Service kann von SVS Vertragsärzten, Apothekern, Wahlärzten mit Rezeptbefugnis und Patienten in Anspruch genommen werden.

Warum braucht es überhaupt bei manchen Medikamenten eine chefärztliche Bewilligung, wo es doch von einem Arzt verschrieben wurde?

Die gesamte soziale Krankenversicherung in Österreich wendet derzeit rund 3,7 Milliarden Euro pro Jahr für Medikamente auf. Und dies auch nur im niedergelassenen Bereich (also ohne die Spitäler).

Als Solidargemeinschaft sind wir zu einem optimalen Mitteleinsatz im Interesse der Beitragszahler verpflichtet und müssen gleichzeitig die optimale Medikamentenversorgung im Interesse unserer Kunden sicherstellen.

Deshalb gibt es bei bestimmten, vor allem hochpreisigen Präparaten manchmal eine chefärztliche Bewilligungspflicht. Oft wissen wir, dass ein bestimmtes Medikament nur in ganz bestimmten medizinischen Sondersituationen tatsächlich einen Mehrnutzen für den Patienten besitzt, und es muss daher überprüft werden, ob im Einzelfall dieser Nutzen gegeben ist oder mit günstigeren Alternativen ebenso das Auslangen gefunden werden kann.

Jedoch läuft hier in der Regel dann bei der Bewilligung das Rezept und nicht der Kunde, weil Vertragsärzte an das elektronische Bewilligungssystem angeschlossen sind und oft binnen weniger Minuten eine Entscheidung getroffen werden kann. Wichtig ist in diesen Fällen immer eine medizinische Begründung des verordnenden Arztes.

Generika

Generika sind eine moderne, patentfreie Version von bewährten und erprobten Arzneimitteln, die seit Jahren in der Praxis erfolgreich eingesetzt werden. Sie enthalten die gleichen Wirkstoffe in der gleichen Konzentration wie die Ursprungsarzneien, können aber wesentlich preiswerter hergestellt werden.

Sobald der Patentschutz eines Präparates abgelaufen ist, dürfen andere Arzneimittelhersteller das Produkt ebenfalls erzeugen und unter einem anderen Namen verkaufen. Da für diese Nachfolgepräparate weder Forschungs- noch Entwicklungskosten anfallen, können sie zu einem wesentlich günstigeren Preis als das „Original" auf den Markt gebracht werden. Generika unterliegen genauso wie die Originalarzneimittel strengsten Kontrollen.

Der Einsatz dieser Generika soll dazu beitragen, die Medikamentenkosten wirksam und nachhaltig einzudämmen und vorhandene Mittel ökonomischer einzusetzen.

Müssen Sie ein bewilligungspflichtiges Medikament über einen längeren Zeitraum nehmen?

In diesem Fall kann Ihr behandelnder Arzt bei der SVS einen Antrag stellen, dieses Medikament für bis zu zwölf Bezüge zu bewilligen.

Können Sie ein Medikament auch übers Internet beziehen?

Entsprechend gesetzlicher Bestimmungen ist die Abgabe von Arzneimitteln in Selbstbedienung oder durch Versandhandel in Österreich grundsätzlich verboten.

Es ist jedoch ein Bezug im Fernabsatz von in Österreich zugelassenen nicht rezeptpflichtigen Arzneien in einer dem üblichen persönlichen Bedarf entsprechenden Menge erlaubt. In diesem Fall müssen Sie das Medikament aus einem Land des europäischen Wirtschaftsraumes von einer dort zum Versand befugten Apotheke beziehen. Eine Kostenerstattung ist aber mangels ärztlicher Verordnung nicht möglich.

Können Sie ein Medikament auch im Ausland beziehen?

Beziehen Sie ein Medikament im Ausland, so ist eine Vergütung der Kosten bis zur Höhe jenes Betrages möglich, welcher bei Bezug in Österreich zu bezahlen wäre. Bitte beachten Sie dabei die eingangs beschriebenen „Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen" (RöV).

Welche Beschränkungen für Arzneimittel gibt es zusätzlich zu den Richtlinien?

Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, dass manche Produkte im Allgemeinen nicht zur Krankenbehandlung eingesetzt werden oder der Nachweis der evidenzbasierten Wirksamkeit nicht erbracht wurde. Diese Produkte können generell nicht auf Kosten der SVS bezogen werden. Hier einige Beispiele:

- Medizinalweine und weinhaltige Zubereitungen
- Mineral- und andere Wässer
- Badezusätze ohne nachgewiesene therapeutische Wirkung
- Kosmetika
- Mittel zur Entwöhnung vom Nikotingebrauch
- Aktivierungs- und Revitalisierungsmittel
- Potenzmittel
- Arzneimittel zur Empfängnisverhütung
- Arzneimittel für die körperliche Hygiene
- Arzneimittel zur Unterstützung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen (z.B. Appetitzügler)
- Homöopathische Mittel, etc.

Medikamente & Rezeptgebührenbefreiung

Sie bekommen Ihre Medikamente gegen eine **Rezeptgebühr** von 7,55 Euro (Wert 2026) pro Verschreibung in der Apotheke. Die Heilmittel müssen von einem unserer Vertragsärzte auf einem Rezept der SVS verordnet sein.

Bei Vorliegen bestimmter Umstände bzw. einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit kann eine **Rezeptgebührenbefreiung** zum Tragen kommen.

Dabei gibt es Befreiungen, die automatisch für die Dauer des vorliegenden Befreiungsgrundes (also grundsätzlich unbefristet) erfolgen:

- Bei bestimmten anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten (z.B. Tuberkulose, infektiöse Hepatitis). Diese Befreiung gilt nicht für die Person, sondern für die Krankheit. Das bedeutet, sie gilt nur für jene Medikamente, die im Zusammenhang mit der betreffenden Krankheit stehen.

- Bei Bezug einer Ausgleichszulage zur Pension: Die Befreiung von der Rezeptgebühr gilt in diesem Fall für die versicherte Person sowie ihre mitversicherten Angehörigen.
- Bei Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze: Sollten Sie pro Kalenderjahr die gesetzlich festgelegte Obergrenze für die Entrichtung von Rezeptgebühren (das sind zwei Prozent des jeweiligen Jahresnettoeinkommens) erreichen, wird keine Rezeptgebühr mehr eingehoben. Der Minimumbetrag ist der aktuelle Ausgleichszulagenrichtsatz (1.308,39 Euro, Wert 2026). Das Erreichen der Obergrenze wird über das Stecken der e-card beim Arzt angezeigt, der dann mit einem zweiten Stempel am Rezept die Befreiung für den Apotheker ersichtlich macht. Ab dem nächstfolgenden Jahresersten fällt die Rezeptgebührenbefreiung wieder automatisch weg.

Weiters besteht eine Befreiungsmöglichkeit auf Antrag aufgrund besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit. Wichtig ist, dass diese Befreiung generell befristet ausgestellt wird, da sich Einkommens-, Belastungs- und Familiensituationen ändern können.

Besonderheiten für Gewerbetreibende und Neue Selbständige:
Besondere soziale Schutzbedürftigkeit gilt in der Regel, wenn das monatliche Einkommen einer Einzelperson 1.308,39 Euro nicht übersteigt. Für Ehepaare oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt beträgt die Einkommensgrenze 2.064,12 Euro. Haben Sie infolge Krankheit oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben zu tragen, erhöht sich die jeweilige Einkommensgrenze um 15 Prozent. Wenn Sie Kinder haben, wird die jeweilige Einkommensgrenze pro Kind um 201,88 Euro angehoben, sofern deren Nettoeinkommen unter 481,23 Euro liegt. Alle Werte gelten für das Jahr 2026. Leben im gemeinsamen Haushalt weitere Personen mit eigenem Einkommen, wird dieses berücksichtigt.

Besonderheiten für Bauern:
Auf Antrag ist eine Rezeptgebührenbefreiung bei der SVS für aktiv erwerbstätige Versicherte wegen geringen Einkommens möglich, wenn der Einheitswert des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes 6.800 Euro (bei alleinstehenden Betriebsführern) bzw. 10.800 Euro (bei verheirateten bzw. in eingetragener Partnerschaft lebenden Betriebsführern), (Werte 2026) nicht übersteigt.

Eine weitere Möglichkeit eines Antrags besteht für Personen, welche infolge Krankheit oder Gebrechen eine hohe Belastung mit Rezeptgebühren UND Kostenanteilen für Heilbehelfe/Hilfsmittel aufweisen:

- Aktiv erwerbstätige Versicherte bis zu folgenden Einheitswertgrenzen: bei alleinstehenden Betriebsführern bis zu 7.700 Euro Einheitswert und bei verheirateten bzw. in eingetragener Partnerschaft lebenden Betriebsführern bis zu 13.500 Euro Einheitswert (Werte 2026)
- Pensionisten, deren monatliches Gesamteinkommen den um 15 Prozent erhöhten Ausgleichszulagenrichtsatz nicht übersteigt. Bei alleinstehenden Pensionisten beträgt der erhöhte Ausgleichszulagenrichtsatz 1.504,65 Euro.
  Bei verheirateten bzw. in eingetragener Partnerschaft lebenden Pensionisten beträgt der erhöhte Ausgleichszulagenrichtsatz 2.373,74 Euro (Werte 2026).

Diese Einkommensgrenzbeträge erhöhen sich für jedes anspruchsberechtigte Kind bei aktiv erwerbstätigen Versicherten um einen Einheitswert von 1.000 Euro bzw. um 201,88 Euro bei Pensionisten (Werte 2026).

Von der SVS wird geprüft, ob eine unzumutbare Belastung mit Rezeptgebühren gegeben ist. Es werden dabei nur jene Medikamente berücksichtigt, für die eine Rezeptgebühr entrichtet wurde. Angefallene Kostenanteile für Heilbehelfe/Hilfsmittel fließen ebenfalls in die Belastungsberechnung ein.

Eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit kann auch darin begründet sein, dass schwere Erkrankungen, wie z.B. Krebs, vorliegen, die zu außergewöhnlichen Belastungen mit Rezeptgebühren und Kostenanteilen führen können.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Heilbehelfe

Heilbehelfe dienen der Heilung, Besserung und auch der Vorbeugung. Darunter fallen etwa Brillen, Bauchmieder und orthopädische Schuheinlagen.

Voraussetzung für den Leistungsbezug ist eine entsprechende ärztliche Verordnung. „Kleine" Heilbehelfe wie z.B. Bandagen, Nabelbruchbänder oder Gummistrümpfe können Sie damit unmittelbar beim Vertragspartner (in diesen Fällen handelt es sich immer um anerkannte Fachgeschäfte) beziehen. Ansonsten benötigen Sie zudem eine Bewilligung Ihres SVS Kundencenters. Die Vertragspartner verrechnen direkt mit der SVS.

Wichtig ist weiters, dass die Kosten grundsätzlich bis zu einem maximalen Betrag von 2.310 Euro (inkl. MwSt., Wert 2026) übernommen werden können und dass Sie allfällige besondere Wünsche ohne medizinische Begründung (speziellere Ausführungen) selbst bezahlen müssen.

Wenn Sie keinen Vertragspartner in Anspruch nehmen, müssen Sie die ärztliche Verordnung, unsere Bewilligung sowie die (Original)Rechnung samt Zahlungsbestätigung mit einem Antrag auf Vergütung der Kosten bei der SVS einreichen, wobei ein Kostenersatz dann ausgeschlossen ist, wenn es sich um kein anerkanntes Fachgeschäft handelt (nähere Ausführungen dazu siehe Seite 75 und 76 – „Kostenrückerstattung").

Für aufgrund Ihres Verschuldens verloren gegangene oder infolge fahrlässiger Behandlung unbrauchbar gewordene Heilbehelfe können wir ebenfalls keine Kosten übernehmen.

Wir bitten um einen sorgsamen Umgang und weiters auch um Verständnis dafür, dass im Interesse der gesamten Versichertengemeinschaft gewisse Mindestgebrauchsdauern vorgesehen sind. So ist etwa ein Anspruch auf neue Kontaktlinsen erst nach einem zweijährigen Gebrauch der „alten" gegeben. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn eine medizinische Notwendigkeit für die Neuversorgung besteht. Um beim Beispiel zu bleiben: sich etwa die Sehschärfe wesentlich geändert hat.

Hilfsmittel

Hilfsmittel dienen – im Gegensatz zu Heilbehelfen – nur als Hilfe bei körperlichen Gebrechen. Darunter fallen unter anderem Prothesen, Krücken, Hörapparate und Rollstühle. In der Regel wird die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile ersetzt oder eine mit einem Gebrechen verbundene Beeinträchtigung gemildert.

Voraussetzung für den Leistungsbezug ist eine entsprechende ärztliche Verordnung und eine Bewilligung Ihres SVS Kundencenters. Die Vertragspartner verrechnen direkt mit der SVS.

Wichtig ist weiters, dass die Kosten grundsätzlich bis zu einem maximalen Betrag von 2.310 Euro (inkl. MwSt., Wert 2026) übernommen werden können und dass Sie allfällige besondere Wünsche (speziellere Ausführungen) selbst bezahlen müssen.

Wenn Sie keinen Vertragspartner in Anspruch nehmen, müssen Sie die ärztliche Verordnung, unsere Bewilligung sowie die (Original)Rechnung samt Zahlungsbestätigung mit einem Antrag auf Vergütung der Kosten bei der SVS einreichen, wobei ein Kostenersatz dann ausgeschlossen ist, wenn es sich um kein anerkanntes Fachgeschäft handelt (nähere Ausführungen dazu siehe Seite 75 und 76 – „Kostenrückerstattung").

Für aufgrund Ihres Verschuldens verloren gegangene oder infolge fahrlässiger Behandlung unbrauchbar gewordene Hilfsmittel können wir ebenfalls keine Kosten übernehmen.

Wir bitten um einen sorgsamen Umgang und weiters auch um Verständnis dafür, dass im Interesse der gesamten Versichertengemeinschaft gewisse Mindestgebrauchsdauern vorgesehen sind.

So ist etwa ein Anspruch auf ein neues Hörgerät erst nach einem fünfjährigen Gebrauch des „alten" gegeben. Eine Ausnahme besteht nur dann, wenn eine medizinische Notwendigkeit für die Neuversorgung besteht, wenn etwa aus medizinischen Gründen mit dem bisherigen Gerät nicht mehr das Auslangen gefunden werden kann.

Auch können Hilfsmittel, die nur vorübergehend gebraucht werden und ohne gesundheitliche Gefahr von mehreren Personen benützt werden können, von Vertragspartnern leihweise zur Verfügung gestellt werden, z.B. Krücken oder Krankenfahrstühle.

Bei weiterführenden Fragen zu Heilbehelfen und Hilfsmitteln, etwa zu Themen wie einer Reparatur, kontaktieren Sie gerne Ihr SVS Kundencenter.

Heilbehelfe, Hilfsmittel & Kosten

Grundsätzlich gilt, dass seitens der SVS dann Kosten übernommen werden können, wenn der Kassentarif den Betrag von 46,20 Euro (Wert 2026) übersteigt (Mindestselbstbehalt bzw. -kostenanteil). Kosten Heilbehelfe oder Hilfsmittel weniger, sind diese gänzlich selbst zu zahlen.

Bei Brillen und Kontaktlinsen beträgt der Mindestkostenanteil abweichend 138,60 Euro (Wert 2026). Die Kosten für Gleitsicht- und Trifokalgläser werden nicht übernommen. Bei Kontaktlinsen ist auch stets eine medizinische Begründung nötig sowie eine vorherige Bewilligung durch das SVS Kundencenter.

Weiters können Kosten grundsätzlich nur bis maximal 2.310 Euro (inkl. MwSt.) (Wert 2026) übernommen werden. Der Kostennanteil wird nachträglich vorgeschrieben bzw. von der Pension einbehalten.

Kostenanteil für Gewerbetreibende und Neue Selbständige:
Der generelle Kostenanteil bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln beträgt 20 Prozent.

Bei „teureren" Heilbehelfen und Hilfsmitteln müssen Sie vor dessen Bezug bei der SVS eine Kostenübernahmeerklärung verlangen. Diese Kostenübernahmeerklärung übergeben Sie dem Vertragspartner beim Bezug des Heilbehelfs bzw. Hilfsmittels.

In bestimmten Fällen werden die Kosten von der SVS auch dann übernommen, wenn diese unter dem Mindestkostenanteil von 46,20 Euro (Wert 2026) liegen:

- ständig benötigte Heilbehelfe (z.B. Colostomie, Inkontinenzversorgung) und Hilfsmittel, die nur einmal oder kurzfristig verwendet werden können
- bei geliehenen Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- bei Reparatur von Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Auch in diesen Fällen müssen Sie einen 20-prozentigen Selbstbehalt bezahlen.

Kostenanteil für Bauern:
Der generelle Kostenanteil bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln beträgt 10 Prozent.

Der Mindestkostenanteil von 46,20 Euro (Wert 2026) gilt nicht für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die nur einmal oder kurzfristig verwendet werden können und daher mindestens einmal im Monat erneuert werden müssen.

Achtung: Wenn Sie eine spezielle, nicht medizinisch nötige Ausführung bei Ihrem Heilbehelf oder Hilfsmittel wollen, müssen Sie die Mehrkosten selbst zahlen!

Befreiungen bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Für Gewerbetreibende und Neue Selbständige:
Keinen Kostenanteil zu bezahlen haben

- Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Kinder, welche als anspruchsberechtigte Angehörige bei den Eltern „mitversichert" sind
- Versicherte bzw. Angehörige, für die Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht
- Personen, die von der Rezeptgebühr (jedoch nicht aufgrund der Rezeptgebührenobergrenze) befreit sind
- Personen, denen Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation gewährt werden

Die Befreiungen gelten auch für den Mindestkostenanteil.

Weiters können Sie per Antrag vom Kostenanteil, nicht jedoch vom Mindestkostenanteil, befreit werden:

- für die Dauer einer Chemo- oder Strahlentherapie
- für die Dauer einer Dialysebehandlung
- im Falle einer Organtransplantation
- bei einer mindestens 50-%igen Behinderung (lt. Behindertenausweis)
- bei einer Einstufung als Schwerversehrter
- für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die aus der medizinischen Rehabilitation erbracht werden

In diesem Fall müssen Sie jedenfalls den Mindestkostenanteil in der Höhe von 46,20 Euro bezahlen.

Für Bauern:

Keinen Kostenanteil zu bezahlen haben:

- Versicherte, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Kinder, welche als anspruchsberechtigte Angehörige bei den Eltern „mitversichert" sind
- Versicherte bzw. Angehörige, für die Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe besteht
- Personen, die von der Rezeptgebühr (jedoch nicht aufgrund der Rezeptgebührenobergrenze) befreit sind
- Personen, denen Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation gewährt werdenn

Die Befreiungen gelten auch für den Mindestkostenanteil.

Weiters können Sie per Antrag vom Kostenanteil, nicht jedoch vom Mindestkostenanteil, befreit werden:

- für die Dauer einer Chemo- oder Strahlentherapie

In diesem Fall müssen Sie jedenfalls den Mindestkostenanteil in der Höhe von 46,20 Euro bezahlen.

Anstaltspflege in Krankenanstalten

- Anstaltspflege wird gewährt, sofern der Versicherungsfall der Krankheit eintritt, der Zustand eine Krankenbehandlung notwendig macht und mit ambulanter Krankenbehandlung oder medizinischer Hauskrankenpflege kein ausreichendes Auslangen mehr gefunden werden kann. Die Anstaltspflege ist für die Dauer der Krankheit zu gewähren, wenn und solange die Krankheit eine stationäre Versorgung in einer Krankenanstalt erfordert.
- Die sogenannten Asylierungsfälle, in denen die stationäre Aufnahme in eine Krankenanstalt nicht mit der Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung bedingt ist, begründen keine Leistungspflicht der SVS. In solchen Fällen reiner Pflegebedürftigkeit können Pflegeorganisationen oder aber die Länder weiterführende Informationen bereitstellen.
- Bei der Aufnahme in eine Krankenanstalt zum Zweck der Anstaltspflege wird der Krankenversicherungsschutz durch die Vorlage der e-card nachgewiesen.

Kostenbeteiligung der Versicherten nach dem GSVG

- Die Anstaltspflege erfolgt grds. in Krankenanstalten im Sinne des „Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)". Der Regelfall ist die stationäre Aufnahme in einer Krankenanstalt, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert wird.
- Die Behandlung erfolgt vorrangig in der allgemeinen Gebührenklasse der Krankenanstalt. Steht die Krankenanstalt in einem Vertragsverhältnis mit der SVS, wird die Anstaltspflege als Sachleistung erbracht. Für die gewährte Anstaltspflege ist ein krankenanstaltenrechtlicher Kostenbeitrag (sogenannter Spitalskostenbeitrag) zu leisten. Dieser ist für maximal 28 Kalendertage pro Jahr, in Oberösterreich für höchstens 25 Kalendertage, zu zahlen. Die Höhe des Kostenbeitrags hängt vom jeweiligen Bundesland ab.
- Von der krankenanstaltenrechtlichen Beitragspflicht sind befreit insbesondere
  - → Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
  - → Fälle der Anstaltspflege im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall der Mutterschaft,
  - → Fälle der Anstaltspflege im Zusammenhang mit Organspenden
  - → sowie Fälle einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit iSd Gesetzes.

- Auf eigenen Wunsch kann die Anstaltspflege in einer höheren Klasse (Sonderklasse) gewählt werden. Sachleistungsberechtigte Versicherte nach dem GSVG tragen die hierfür anfallenden Mehrkosten selbst. Geldleistungsberechtigten Versicherten nach dem GSVG gebührt ein Kostenersatz für Sondergebühren und Operationen nach Maßgabe der SVS-Satzung (vgl. die Bestimmungen auf Seite 64).
- Besteht ein Anspruch auf Anstaltspflege und wird diese in einer Krankenanstalt gewährt, die in keinem Vertragsverhältnis zur SVS steht, gebührt ein Pflegekostenzuschuss gemäß der SVS-Satzung. Auch in diesen Fällen ist der krankenanstaltenrechtliche Kostenbeitrag zu leisten.

Kostenbeteiligung der Versicherten nach dem BSVG

- Die Anstaltspflege ist als Sachleistung vorrangig in der allgemeinen Gebührenklasse einer über den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalt zu gewähren.
- Versicherte und Angehörige nach dem BSVG haben bei Inanspruchnahme der Anstaltspflege einen Kostenbeitrag gemäß § 447f Abs 7 ASVG zu entrichten. Der Kostenbeitrag ist für höchstens 28 Kalendertage pro Jahr zu zahlen.
- Von der Beitragspflicht ausgenommen sind insbesondere stationäre Aufenthalte:
  - → im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall der Mutterschaft,
  - → im Zusammenhang mit Organspenden,
  - → bei anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten,
  - → bei Dialysebehandlungen
  - → sowie bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.
- Darüber hinaus sind Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von der Beitragspflicht befreit.
- Besteht ein Anspruch auf Anstaltspflege und wir diese in einer Krankenanstalt gewährt, die in keinem Vertragsverhältnis zur SVS steht, gebührt ein Pflegekostenzuschuss nach Maßgabe der SVS-Satzung. In diesem Fall wird vom Pflegekostenzuschuss ein Kostenbeitrag iHv 10 % abgezogen.

Medizinische Hauskrankenpflege

Medizinische Hauskrankenpflege darf nur durch diplomierte Krankenpfleger auf ärztliche Anordnung erbracht werden und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und „qualifizierte" Pflegeleistungen wie Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung und dergleichen.

Nicht zur medizinischen Hauskrankenpflege zählen die Grundpflege (Haut-, Haar- und Zahnpflege, Reichen der Leibschüssel) und hauswirtschaftliche Versorgung (Bettenmachen, Essen kochen etc.). Dafür können wir keine Kosten übernehmen.

Wenn Sie als Gewerbetreibender oder Neuer Selbständiger die medizinische Hauskrankenpflege von unseren Vertragspartnern beanspruchen, gilt sie als Sachleistung. Sie müssen nichts zuzahlen.

Als bäuerlicher Versicherter zahlen Sie grundsätzlich einen Kostenanteil von 20 Prozent.

Wird kein Vertragspartner in Anspruch genommen, zahlen wir Ihnen einen Zuschuss zur medizinischen Hauskrankenpflege.

Medizinische Rehabilitation

Medizinische Rehabilitation findet im Anschluss an eine Krankenbehandlung statt. Sie soll den Gesundheitszustand so weit wiederherstellen, dass ein Leben ohne Betreuung und Hilfe längerfristig möglich ist.

Zur medizinischen Rehabilitation zählt zum Beispiel:

- die Unterbringung in Rehabilitationszentren (Gesundheitseinrichtungen der SVS oder Vertragseinrichtungen)
- die Kostenübernahme von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln (z.B. Rollstühle, Krücken)
- die Kostenübernahme von Heilmitteln (z.B. Medikamente) und Heilbehelfen (z.B. Brillen, Stützstrümpfe, orthopädische Schuheinlagen)
- unter bestimmten Voraussetzungen die Übernahme von Reise- oder Transportkosten

Ergänzende berufliche Maßnahmen (z.B. Ersatzarbeitskräfte, Umschulung) und soziale Maßnahmen (z.B. Darlehen zum behindertengerechten Wohnungsumbau) der Rehabilitation werden von der SVS aus der Unfallversicherung (bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten) oder der Pensionsversicherung gewährt.

Maßnahmen der Rehabilitation müssen meist beantragt werden. In Ausnahmefällen wird die SVS auch von sich aus tätig. Wenn Sie sich im Krankenhaus befinden, kann das Krankenhaus auch direkt den Antrag auf Maßnahmen der Rehabilitation stellen bzw. können über die Sozialberatung im Krankenhaus die Maßnahmen eingeleitet werden.

Auch wenn Sie in einer Krankenanstalt untergebracht sind, die vorwiegend der Rehabilitation dient, müssen Sie einen Kostenbeitrag zahlen. Die Zuzahlung beträgt je nach Einkommenshöhe bzw. Einheitswert 11,06 Euro, 18,96 Euro oder 26,87 Euro pro Tag (Werte 2026). Sie müssen ihn für maximal 28 Tage bezahlen. Bei sozialer Schutzbedürftigkeit sind Sie von der Zuzahlung befreit.

Heilverfahren

Die SVS bietet Ihnen zur Festigung Ihrer Gesundheit Heilverfahren an, welche im Sprachgebrauch oft als Kuren bezeichnet werden. Das Ziel ist es, Ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen. Die SVS kann Versicherten und Pensionsbeziehern Heilverfahren gewähren. Es handelt sich dabei um eine freiwillige Leistung und es besteht kein Rechtsanspruch darauf. Bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit können Sie bis zu zwei Aufenthalte innerhalb von fünf Jahren in Anspruch nehmen.

Folgende Maßnahmen sind möglich:

- Heilverfahren
- Ambulante (Nach-)Behandlungen und Trainingsmaßnahmen
- unter bestimmten Voraussetzungen die Übernahme von Reise- oder Transportkosten

Der Antrag muss vom Hausarzt oder Facharzt gestellt werden und vom Versicherten unterfertigt werden. Die medizinische Notwendigkeit muss durch den behandelnden Arzt begründet werden. Vor Antritt eines Aufenthaltes ist jedenfalls die Entscheidung der SVS über den eingebrachten Antrag abzuwarten. Eine nachträgliche Kostenübernahme ist nicht möglich.

Für ein Heilverfahren müssen Sie je nach Einkommenshöhe bzw. Einheitswert eine tägliche Zuzahlung von 11,06 Euro, 18,96 Euro oder 26,87 Euro (Werte 2026) leisten. Bei sozialer Schutzbedürftigkeit sind Sie von der Zuzahlung befreit.

Transportkosten und Reisekosten

Transportkosten

Wenn Sie ins Spital, zum Arzt oder zu einer der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistung, wie z.B. Physiotherapie, müssen und aufgrund ihres körperlichen Zustandes (selbst mit Unterstützung einer Begleitperson) kein öffentliches Verkehrsmittel (Bus, Bahn, etc.) benutzen können, übernehmen wir Ihre notwendigen Transportkosten zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsstelle (Vertragspartner). Wollen Sie einen weiter entfernten Arzt etc. beanspruchen, müssen Sie die Mehrkosten selbst übernehmen. Das gilt auch, wenn Sie vom Spital oder Arzt wieder nach Hause fahren.

Achtung: Voraussetzung für die Kostenübernahme: Eine ärztliche Bestätigung (Transportauftrag), dass Ihr körperlicher und geistiger Zustand den Transport notwendig macht!

Serientransporte müssen durch unsere SVS Kundencenter vor den Transporten genehmigt werden.

Den Krankentransport mit einem Sanitätsfahrzeug bieten wir allen unseren Versicherten als Sachleistung. Sie müssen lediglich (sofern keine Befreiung vorliegt) im Nachhinein den üblichen Selbstbehalt von 20 Prozent bezahlen.

Auch für Krankenbeförderungen mit einem Taxi bzw. Mietwagenunternehmen haben wir mit einigen Firmen bereits Verträge zur direkten Kostenverrechnung abgeschlossen. Sie können die einzelnen Unternehmen in den SVS Kundencentern erfragen.

Wenn Sie ein Taxi- oder Mietwagenunternehmen nutzen, das keinen Vertrag mit uns hat, oder die Beförderung mit einem Privatfahrzeug (z.B. durch einen Familienangehörigen oder einen Bekannten) erfolgt, leisten wir ein Kostenersatz in Höhe von 50 Prozent des amtlichen Kilometertarifes (derzeit 0,25 Euro).

Details zu den Voraussetzungen für die Inanspruchnahme eines Krankentransports auf Kosten der SVS (z.B. zum Erfordernis der Gehunfähigkeit) erfahren Sie in unseren SVS Kundencentern.

Reisekosten

Reisefahrtkosten zu diversen Behandlungsstellen werden ersetzt, wenn

- sie aufgrund besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit von der Rezeptgebühr befreit sind und
- der nächsterreichbare geeignete Vertragspartner mehr als 40 km entfernt ist

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

Für Entfernungen von mehr als 40 km bis 60 km werden (unabhängig vom verwendeten Verkehrsmittel) pauschal 7 Euro bzw. bei Fahrten mit einer notwendigen Begleitperson 10 Euro bezahlt.

Für Entfernungen ab 60 km beträgt der Kilometersatz 0,14 bzw. (mit Begleitperson) 0,21 Euro. Höhere als die tatsächlich entstandenen Kosten werden in keinem Fall ersetzt.

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

Details zu den Voraussetzungen für den Ersatz von Reisefahrtkosten (z.B. Fälle, in denen Kosten auch ohne Befreiung von der Rezeptgebührt ersetzt werden) erfahren Sie in unseren SVS Kundencentern.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Sie haben grundsätzlich die Wahl, ob Sie Ihre ärztliche Behandlungen bei einem Vertrags- oder Wahlzahnarzt durchführen lassen. Vertragsärzte stehen in einem Vertragsverhältnis mit der SVS, Wahlärzte haben keine entsprechenden Verträge.

Bei Wahlzahnärzten ist darauf hinzuweisen, dass diese in der Tarifgestaltung völlig frei sind. Es empfiehlt sich daher, speziell bei teuren Behandlungen, beim Wahlzahnarzt vorab die Kosten zu klären. Auch sind die Kosten von Ihnen zunächst zur Gänze selbst zu zahlen. Nutzen Sie die Möglichkeit, mit einem entsprechenden Kostenvoranschlag über die geplanten Behandlungen die Höhe der Kostenerstattung vorab mit der SVS zu klären.

Nachfolgend informieren wir Sie über die wichtigsten Aspekte der zahnmedizinischen Leistungen, die sich in mehrere Bereiche gliedern. Dies sind die Zahnbehandlung, der Zahnersatz sowie die Zahnspangen.

Zahnbehandlung

Ein Zahnarzt kann konservierende Zahnbehandlungen durchführen, um die Zähne zu erhalten (z.B. Plombieren), oder auch chirurgische Zahnbehandlungen (z.B. Operationen wie Zahn- oder Wurzelentfernung).

Kosten für Gewerbetreibende und Neue Selbständige:
Bei konservierender und chirurgischer Zahnbehandlung gelten bezüglich Kostenbeteiligung dieselben Regelungen wie bei anderen Ärzten. Ein Sachleistungsberechtigter muss beim Zahnarzt mit SVS Vertrag nur die e-card vorlegen und nichts bezahlen. Im Nachhinein wird ein 20-prozentiger Kostenanteil verrechnet.

Beim Wahlarzt hat man als Sachleistungsberechtigter die Rechnung selbst zu zahlen. Nach Einreichung bei der SVS erhält man maximal den Betrag, den die SVS einem Vertrags-Zahnarzt bezahlt hätte, ersetzt. Davon abgezogen wird der 20-prozentige Selbstbehalt und der Kostenersatz beträgt maximal 80 Prozent der tatsächlichen Kosten.Auch besteht hier bei Leistungen mit 20-prozentigem Selbstbehalt die Möglichkeit für Sachleistungsberechtigte, den Selbstbehalt auf 10 bzw. auf 5 Prozent zu reduzieren.

Hinsichtlich der Befreiungsmöglichkeiten verweisen wir auf die Ausführungen zur Ärztlichen Hilfe.

Kosten für Bauern:
Bei Vertragszahnbehandlern sind mit der Vorlage der e-card alle Kosten der chirurgischen und konservierenden Zahnbehandlung abgedeckt. Es ist nur der pauschale Behandlungsbeitrag von 13,36 Euro pro Quartal (Wert 2026) zu bezahlen.

Wird die Zahnbehandlung in einem Ambulatorium in Anspruch genommen, beträgt in diesem Fall der Kostenanteil 20 Prozent des Tarifs.

Kinder, die als anspruchsberechtigte Angehörige bei den Eltern mitversichert sind, sind vom Behandlungsbeitrag bzw. von einer Kostenbeteiligung befreit.

Bei Wahlzahnärzten müssen Sie die Behandlungskosten zunächst zur Gänze selbst bezahlen und können dann nach Einsendung der saldierten Originalhonorarnote einen an den Vertragstarifen orientierten Kostenersatz unter Berücksichtigung eines Selbstbehalts von 20 Prozent rückerstattet bekommen.

Zahnersatz

Zahnersatz gibt es in abnehmbaren und festsitzenden Varianten. Grundsätzlich übernimmt die SVS nur Kosten für den unentbehrlichen Zahnersatz. Der unentbehrliche Zahnersatz ist jener, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen. Dies ist in der Regel die abnehmbare Version. Beispiele für abnehmbaren Zahnersatz sind etwa Teilprothesen aus Kunststoff oder Metall.

Vor Anfertigung des Zahnersatzes muss Ihr Zahnarzt auf der Vorderseite des Ersatz-Zahnscheins einen Antrag stellen. Diesen Beleg müssen Sie der SVS vor Beginn der Zahnersatzarbeiten zur Bewilligung vorlegen.

Kunstharzprothesen haben eine Mindestgebrauchsdauer von vier Jahren. Andere Varianten (Metallgerüstprothesen, Vollmetallkronen etc.) haben in der Regel eine Mindestgebrauchsdauer von sechs Jahren. Davor ist ein Antrag Ihres Zahnarztes auf Neuherstellung nur sinnvoll, wenn eine Änderung des Bedarfs medizinische Gründe hat.

Ein Anspruch auf festsitzenden Zahnersatz als Pflichtleistung aus der Krankenversicherung besteht nur, wenn eine Versorgung mit einem abnehmbaren Zahnersatz aus besonderen medizinischen Gründen nicht möglich ist. Dies ist insbesondere bei Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Tumorpatienten in der postoperativen Rehabilitation, Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation und Patienten mit extremen Kieferrelationen und Patienten mit Aplasie im Bereich der Zähne 1 bis 5 im Ober- bzw. Unterkiefer der Fall.

Für Zahnersatzleistungen ist grundsätzlich ein Kostenanteil von 20 Prozent zu leisten. Bei Metallgerüstprothesen und deren Reparatur, Voll-Metallkronen an Klammerzähnen sowie Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen beträgt die Zuzahlung bzw. der Kostenanteil 25 Prozent.

Selbstbehalte für Zahnleistungen werden Ihnen im Nachhinein von uns vorgeschrieben.

Wenn Sie als Gewerbetreibender oder Neuer Selbständiger geldleistungsberechtigt sind, gelten Sie als Privatpatient, zahlen die Rechnung zunächst selbst, und haben danach Anspruch auf eine tarifmäßige Rückerstattung Ihrer Kosten.

Zuschüsse zum festsitzenden Zahnersatz
Im Kalenderjahr 2023 werden als freiwillige Leistung pro Zahnstelle für festsitzenden Zahnersatz (Brücke, Stiftzahn oder Krone) Zuschüsse in Höhe von 100 Euro (11,63 Euro für Reparaturen einer Zahnbrücke) gewährt, wenn in den letzten drei Kalenderjahren vor dem Behandlungsdatum zumindest eine Mundhygiene-Sitzungen nachgewiesen wird. Für Behandlungen im Kalenderjahr 2024 müssen zumindest zwei Mundhygiene-Sitzungen in den letzten vier Kalenderjahren nachgewiesen werden. Für Behandlungen ab 2025 ist der Nachweis von zumindest drei Mundhygiene-Sitzungen in den letzten fünf Kalenderjahren notwendig.
Für Behandlungen ab 2026 erhöht sich der Zuschuss auf 250 Euro (30 Euro für Reparaturen einer Zahnbrücke oder Krone).

Zahnspangen

Insbesondere wenn die Voraussetzungen für die im nächsten Abschnitt dargestellte „Gratis-Zahnspange" nicht erfüllt sind, stellt sich die Frage nach der Kostentragung. Gerade bei teureren Behandlungen ist immer dringend zu empfehlen, vor einer geplanten Behandlung mit der SVS Kontakt aufzunehmen, um die Kostenfrage mit Ihnen abklären zu können. Nachfolgend die Grundzüge:

Bei Inanspruchnahme eines Vertrags-Zahnbehandlers erfolgt die Versorgung – Behandlungsnotwendigkeit vorausgesetzt – mit einer abnehmbaren Zahnspange gegen Direktverrechnung mit der SVS. Sie haben pro Behandlungsjahr eine Kostenbeteiligung von 352,20 Euro (Wert 2026) zu zahlen. Ist die Behandlung mit einer festsitzenden Zahnspange erforderlich, leistet die SVS pro Behandlungsjahr eine Vergütung von bis zu 821,80 Euro (Wert 2026).

Wenn die Voraussetzungen für die „Gratis-Zahnspange" gegeben sind, jedoch ein qualifizierter Wahl-Kieferorthopäde in Anspruch genommen wird, können unter bestimmten Voraussetzungen erhöhte Zuschusszahlungen erfolgen.

Zahnspange ohne Kostenanteil

Bei medizinischer Notwendigkeit gibt es bis zum 18. Geburtstag zwei besondere Leistungen im Bereich der Zahnmedizin:

Frühkindliche Zahnbehandlung bei schweren Fehlstellungen ab dem sechsten Lebensjahr: Diese erfolgt in der Regel durch abnehmbare Zahnspangen. Hier geht es um kieferorthopädische Behandlungen im frühkindlichen Alter, die bei definierten Zahnfehlstellungen vor Vollendung des zehnten Lebensjahres angewendet werden. Die Behandlung kann bei allen Zahnärzten und Kieferorthopäden vorgenommen werden und sichert durch frühe Korrektur die möglichst gesunde und normale Entwicklung des Gebisses.

Festsitzende Zahnspange (auch **„Zahnspange ohne Kostenanteil"** oder **„Gratis-Zahnspange"** genannt) bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr bei schweren Fehlstellungen: Es handelt sich dabei um alle nötigen Leistungen rund um die Behandlung mit Metallbrackets, Bändern, Bogenfolgen und Gummizügen.

Voraussetzungen
Wer Anspruch auf diese kostenlose Leistung hat, hängt von folgenden Punkten ab:

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

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

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

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

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

Mutterschaftsleistungen

Als Mutterschaft bezeichnen wir einen bestimmten Zeitraum mit besonderen Versicherungsleistungen. Die Mutterschaft stellt einen eigenen Versicherungsfall dar und darf nicht mit der gesamten Schwangerschaft verwechselt werden.

Der Versicherungsfall der Mutterschaft beginnt

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

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

- Ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden
- Beistand durch Hebammen* bzw. Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit Spezialisierung in Kinder- und Jugendlichenpflege

Wir verrechnen diese Leistungen direkt mit unseren Vertragspartnern.

Achtung: Wenn Sie schwanger sind und vor dem oben genannten Zeitraum, in dem der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt, einen Arzt aufsuchen, müssen wir wie bei jeder ärztlichen Hilfe den entsprechenden Selbstbehalt verrechnen. Das gilt auch, wenn die Behandlungskosten während der Mutterschaft die Folge einer Krankheit sind.

Entbindung

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

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

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

Eltern-Kind-Pass

Alle bei uns versicherten Frauen haben Anspruch auf kostenlose Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen (vormals Mutter-Kind-Pass). Diese Leistung erbringen wir im Interesse der Gesundheit von Mutter und Kind.

* Leistung auch bei Fehlgeburt nach Vollendung der 18. Schwangerschaftswoche möglich.

Wochengeld/Mutterschaftsbetriebshilfe

Anspruch auf Wochengeld bzw. Mutterschaftsbetriebshilfe haben* grundsätzlich weibliche Personen, die aufgrund ihrer Erwerbstätigkeit in der KV pflichtversichert sind.

Wochengeld

Wochengeld erhalten Sie in Höhe von 72,18 Euro (Wert 2026) pro Tag für folgenden Zeitraum:

- während der letzten acht Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung
- am Entbindungstag selbst
- während der ersten acht Wochen nach der Entbindung
- Bei einer Mehrlingsgeburt, Frühgeburt oder einem Kaiserschnitt wird das Wochengeld 12 Wochen lang nach der Geburt ausgezahlt.
- Bei einem vorzeitigen Beschäftigungsverbot aufgrund der Gefährdung von Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind: ab dem Zeitpunkt des Freistellungszeugnisses.
- Sollte die Achtwochenfrist vor der Geburt durch eine frühere Geburt verkürzt worden sein, wird die Frist nach der Geburt um diesen Zeitraum verlängert – auf bis zu 16 Wochen nach der Geburt.

Die Auszahlung erfolgt im Normalfall in bis zu drei Teilbeträgen (nach Ende eines vorzeitigen Mutterschutzes, nach der Geburt des Kindes und nach Ende des Wochengeldzeitraumes).

Voraussetzungen für die Zahlung von Wochengeld:
Der Einsatz einer Hilfe zu Ihrer Entlastung. Die Hilfskraft muss Sie (durchschnittlich) an mindestens 4 Tagen oder mindestens 20 Stunden pro Woche bei Ihrer betrieblichen Tätigkeit unterstützen. Diese Person soll die Tätigkeiten der Mutter im Betrieb übernehmen. Wochengeld wird aber auch dann gewährt, wenn z.B. aufgrund der örtlichen Lage des Betriebes eine Hilfe nicht eingesetzt werden kann.

Die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung muss aufrecht sein. Wochengeld gebührt Gewerbetreibenden und Neuen Selbständigen aber auch dann, wenn der Betrieb für die Zeit des Mutterschutzes unterbrochen wird und unmittelbar davor mindestens sechs Monate der Pflichtversicherung in der GSVG-Krankenversicherung aufgrund einer Erwerbstätigkeit vorliegen.

Mutterschaftsbetriebshilfe

Statt des Wochengeldes haben Sie die Möglichkeit, eine Betriebshilfe in Anspruch zu nehmen. Dabei handelt es sich um eine von der SVS beigestellte Person, die Sie in Ihrem Betrieb für unaufschiebbare Arbeiten ersetzt. Die SVS hat entsprechende Verträge mit Betriebshilfevereinen bzw. mit den Maschinenringen und übernimmt (teilweise) die Kosten für die Betriebshilfe.

Kinderbetreuungsgeld

Die SVS administriert für das Bundeskanzleramt das Kinderbetreuungsgeld. Daher erhalten Sie allgemeine Informationen zum Kinderbetreuungsgeld, zum Partnerschaftsbonus und zum Familienzeitbonus unter **www.bundeskanzleramt.gv.at/kinderbetreuungsgeld bzw. /familienzeitbonus**. Auf dieser Website finden Sie daher auch weitere Informationen und Entscheidungshilfen für Ihre Wahl (z.B. einen Kinderbetreuungsgeld-Online-Rechner).

* nur im GSVG-Bereich: weibliche Personen, die aufgrund einer frühestens ab Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft wirksamen Ruhendmeldung/Unterbrechungsmeldung der selbständigen Tätigkeit während des Wochengeldzeitraumes von der Pflichtversicherung ausgenommen sind (6-monatige Vorversicherungszeit aufgrund einer Erwerbstätigkeit erforderlich).* nur im GSVG-Bereich: weibliche Personen, die aufgrund einer frühestens ab Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft wirksamen Ruhendmeldung/Unterbrechungsmeldung der selbständigen Tätigkeit während des Wochengeldzeitraumes von der Pflichtversicherung ausgenommen sind (6-monatige Vorversicherungszeit aufgrund einer Erwerbstätigkeit erforderlich).

Allgemeine Anfragen zu diesem Thema beantwortet österreichweit und kostenlos die **Infoline Kinderbetreuungsgeld** unter 0800 240 014 (Montag bis Donnerstag 9:00 – 15:00 Uhr).

Achtung: Es handelt sich dabei um keine SVS Auskunftsstelle. Diese Infoline verfügt auch nicht über Ihre persönlichen Daten und kann auch keine diesbezüglichen Daten weiterleiten.

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Fall haben (z.B. haben Sie schon einen Antrag bei der SVS gestellt, beziehen schon Kinderbetreuungsgeld oder Familienzeitbonus und haben dazu eine Nachfrage) erhalten Sie Auskunft unter 050 808 808 bei Ihrer SVS.

Nachfolgend haben wir die wichtigsten Informationen zu den Themen Kinderbetreuungsgeld (inklusive Beihilfe und Partnerschaftsbonus) und Familienzeitenbonus für Sie zusammengestellt. Das Kinderbetreuungsgeld steht in zwei Systemen zur Verfügung. Es kann entweder als Pauschalleistung oder als einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld bezogen werden.

Durch das **Kinderbetreuungsgeld als Pauschalleistung** wird die Betreuungsleistung der Eltern anerkannt und teilweise abgegolten. Das pauschale Kinderbetreuungsgeld erhalten Eltern unabhängig von einer vor der Geburt des Kindes ausgeübten Erwerbstätigkeit.

Das **einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld** hat die primäre Funktion, jenen Eltern, die sich nur für kurze Zeit aus dem Berufsleben zurückziehen wollen und über ein höheres Einkommen verfügen, die Möglichkeit zu geben, in dieser Zeit einen Einkommensersatz zu erhalten.

Pauschalleistung: Kinderbetreuungsgeld-Konto

Die Höhe des täglichen Kinderbetreuungsgeldes (Wert 2026: 41,14 bis 17,65 Euro) hängt hier von der innerhalb eines vorgegebenen Rahmens ab der Geburt des Kindes (365 bis 851 Tage für einen Elternteil bzw. 456 bis 1.063 Tage bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile) flexibel wählbaren Anspruchsdauer ab. Von der jeweiligen Gesamtanspruchsdauer pro Kind sind 20 Prozent dem zweiten Elternteil unübertragbar vorbehalten.

Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld

Das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld beträgt 80 Prozent Ihrer Letzteinkünfte, maximal jedoch 80,12 Euro (Wert 2026) täglich. Sie bekommen es bis zum 365. Tag ab der Geburt des Kindes, wenn nur ein Elternteil bezieht. Bei Inanspruchnahme durch beide Elternteile verlängert sich die Bezugsdauer um jenen Zeitraum, den der andere Elternteil tatsächlich bezogen hat, maximal aber gebührt das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld bis zu 426 Tage ab der Geburt des Kindes.

Anspruchsvoraussetzungen

Um Kinderbetreuungsgeld beziehen zu können, müssen gewisse allgemeine Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden (z.B. Anspruch und Bezug der Familienbeihilfe für das Kind, gemeinsamer Haushalt mit dem Kind samt identer Hauptwohnsitzmeldung). Für den Bezug des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes muss zudem das Erwerbstätigkeitserfordernis erfüllt werden.

Zuverdienstgrenzen

Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld müssen jährliche Zuverdienstgrenzen eingehalten werden.

Für das Kinderbetreuungsgeld-Konto gelten zwei Grenzen:

- der allgemeine Grenzbetrag von 18.000 Euro (ab dem Bezugsjahr 2023, zuvor 16.200 Euro) jährlich.
- der individuelle Grenzbetrag von 60 Prozent Ihrer maßgeblichen Einkünfte aus dem relevanten Kalenderjahr vor der Geburt. Ist der berechnete individuelle Grenzbetrag höher als 18.000 Euro (ab dem Bezugsjahr 2023, zuvor 16.200 Euro) jährlich, dann können Sie während des gesamten Bezugszeitraumes des pauschalen Kinderbetreuungsgeldes diesen entsprechend höheren jährlichen Zuverdienst erzielen.

Für das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld dürfen Ihre maßgeblichen Einkünfte den Grenzbetrag von 8.600 Euro (ab dem Bezugsjahr 2025, zuvor 8.100 Euro) jährlich nicht übersteigen.

Wird die jeweils relevante jährliche Zuverdienstgrenze überschritten, droht eine nachträgliche Rückforderung!

Tipp: Wenn Sie mit Ihren selbständigen Jahreseinkünften (Einkünften aus selbständiger Arbeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft) die Zuverdienstgrenze überschreiten und nicht das ganze Kalenderjahr Kinderbetreuungsgeld beziehen, denken Sie daran, rechtzeitig eine Zwischenbilanz bzw. Zwischen-Einnahmen-Ausgabenrechnung vorzulegen, sofern Sie damit die Zuverdienstgrenze einhalten und eine Rückforderung vermeiden können.

Für Geburten ab 01.03.2017 kann eine Abgrenzung bis zum Ablauf des zweiten auf das Bezugsjahr folgenden Kalenderjahres erfolgen.

Für Geburten von 01.01.2012 bis 28.02.2017 kann die Vorlage binnen zwei Monaten ab erfolgter Erinnerung (oder im Fall der Nichterinnerung bis 31.12.2025) erfolgen.

Ruhen bei Anspruch auf Wochengeld

Während eines Anspruches auf Wochengeld oder einer wochengeldähnlichen Leistung (seit 01.03.2017 auch während eines Anspruches auf Betriebshilfe) kommt es zu einem Ruhen des Kinderbetreuungsgeldes. Ist aber diese Leistung geringer als das Kinderbetreuungsgeld, gebührt eine Differenzzahlung.

Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld

Eltern mit geringem Einkommen können außerdem eine Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld in Höhe von 6,06 Euro täglich maximal für die Dauer von 365 Tagen frühestens ab erstmaliger Antragstellung beantragen.

Anspruchsberechtigt sind

- Alleinerziehende, die Anspruch auf pauschales Kinderbetreuungsgeld haben und nicht mehr als 8.600 Euro (ab dem Bezugsjahr 2025, zuvor 8.100 Euro) im Kalenderjahr verdienen

- Elternteile, die in Ehe bzw. Lebensgemeinschaft leben und Anspruch auf pauschales Kinderbetreuungsgeld haben, wobei der beziehende Elternteil nicht mehr als 8.600 Euro (ab dem Bezugsjahr 2025, zuvor 8.100 Euro) sowie der zweite Elternteil bzw. Partner nicht mehr als 18.000 Euro (ab dem Bezugsjahr 2023, zuvor 16.200 Euro) im Kalenderjahr verdienen darf.

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

Das Kinderbetreuungsgeld sowie die Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld gebühren nur auf Antrag. Kinderbetreuungsgeld kann 182 Tage rückwirkend geltend gemacht werden. Die Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld kann frühestens ab dem Tag der erstmaligen Antragstellung längstens für 365 Tage gewährt werden.

Partnerschaftsbonus und Familienzeitbonus

Haben die Eltern das pauschale oder das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld zu annähernd gleichen Teilen (50:50 bis 60:40) und mindestens im Ausmaß von je 124 Tagen rechtmäßig bezogen, so gebührt jedem Elternteil nach Ende des Gesamtanspruchszeitraums auf Antrag ein Partnerschaftsbonus in Höhe von 500 Euro als Einmalzahlung.

Für erwerbstätige Väter, die sich nach der Geburt ihres Kindes (innerhalb eines Zeitrahmens von 91 Tagen) ausschließlich der Familie widmen und dazu ihre Erwerbstätigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum zwischen 28 und 31 Tagen unterbrechen, besteht die Möglichkeit, eine finanzielle Unterstützung (2026 in Höhe von 54,87 Euro täglich) in Form eines „Familienzeitbonus" zu beantragen.

Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit (nur GSVG)

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

Die Leistung beträgt täglich 40,04 Euro (Wert 2026) und ist nicht vom Einkommen abhängig.

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

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

Hinweis: Trifft ein Anspruch auf Unterstützungsleistung bei lang andauernder Krankheit mit einem Anspruch auf Wochengeld oder Mutterschaftsbetriebshilfe zusammen, so gebührt für diesen Zeitraum nur das Wochengeld oder die Betriebshilfe. Die Dauer des Anspruches auf Wochengeld oder Mutterschaftsbetriebshilfe wird auf die Höchstdauer des Anspruches auf Unterstützungsleistung (20 Wochen) nicht angerechnet.

Voraussetzungen:
Die SVS zahlt für Erkrankungen, die zu einem mindestens 43 Tage dauernden Arbeitsausfall führen, die Unterstützungsleistung rückwirkend ab dem 4. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch besteht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit; für ein und dieselbe Krankheit maximal für 20 Wochen.

Wenn Sie 20 Wochen eine Unterstützungsleistung bezogen haben, müssen Sie für einen weiteren Anspruch 26 Wochen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein. Sie können die Leistung bei Ihrem SVS Kundencenter beantragen. Dazu benötigen Sie eine ärztliche Bestätigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit. Diese stellt Ihr Arzt aus.

Achtung: Wenn sich eine längere Krankheit abzeichnet, suchen Sie am besten einen Arzt auf und lassen sich Ihre Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Dafür haben Sie maximal vier Wochen ab Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit Zeit.
Die Krankmeldung müssen Sie dann innerhalb von zwei Wochen ab jenem Tag, an dem der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat, bei der SVS vorlegen. Bei nicht fristgerechter Antragstellung haben Sie erst ab dem Tag nach Einlangen des Antrages Anspruch auf eine Leistung.
Die noch andauernde Arbeitsunfähigkeit ist alle 14 Tage vom Arzt zu bestätigen und innerhalb einer Woche der SVS zu melden.

Zusatzversicherung (Krankengeld; nur GSVG)

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

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

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

Mehr Informationen zur Zusatzversicherung sowie Dauer und Höhe des Krankengeldes erhalten Sie in unserer Broschüre **„Versicherungsschutz für Gewerbetreibende und Gesellschafter“** bzw. **„Versicherungsschutz für Neue Selbständige und Freiberufler“**.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Krankheitsvorbeugung

Welche freiwilligen Leistungen bieten wir?

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

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

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

Voraussetzungen für freiwillige Leistungen zur Festigung der Gesundheit

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

Maßnahme zur Krankheitsvorbeugung – Schutzimpfungen

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

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

Für die Zeckenschutzimpfung gibt es in jedem Fall eine Zuschussleistung.

Betriebshilfe

Betriebshilfe für Gewerbetreibende

Der krankheits- oder unfallbedingte Ausfall der Arbeitskraft eines Unternehmers zieht oft erhebliche finanzielle Verluste nach sich. Aus diesem Grund können bei Vorliegen von sozialer Schutzbedürftigkeit Betriebshilfeleistungen erbracht werden. Dabei handelt es sich um freiwillige Leistungen der SVS, die dem Gewerbetreibenden oder Neuen Selbständigen ermöglichen sollen, den Betrieb fortzuführen.

Das bedeutet, dass dem Selbständigen während der Zeit der Arbeitsunfähigkeit eine Person zur Seite gestellt wird, die ihn während der Abwesenheit in seinem Beruf ersetzt. Ziel ist, dass das Unternehmen des Versicherten weitergeführt werden kann, damit es in solchen Notfällen nicht zur Gefährdung oder gar Schließung von Betrieben kommen muss.

Maßnahmen
Die Betriebshilfe kann als Sachleistung durch Bereitstellung von Betriebshelfern oder als Geldleistung in Form von Zuschüssen gewährt werden.

Zu diesem Zweck hat die SVS Verträge abgeschlossen bzw. sich an Einrichtungen zur Bereitstellung von Betriebshelfern beteiligt. Derartige Verträge und Betriebshilfemodelle bestehen mittlerweile in allen Bundesländern.

Voraussetzungen

- Sie sind in der Krankenversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) versichert.
- Die Betriebshilfe muss zur Aufrechterhaltung des Betriebes notwendig sein und
- Ihre Arbeitskraft muss wegen einer mehr als 14 Tage dauernden Arbeitsunfähigkeit
  - → aufgrund einer Krankheit, eines Unfalles, insbesondere wegen einer entsprechenden Anstaltspflege, eines anschließenden Heilverfahrens (medizinische Rehabilitation) in einer Sonderkrankenanstalt bzw. in einem Rehabilitationszentrum oder eines Genesungsaufenthaltes oder
  - → wegen der Pflege eines behinderten Kindes ausfallen.

Zusätzlich zu den Voraussetzungen dürfen Sie mit den versicherungspflichtigen und anderen Einkünften den Betrag von 27.266,45 Euro jährlich (Wert 2026) nicht überschreiten. Dieser Betrag bleibt jedoch außer Betracht, wenn Sie erhöhte Aufwendungen oder wesentliche Beeinträchtigungen Ihrer Einkommensverhältnisse nachweisen oder zumindest glaubhaft machen.

Leistungen

In der Regel wird die Leistung der Betriebshilfe über die Betriebshilfevereine der Wirtschaft als Sachleistung gewährt. Die Geldleistung für Betriebshelfer beträgt 12 Euro pro Stunde, höchstens 96 Euro pro Tag (Werte 2026). Der Kostenzuschuss oder die Bereitstellung eines Betriebshelfers gilt bis zu einer Höchstdauer von 70 Tagen pro Kalenderjahr.

Die Leistungen werden bei Pflege eines behinderten Kindes einmalig bis zu einer Höchstdauer von 90 Tagen erbracht. Bei einer wesentlichen Erhöhung des Pflegebedarfs zumindest um eine Pflegegeldstufe ist jedoch einmalig eine neuerliche Leistungsgewährung möglich.

Die SVS kann die jeweilige Bezugsdauer um höchstens fünf Tage für die Einschulung des Betriebshelfers erhöhen.

Betriebshilfe für Bauern

Ein Ausfall der Arbeitskraft infolge einer Krankheit oder einem Unfall führt in der Landwirtschaft oftmals zu schwerwiegenden Problemen, da unaufschiebbare Arbeiten natürlich sofort erledigt werden müssen. In einem solchen Fall ist der vorübergehende Einsatz einer Ersatzarbeitskraft, die auch für die land(forst)wirtschaftliche Tätigkeit fachlich qualifiziert ist, möglich.

Soziale Betriebshilfe

Anspruch auf soziale Betriebshilfe besteht bei Ausfall des Betriebsführers, des hauptberuflich beschäftigten Ehepartners, eingetragenen Partners, Kindes, Wahl-, Stief- und Schwiegerkindes, Enkels bzw. eingetragenen Partner des Kindes sowie des hauptberuflich beschäftigen Übergebers, wenn im Betrieb keine geeigneten Arbeitskräfte vorhanden sind und es sich um unaufschiebbare Arbeiten handelt.

Einsatzgründe

- ab 2 Tage Spitalsaufenthalt
- ab 15 Tage Arbeitsunfähigkeit
- Kur (Heilverfahren, Erholungsaufenthalt)
- Begleitung eines schwerkranken/behinderten Kindes ins Spital oder zu einem Heilverfahren
- Tod eines Anspruchsberechtigten
- bei einer Behinderung, die eine Hilfe zur Fortsetzung der Erwerbsfähigkeit erfordert (= Rehabilitationsbetriebshilfe)

Dauer

Die Leistung der sozialen Betriebshilfe wird grundsätzlich für längstens sechs Monate gewährt, sofern die Arbeitsunfähigkeit ärztlich bestätigt ist. Im Todesfall ist eine Leistung für zwei Jahre, pro Jahr jeweils maximal 140 Tage, möglich. Bei beruflicher Rehabilitation wird im Vorhinein ein Leistungsrahmen vorgegeben.

Kostenzuschuss

Der Zuschuss der SVS für die soziale Betriebshilfe beträgt in den ersten 90 Einsatztagen für höchstens acht Stunden pro Einsatztag je 12 Euro pro Stunde. Danach werden nur mehr sechs Stunden pro Tag zu 12 Euro pro Stunde geleistet. Die maximale Zuschussleistung ist mit 80 Prozent der anerkannten Gesamtkosten begrenzt.

Organisatorischer Ablauf und Abrechnung
Melden Sie den Bedarf für Betriebshilfe jedenfalls vor Einsatzbeginn bei der SVS oder der zuständigen Geschäftsstelle des Maschinenrings. Zusätzlich muss jeder eingesetzte Betriebshelfer den Einsatzbeginn unverzüglich, spätestens am 7. Tag ab Beginn seines Einsatzes, der SVS melden. Diese Meldungen können Sie, sofern nicht über den Maschinenring erledigt, telefonisch im SVS Kundencenter erstatten.

Nach der Bedarfsmeldung sendet die SVS dem Einsatzbetrieb ein Informationspaket (inkl. der zu verwendenden Formulare) zu.

Mit der verpflichtenden Einsatzbeginnmeldung speichert die SVS den Betriebshelfer im System und sendet ihm die notwendigen Informationen samt Formblättern zu.

Der Betriebshelfer hat nach Ende seines Betriebshilfeeinsatzes die ausgefüllte(n) Einsatzliste(n) samt einer den steuerrechtlichen Vorschriften entsprechenden Rechnung dem Einsatzbetrieb zu übergeben. Dieser bestätigt den Einsatz und übermittelt die unterfertigten Abrechnungsunterlagen spätestens innerhalb eines Monats an die SVS.

Die SVS überweist innerhalb von zwei Wochen die Gesamtkosten an den aushelfenden Betrieb. Eine Vorfinanzierung des Betriebshelfers durch die SVS ist aber nur dann möglich, sofern der Einsatzbetrieb keine „älteren" Beitragsrückstände hat. Grundsätzlich soll für Beitrags- und Kostenanteilseinhebungen vom Einsatzbetrieb eine Einzugsermächtigung (Abbuchungsauftrag) vorliegen.

Die SVS errechnet den möglichen Kostenzuschuss.

Allfällige Servicierungsentgelte, die der Einsatzbetrieb mit einem Maschinenring vereinbart hat, werden von der SVS dem Maschinenring angewiesen.

Der Differenzbetrag der von der SVS an den Betriebshelfer vorfinanzierten Einsatzkosten (samt allfälliger Servicierungskosten an den Maschinenring) und der Zuschussleistung der SVS ist vom Einsatzbetrieb selbst zu tragen. Er wird dem Einsatzbetrieb in Form eines Kostenanteils gemeinsam mit der Beitragsvorschreibung vorgeschrieben.

Lohnarbeitsmodell

Wenn durch den Maschinenring keine geeignete Einsatzkraft zur Verfügung gestellt bzw. selbst im Rahmen der Nachbarschaftshilfe organisiert werden kann, haben Sie die Möglichkeit, einen Dienstnehmer im Betrieb anzumelden. Die Abwicklung der Zuschussleistung erfolgt über die SVS. Eine Vorfinanzierung ist nicht möglich.

Pauschale Betriebshilfe

Unter folgenden Voraussetzungen haben Sie die Möglichkeit einer pauschalen Abgeltung für Betriebshilfe bei unaufschiebbaren Betriebsarbeiten:

- Einsatzgründe Krankheit oder (Arbeits-)Unfall in Verbindung mit einer Krankenhausbehandlung
- anhand der medizinischen Diagnose eine mehr als 14-tägige Arbeitsunfähigkeit
- Einsatzvermittlung eines geeigneten Helfers über den Maschinenring ist nicht möglich und auch das Lohnarbeitsmodell stellt keine Option dar

Ein Anspruch ist erst ab der Meldung bei der SVS gegeben (telefonisch oder per Mail). Nach der Meldung sendet Ihnen die SVS bei Erfüllung der Voraussetzungen einen schriftlichen Leistungsantrag zu. Dieser ist grundsätzlich binnen 14 Tagen vollständig ausgefüllt und unterfertigt der SVS zu übermitteln.

Diese Geldleistung gebührt pauschal in der Höhe von täglich 40,04 Euro ab dem 7. Tag der Krankenhausbehandlung, außer Sonn- und Feiertage.

Der Zeitraum, für den die Geldleistung ausbezahlt wird, ist infolge der vom Krankenhaus übermittelten Diagnose in einem Katalog der SVS standardisiert medizinisch festgelegt und entspricht nicht der individuell vom behandelnden Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit.

Sollte im Einzelfall eine Einsatznotwendigkeit über den pauschal abgegoltenen Zeitraum hinaus gegeben sein, können Sie im Anschluss über Verlängerungsantrag und Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbestätigung des behandelnden Arztes binnen 14 Tagen mit Zustimmung der SVS einen Wechsel zur herkömmlichen sozialen Betriebshilfe beantragen.

Besonderheiten für geldleistungsberechtigte Gewerbetreibende und Neue Selbständige

Viele Leistungen der Krankenversicherung sind für die beiden Versichertengruppen innerhalb der Gewerbetreibenden und Neuen Selbständigen (Sach- bzw. Geldleistungsberechtigte) gleich. Unterschiedlich geregelt sind ärztliche Hilfe, Spitalbehandlung auf Sonderklasse, Zahnbehandlung und Zahnersatz und Medikamentenbezug.

Welche Regelungen gelten nur für Geldleistungsberechtigte?

Ärztliche Hilfe

Als Geldleistungsberechtigter können Sie Ärzte nur als Privatpatient in Anspruch nehmen. Sie haben freie Arztwahl und können daher jeden frei praktizierenden Arzt konsultieren.

Bei erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele" bzw. Teilnahme an „Disease Management-Diabetes Typ 2"-Projekten erhalten Sie eine um 10 Prozent höhere Vergütung. Bei nachhaltig erfolgreicher Teilnahme an „Meine Gesundheitsziele" erhalten Sie eine um 15 Prozent höhere Vergütung. Wir können Ihnen jedoch höchstens 80 Prozent der tatsächlichen Kosten vergüten.

Spitalbehandlung auf Sonderklasse

Wenn Sie sich als Geldleistungsberechtigter für die Sonderklasse eines Spitals entscheiden, werden Sie ebenfalls als Privatpatient behandelt. Nach Vorlage der bezahlten Krankenhausrechnung erhalten Sie einen Kostenersatz für die Anstaltsgebühr sowie eine Pauschalvergütung für anfallende Sondergebühren und gegebenenfalls einen Operationskostenersatz.

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Als Geldleistungsberechtigter gelten Sie beim Zahnarzt oder Dentisten als Privatpatient. Nachdem Sie die Honorarnote bezahlen, haben Sie Anspruch auf eine Vergütung nach Tarif.

Medikamente

Auch für Geldleistungsberechtigte können Medikamente auf Kassenrezept verordnet werden. Falls Ihr Arzt kein SVS Vertragsarzt ist, stellt er ein Privatrezept aus. Das bedeutet:

- In der Apotheke müssen Sie das Medikament zunächst selbst bezahlen.
- Wenn Sie das Rezept bei uns zur Vergütung einreichen, erstatten wir Ihnen folgenden Betrag zurück: 80 Prozent der Kosten minus 7,55 Euro Rezeptgebühr (Wert 2026) pro verordneter Packung.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass Privatrezepte von Apotheken als Kassenrezepte anerkannt und direkt verrechnet werden. Diese Rezepte müssen alle relevanten Daten über die Versicherten enthalten und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise einhalten. Es besteht weiters die Möglichkeit, Privatrezepte im SVS Kundencenter in Kassenrezepte umwandeln zu lassen.

Welche Sachleistungen gibt es für Geldleistungsberechtigte?

Bei den folgenden Leistungen spielt es keine Rolle, ob Sie geldleistungs- oder sachleistungsberechtigt sind.

Spitalbehandlung in der „allgemeinen Gebührenklasse"

Für Geldleistungsberechtigte und ihre Angehörigen ist die Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses – abgesehen vom täglichen Spitalskostenbeitrag – kostenlos.

Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung in Krankenanstalten können Sie als Sachleistung in Anspruch nehmen. Voraussetzung ist ein Ersatzpatientenschein, der von Ihrem SVS Kundencenter ausgestellt wird. Der Selbstbehalt beträgt pro Quartal und Krankenhaus 27,25 Euro (Wert 2026).

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Alle GSVG-Versicherten können Heilbehelfe und Hilfsmittel (z.B. Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfe) als Sachleistung bei den Vertragspartnern der SVS beziehen. Voraussetzung ist eine ärztliche Verordnung. Den Selbstbehalt müssen Sie nachträglich entrichten. Die SVS schreibt Ihnen einen Selbstbehalt von 20 Prozent vor, mindestens jedoch 46,20 Euro (Wert 2026).

Bei Brillen und Kontaktlinsen gibt es einen Mindestselbstbehalt von 138,60 Euro (Wert 2026). Bei gleichbleibender Sehstörung haben Sie frühestens nach drei Jahren einen neuerlichen Anspruch. Die Kosten für Gleitsicht- und Trifokalgläser übernehmen wir nicht.

Heilbehelfe und Hilfsmittel sind kostenlos für beitragsfrei anspruchsberechtigte Kinder bis zum 15. Geburtstag, bei Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe und bei Rezeptgebührenbefreiung.

Transportkosten

Die SVS übernimmt die Kosten der Fahrt mit einem Krankenwagen* zur nächstgelegenen Behandlungsstelle. Das Gleiche gilt für den Heimtransport. Voraussetzung für die Kostenübernahme: eine ärztliche Bestätigung, dass Ihr körperlicher Zustand den Transport notwendig macht.

Für Spitaltransporte und Transporte zu ambulanten Untersuchungen beträgt der Selbstbehalt 20 Prozent.

Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen

Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen sind für alle GSVG-versicherten Frauen kostenlos.

Vorsorgeuntersuchungen

Die Vorsorgeuntersuchung können alle Versicherten ab dem 18. Geburtstag kostenlos in Anspruch nehmen.

* Unter Umständen kommt auch ein Taxiunternehmen in Frage, wenn dieses einen Vertrag mit uns hat.

Krankenschutz bei vorübergehendem Aufenthalt im Ausland/bei Wohnsitz im Ausland

Beruf und Urlaub führen immer häufiger ins Ausland. Damit wächst auch die Gefahr, dass man einmal außerhalb Österreichs krank wird oder einen Unfall erleidet.

Die vorliegende Information geht auf die sozialversicherungsrechtlichen Aspekte einer Krankenbehandlung im Ausland ein. Sie zeigt, mit welchen Staaten „Krankenversicherungsabkommen" bestehen, was man in einem „Nichtvertragsstaat" beachten sollte und welche „Schutzimpfungen" von der gewerblichen Krankenversicherung bezahlt werden. Die nachstehenden Informationen gelten für alle SVSkrankenversicherten Personen.

Krankenschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Krankenschutz in der EU/im EWR

Die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 sowie Nr. 987/2009 regeln den Anspruch auf eine Krankenbehandlung in einem Mitgliedstaat der EU/des EWR.

Im Falle einer Erkrankung bei vorübergehendem Aufenthalt in einem EU/EWR-Staat wird eine medizinisch notwendige Behandlung durch die ausländischen Vertragseinrichtungen auf Kosten der SVS erbracht. Voraussetzung dafür ist jedoch eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) – siehe Rückseite der „e-card" – bzw. eine EKVK-Ersatzbescheinigung (Provisorische Ersatzbescheinigung – PEB), welche vor Antritt der Reise von der SVS – auf Antrag – ausgestellt wird.

EWR-Vertragsstaaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern.

Die EWR-Bestimmungen gelten auch für die Schweiz.

Die EKVK gilt als Nachweis der österreichischen Krankenversicherung und ermöglicht Ihnen die gleiche medizinische Betreuung, wie sie für die Bevölkerung des Gastlandes vorgesehen ist. Das bedeutet aber auch, dass sich der Leistungskatalog und eventuelle Bestimmungen über Selbstbehalte nach den Rechtsvorschriften des Gastlandes richten. Die EKVK bzw. die PEB kann am Aufenthaltsort direkt dem Leistungserbringer (z.B. Arzt, Spital) vorgelegt werden.

Müssen die Kosten der Behandlung am Aufenthaltsort selbst bezahlt werden, entweder wegen der Nichtvorlage der Karte/der PEB oder weil kein Vertragspartner eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers zur Verfügung steht, kann die Honorarnote nach der Rückkehr bei der SVS zum Kostenersatz eingereicht werden. Die Vergütung der SVS richtet sich nach den Grundsätzen und Tarifen wie für eine private im Inland gezahlte Behandlung. Wichtig ist, dass die Rechnungen mit einer Zahlungsbestätigung versehen und die Leistungen detailliert angeführt sind.

Hinweis: Das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist seit 01.02.2020 kein EU-Mitgliedstaat mehr. Die unionsrechtlichen Bestimmungen können aber weiterhin gelten, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Daneben bestehen Abkommen, die dem EU-Recht ähnliche Regelungen vorsehen.

Krankenschutz außerhalb der EU/des EWR

Österreich hat mit folgenden Staaten bilaterale Abkommen im Bereich der Krankenversicherung geschlossen:
Bosnien/Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien und der Türkei. Das weitere Abkommen mit Israel umfasst nur Leistungen bei Mutterschaft.

In Nordmazedonien kann die EKVK verwendet werden und direkt beim Leistungserbringer (z.B. Arzt, Spital) vorgelegt werden.

Um Leistungen in Bosnien/Herzegowina, Montenegro und Serbien erhalten zu können, müssen Sie Ihre EKVK vor Beginn der Behandlung beim zuständigen Krankenversicherungsfonds bzw. -träger des Aufenthaltsortes vorlegen. Die zuständige Stelle stellt Ihnen dann einen nationalen Patientenschein aus. Mit diesem können Sie einen Leistungserbringer aufsuchen.

Für die Türkei wird eine eigene Anspruchsbescheinigung (Auslandsbetreuungsschein) von der SVS ausgestellt. Diese Anspruchsbescheinigung müssen Sie vor Beginn der Behandlung bei der örtlich zuständigen Zweigstelle des ausländischen Krankenversicherungsträgers vorlegen und Sie erhalten dort einen nationalen Patientenschein.

Auch hier gilt: Sie erhalten die gleiche medizinische Betreuung wie die Bevölkerung des Aufenthaltslandes.

Wurden die Behandlungskosten zur Gänze selbst bezahlt, kommt auch hier eine nachträgliche Vergütung durch die SVS in Frage und Sie können die Rechnung wiederum bei der SVS einreichen.

Erkrankungen im Nichtvertragsstaat

Bei Erkrankungen in einem Staat, mit dem kein Abkommen besteht, müssen die Behandlungskosten immer vorab selbst bezahlt werden. Die Rechnungen können der SVS zur Vergütung vorgelegt werden. Der Umfang und die Höhe der Vergütung der SVS richtet sich nach den Grundsätzen und Tarifen wie für eine private im Inland gezahlte Behandlung – so als wäre der Leistungsanspruch in Österreich entstanden. Wichtig ist, dass die Rechnungen mit einer Zahlungsbestätigung versehen und die Leistungen detailliert angeführt sind.

Hinweis: Fremdsprachige Rechnungen müssen gut lesbar und mit deutlichem Stempelaufdruck der Behandlungsstelle versehen sein. Honorarnoten, die wegen Unlesbarkeit nicht übersetzt werden können oder aus denen die Behandlungsstelle nicht ersichtlich ist, können wir nicht vergüten.

Schutzimpfungen bei Auslandsreisen

Für Reisen in bestimmte Länder werden Schutzimpfungen empfohlen oder sogar vorgeschrieben. Manchmal ist auch eine andere vorbeugende Maßnahme angezeigt, beispielsweise die Tabletteneinnahme gegen Malaria.

Bei Auslandsreisen aus beruflichen Gründen zahlt die SVS für Gewerbetreibende und Neue Selbständige einen Kostenzuschuss zu notwendigen Impfungen (z.B. gegen Gelbfieber, Cholera, Hepatitis). Die Kosten für prophylaktische Maßnahmen vor einer Urlaubsreise müssen vom Versicherten zur Gänze selbst gezahlt werden.

Heimtransport vom Urlaubsort

Für den Heimtransport von Versicherten, die während ihres Urlaubes erkranken oder verunglückt sind, gibt es Sonderbestimmungen. Die SVS darf nämlich nur dann die Kosten übernehmen, wenn eine Wiederherstellung des Gesundheitszustandes in absehbarer Zeit durch eine Behandlung am Urlaubsort oder in dessen Nähe nicht möglich gewesen wäre.

Für Gewerbetreibende und Neue Selbständige werden bei Heimtransporten aus dem Ausland die Transportkosten ab der Staatsgrenze gezahlt. Erfolgt ein Lufttransport für Gewerbetreibende und Neue Selbständige, so wird von der SVS nur jener Betrag gezahlt, der bei einem Krankentransport ab der Staatsgrenze angefallen wäre.

Wenn Sie als bäuerlicher Versicherter einen Heimtransport benötigen, nehmen Sie Kontakt mit Ihrem SVS Kundencenter auf, um vorab zu klären, ob Kosten übernommen werden.

Grundsätzlich wird allen Versicherten der SVS daher empfohlen, rechtzeitig privat vorzusorgen und eine spezielle „Rückholversicherung" abzuschließen. Verträge werden von Privatversicherungen, „Flugambulanzen" und Reisebüros angeboten.

Krankenschutz bei Wohnsitz im Ausland

Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der EU, des EWR oder in einem Vertragsstaat:

Als Nachweis für Ihren Krankenschutz stellt die SVS einen Betreuungsschein aus oder nimmt die Anmeldung über das elektronische System EESSI vor. Legen Sie den Betreuungschein bei dem für Sie zuständigen Krankenversicherungsträger vor. Ist die Anmeldung über das elektronische System EESSI erfolgt, entfällt dieser Schritt. Der Umfang der Leistungen und Selbstbehalte richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Staates, in dem Sie wohnen. Die Leistungen und Selbstbehalte können erheblich vom österreichischen Standard abweichen.

Wichtig: Auch in dem Staat, in dem Sie wohnen, kann eine Selbstbeteiligung vorgesehen sein. Diese müssen Sie im Wohnortstaat selbst bezahlen.

Hinweis: Das Vereinigte Königreich von Großbritannien und Nordirland ist seit 01.02.2020 kein EU-Mitgliedstaat mehr. Die unionsrechtlichen Bestimmungen können aber weiterhin gelten, wenn gewisse Voraussetzungen erfüllt sind. Daneben bestehen Abkommen, die dem EU-Recht ähnliche Regelungen vorsehen.

Wohnsitz in einem Staat, mit dem keine zwischenstaatlichen Regelungen bestehen:

Als SVS Versicherter bezahlen Sie die Behandlungskosten vorerst selbst und legen Sie die Rechnungen dann der SVS zur Vergütung vor. Sie bekommen die Kosten in der Höhe erstattet, die für dieselbe Leistung in Österreich vorgesehen ist. Diese Kostenerstattung kann erheblich von den tatsächlichen Ausgaben abweichen.

Wenn Sie als Pensionist Ihren Wohnsitz in einen Staat verlegen, mit dem keine zwischenstaatlichen Regelungen in der Krankenversicherung bestehen, sind Sie nicht mehr bei der SVS versichert! Informieren Sie sich bitte in Ihrem Wohnsitzstaat, welche Möglichkeiten Sie haben.

Hinweis: Diese Informationen zum Krankenschutz im Ausland können nur einen allgemeinen Überblick geben. Ihr SVS Kundencenter berät Sie gerne zu Detailfragen.

Mitversicherung von Angehörigen und Weiterversicherung

Wenn Sie keinen eigenen Krankenschutz haben, können Sie sich bei einem Versicherten als Angehöriger mitversichern, sofern sich Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Inland befindet. Die Mitversicherung bieten wir entweder beitragsfrei oder gegen Bezahlung von Beiträgen.

Für Ehepartner/Eingetragene Partner/Lebensgefährten

Für Ihren Ehepartner, eingetragenen Partner oder Lebensgefährten zahlen Sie für den Krankenschutz durch die Mitversicherung grundsätzlich einen Zusatzbeitrag von 3,4 Prozent Ihrer Beitragsgrundlage.

Die Mitversicherung ist beitragsfrei

- für Frauen und Männer, die ein Kind im gemeinsamen Haushalt erziehen oder sich irgendwann zumindest vier Jahre der Kindererziehung gewidmet haben.
- für Personen, die ihren Partner pflegen, wenn dieser Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 bezieht.
- für Personen, die selber Pflegegeld der Stufe 3 oder höher erhalten.
- wenn das Nettoeinkommen des (Haupt-)Versicherten den Ausgleichszulagenrichtsatz für Ehepaare (monatlich 2.064,12 Euro, Wert 2026) nicht übersteigt.
- wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit besteht.

Hinweis: Für einen Ehepartner oder eingetragenen Partner eines nach dem BSVG Versicherten besteht nur dann die Möglichkeit einer Mitversicherung, wenn der Lebensunterhalt überwiegend aus dem Ertrag des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes bestritten wird.

Für einen Lebensgefährten ist eine Mitversicherung nur dann möglich, wenn

- er mit dem Versicherten nicht verwandt ist.
- er mit dem Versicherten seit mindestens zehn Monaten in Hausgemeinschaft lebt und den Haushalt unentgeltlich führt.
- im gemeinsamen Haushalt kein arbeitsfähiger Ehegatte oder eingetragener Partner lebt.

Für Kinder

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

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

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

Eine Verlängerung der beitragsfreien Anspruchsberechtigung über den 18. Geburtstag hinaus ist möglich, wenn Kinder und Enkel

- sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden, die ihre Arbeitskraft überwiegend beansprucht, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.
- studieren und entweder Familienbeihilfe bezogen wird oder das Studium ernsthaft und zielstrebig betrieben wird, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.
- nach dem 18. Lebensjahr oder nach dem Ende der Schul- oder

Berufsausbildung erwerbslos sind, für die Dauer der Erwerbslosigkeit, jedoch maximal für 24 Monate.
- erwerbsunfähig sind, während sie noch mitversichert sind. Das Kind bleibt auch über das 18. bzw. 27. Lebensjahr hinaus beitragsfrei mitversichert, solange es erwerbsunfähig ist.
- an einem Programm der EU zur Förderung der Mobilität junger Menschen im Ausland teilnehmen, längstens jedoch bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Für pflegende Angehörige

Folgende Angehörige sind beitragsfrei mitversichert, wenn sie den Versicherten pflegen:
- Ehepartner und eingetragene Partner
- Lebensgefährten
- Verwandte oder Verschwägerte, in gerader Linie oder in Seitenlinie bis zum 4. Grad
- Wahl-, Stief- und Pflegekinder
- Wahl-, Stief- und Pflegeeltern

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

Für andere Angehörige – im gewerblichen Bereich

Für Angehörige von Gewerbetreibenden oder Neuen Selbständigen, die nicht mitversichert sein können, gibt es die Möglichkeit, eine Familienversicherung abzuschließen.

Zur Familienversicherung können Sie zum Beispiel anmelden:
- Eltern
- Geschwister
- Schwägerin und Schwager

Voraussetzung ist, dass der gewöhnliche Aufenthalt im Inland liegt und keine Verpflichtung besteht, bei Erwerbstätigkeit im EWR-Staat eine Krankenversicherung abschließen zu müssen.

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

- Sind Sie unter 18 Jahren: 25 Prozent vom „Hauptversicherten"-Beitrag
- Sind Sie über 18 Jahren: 100 Prozent vom „Hauptversicherten"-Beitrag

Für andere Angehörige – im bäuerlichen Bereich

Mitversichert können auch Personen sein, die entweder überwiegend vom Ertrag des land(forst)wirtschaftlichen Betriebes leben oder von einem Pensionsbezieher überwiegend erhalten werden, nicht außerhalb des Betriebes hauptberuflich beschäftigt sind und grundsätzlich nicht als Angehörige des Pflichtversicherten/Pensionisten gelten. Das können zum Beispiel Verwandte (Geschwister) des Betriebsführers/Pensionisten sein, aber auch Kinder von Lebensgefährtinnen.

Weiterversicherung

Als früherer „Hauptversicherter" können Sie die Weiterversicherung für sich und Ihre mitversicherten Familienangehörigen beanspruchen. Grundvoraussetzung ist, dass kein anderer gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht und dass der Wohnsitz im Inland liegt. Das gilt für Sie und Ihre mitversicherten Angehörigen. Weitere Details zur freiwilligen Versicherung finden Sie unter svs.at.

Servicehinweise

Praxistipp Eingaben bei der SVS und Kostenrückerstattung

Erfahrungsgemäß sind Wahlarzteinreichungen und Fragen nach der Vergütungshöhe im Bereich der Krankenversicherung von großem Interesse. Wir haben deshalb einige generelle Tipps für Sie für den Bereich der Kostenrückerstattung.

Der wichtigste Tipp, egal ob Sie per Telefon, per Mail oder wie auch immer Ihr Anliegen an die SVS herantragen: Wir benötigen vorab Ihre **Versicherungsnummer**. Insbesondere viele Namensgleichheiten auf der einen Seite wie auch das rasche Auffinden Ihrer Eingaben/ Akte erfordern die Versicherungsnummer. Wir ersuchen diese immer anzugeben, es ist dies im eigenen Interesse sowie im Interesse der Bearbeitungsgeschwindigkeit.

Kostenrückerstattung

Ein korrekter Antrag ist die Voraussetzung für eine Kostenrückerstattung! Sie können die Belege per Post, online oder über svsGO oder die App zur Vergütung einreichen.

Bitte beachten Sie folgende Punkte:

Belege:
Bei Einreichung per Post benötigen wir die Originalunterlagen.

Namensangabe:
Auf jedem Beleg müssen Ihr Vor- und Zuname und Ihr Geburtsdatum aufscheinen.

Angabe der Diagnose:
Auf Rechnungen eines Arztes und bei Rechnungen über einen Spitalsaufenthalt ist die Angabe einer Diagnose unbedingt erforderlich.

Zahlungsbestätigungen bei Rechnungen:
Honorarnoten müssen einen Zahlungsvermerk enthalten. Auf Rezepten muss der Bezugsstempel der Apotheke aufscheinen. Bei Zahlung mit Erlagschein brauchen wir den Zahlungsbeleg.

Zuweisung:
Für die Vergütung von Untersuchungen in Laboratorien und bei Radiologen sowie für die Vergütung von Behandlungen in physikalischen Instituten, bei Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten und Heilmasseuren benötigen wir auch die Zuweisung des behandelnden Arztes.

Angabe der Versicherungsnummer:
Damit wir Ihren Antrag schnell bearbeiten können, brauchen wir Ihre Versicherungsnummer.

Aufgeschlüsselte Rechnungen:
Wir berechnen die Kostenrückerstattung nach Einzelleistungen. Sie bekommen mehr Geld rückerstattet, wenn jede einzelne Leistung des Arztes oder Krankenhauses auf der Rechnung ausgewiesen ist.

Mehrwertsteuer:
Wir können auch die Mehrwertsteuer rückerstatten: Das ist aber nur möglich, wenn bei Privatrechnungen oder Rezepten bis 400 Euro der Prozentsatz der Steuer auf der Rechnung aufscheint. Bei Beträgen über 400 Euro muss auch der Betrag der Steuer vom Aussteller (z.B. Apotheke) angegeben werden.

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

Beratungsangebot

Die SVS bietet Ihnen eine umfassende und individuelle Beratung zu allen Fragen der Sozialversicherung. An den regelmäßig stattfindenden Beratungstagen in den Wirtschafts- und Landwirtschaftskammern, aber auch direkt in Ihrem SVS Kundencenter haben Sie die Möglichkeit, sich – speziell auf Ihre Person abgestimmt – beraten zu lassen. Besonders bei Ereignissen wie der Geburt eines Kindes und Fragen zur Absicherung bei langer Arbeitsunfähigkeit oder geplanten teuren Behandlungen, stehen wir mit Rat und Tat zur Seite.

Die Beratungstagstermine erfahren Sie in Ihrem SVS Kundencenter, bei den Kammern oder finden Sie auch unter svs.at. Vereinbaren Sie vor einer persönlichen Beratung im SVS Kundencenter oder bei einem Beratungstag jedenfalls einen Termin unter svs.at/termin bzw. unter 050 808 808.

Nützen Sie das Informationsangebot der Sozialversicherung der Selbständigen unter svs.at. Dort finden Sie viel Wissenswertes über die einzelnen Leistungen für Sie als Selbständiger!

CaRe-Beratung
(Casemanagement & Rehabilitationsberatung)

Befinden Sie sich in einer schwierigen Lebenssituation? Wo und wie erhalten Sie Unterstützung? Wie soll es beruflich weitergehen? Die CaRe-Berater der SVS bieten Ihnen kostenlose Beratung und Unterstützung an.

Für wen kommt CaRe-Beratung in Frage?
Für Versicherte der SVS, die von einer Krankheit, einem Unfall, einer körperlichen oder geistigen Beeinträchtigung betroffen sind, wodurch ein umfassender Unterstützungsbedarf in mehreren Lebensbereichen entsteht und die mit dieser Situation überfordert sind.

Wie hilft Ihnen der CaRe-Berater?

Hier einige Beispiele:

- Information über sämtliche Leistungen der Sozialversicherung und auch über die Sozialversicherung hinaus
- eine individuelle und persönliche Betreuung und die gemeinsame Ausarbeitung und Umsetzung eines Hilfeplanes
- Beratung und Hilfe nach Spitalsentlassungen
- Beratung über Maßnahmen der Rehabilitation
- Anforderung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- Hilfe bei Anträgen (z.B. Pflegegeld, Rezeptgebührenbefreiung, etc.)
- Koordination des Versorgungsangebots verschiedener Einrichtungen (z.B. Gemeinden, soziale Stützpunkte, Selbsthilfegruppen, Hausarzt, etc.)

Was tun unsere CaRe-Berater nicht?

- in ärztliche Behandlungen bzw. Therapien eingreifen
- Leistungen ermöglichen, die nicht vorgesehen sind
- Ihre Eigenkompetenz einschränken

Wie erreichen Sie den CaRe-Berater?

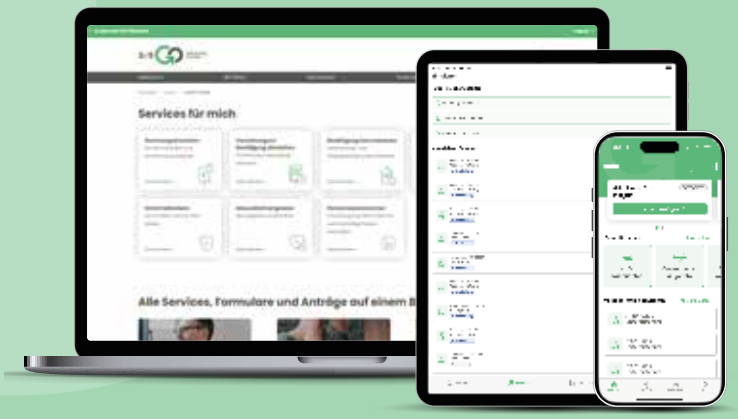
Kontaktieren Sie Ihr zuständiges SVS Kundencenter. Die Mitarbeiter der SVS Kundencenter leiten Sie gerne weiter oder geben Ihre Kontaktdaten auch an den zuständigen CaRe-Berater weiter, damit er sich mit Ihnen in Verbindung setzen kann.

Haben Sie noch Fragen? Schreiben Sie uns eine Nachricht über svsGO – schnell, sicher und direkt!

Mehr Zeit für die wichtigen Dinge im Leben!

Mit svsGO können Sie uns nicht nur Nachrichten schicken, sondern auch Anträge einbringen, persönliche Daten einsehen, Bestätigungen herunterladen, Rechnungen oder Verordnungen einreichen.

svs.at/go



Terminvereinbarung notwendig!

Wir beraten Sie gerne persönlich nach Terminvereinbarung unter **svs.at/termine**. Alle Kontaktmöglichkeiten finden Sie auf **svs.at/kontakt**.

Sie wollen am aktuellsten Stand bleiben?

News & aktuelle Themen der SVS - Jetzt für den SVS Newsletter unter **svs.at/newsletter** eintragen!