



**Versicherungsanstalt
öffentlich Bediensteter**



BVA InForm

**Ihr Ansprechpartner für
Kranken- und Unfallversicherung
sowie Pensionservice**



**Generaldirektor
Dr Gerhard Vogel**



**Präsident
Fritz Neugebauer**

Blatt - Symbol des Lebens

Die BVA will die Gesundheit ihrer Kunden erhalten und fördern. Das Blatt, ein Symbol für Leben und gesunde Umwelt, ist die bildhafte Darstellung des Unternehmensziels der BVA.

Impressum

Medieneigentümer (Verleger) und Herausgeber:

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter - BVA, Josefstädter Straße 80, 1080 Wien
Tel: 050405-0, Fax: 050405-22900, E-Mail: oea@bva.at, www.bva.at, DVR: 0024155

Für den Inhalt verantwortlich: Dr Johannes Trauner, MSc - Abt. Unfallverhütung und Öffentlichkeitsarbeit

Konzept und Layout Imagebilder: Marion Carniel, Claudia Sekardi

Konzept und Layout Broschüre: Ing Karina Winter - Abt. Unfallverhütung und Öffentlichkeitsarbeit

Auflage 1/2012, 50.000 Exemplare

Liebe Leserinnen und Leser!

Es ist für uns gelebte Selbstverständlichkeit, dass sich die aus Gründen der besseren Lesbarkeit gewählten neutralen Bezeichnungen, wie Versicherter, Dienstnehmer etc., sowohl auf Männer als auch auf Frauen beziehen. Diese Broschüre wurde mit größter Sorgfalt erarbeitet und geprüft, trotzdem kann es zu Druck- oder Satzfehlern kommen. Rechte können jedoch daraus nicht abgeleitet werden.

Sehr geehrte Dame! Sehr geehrter Herr!

Wir möchten Ihnen und Ihren mitversicherten Angehörigen das weitreichende Serviceangebot der BVA vorstellen. Die BVA InForm stellt die vielfältigen Leistungen unserer Kranken- und Unfallversicherung sowie – sollten Sie Bundesbeamter im Ruhestand sein – auch jene unseres Pensionservice vor.

Für alle Auskünfte und Anfragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne persönlich, telefonisch oder schriftlich per Post, Fax und E-Mail zur Verfügung. Unsere Dienststellen, Telefon- und Faxnummern sowie die Kundendienstzeiten entnehmen Sie bitte der Rückseite dieser Broschüre. Das **Service-Center** Ihrer nächsten BVA-Dienststelle erreichen Sie unter der österreichweit einheitlichen Telefonnummer **050405**.



Wir laden Sie auch ein, unsere **Homepage** unter www.bva.at zu besuchen, wo Sie nicht nur weiterführende Informationen über unser Leistungsangebot erhalten, sondern auch zahlreiche **Online-Services** wie Abfrage von Versicherungszeiten oder **Downloads** von diversen Formularen nutzen können.

Über Ihre Anregungen freuen wir uns.

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen!

Mit freundlichen Grüßen

Präsident Fritz Neugebauer

GD Dr Gerhard Vogel

Inhaltsverzeichnis



Allgemeines

Seite 5 bis 8



Krankenversicherung

Seite 9 bis 39



Unfallversicherung

Seite 40 bis 46



Pensionservice

Seite 47 bis 52



Sachregister

Seite 53 bis 58

Zeichenerklärung

▶▶▶ Neben den roten Pfeilen finden Sie wichtige Hinweise zum Thema, die Sie unbedingt beachten sollten.

▶▶▶ Die grünen Pfeile stehen für nützliche Zusatzinformationen.



Allgemeines

BVA ist die Kurzbezeichnung für die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Als gesetzliche Kranken- und Unfallversicherung für die Beamten in Österreich sowie die neuen Vertragsbediensteten des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Gemeindeverbände betreuen wir ca. 800.000 Kunden (Versicherte und mitversicherte Angehörige).

In unserem Bürogebäude in 1080 Wien, Josefstädter Straße 80, sind neben der Hauptstelle die Landesstelle für Wien, NÖ und Bgl sowie ein Ambulatorium für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Augenheilkunde und Innere Medizin (Vorsorgeuntersuchung) untergebracht. Weitere Landesstellen befinden sich in Graz, Linz, Salzburg, Klagenfurt, Innsbruck und Bregenz; zwei Außenstellen sind in St. Pölten und in Eisenstadt eingerichtet. In der Landesstelle Salzburg betreiben wir ein weiteres Zahnambulatorium. Darüber hinaus verfügen wir über ein Rehabilitations- und Kurzentrum in Bad Schallerbach, ein Rehabilitationszentrum in Baden bei Wien sowie Therapiezentren in Waidhofen an der Ybbs und Bad Tatzmannsdorf.

Am Standort in 1030 Wien, Barichgasse 38, befindet sich das „Pensionservice“ der BVA.

Unsere Kunden

Die Kranken- und Unfallversicherung des öffentlichen Dienstes wird durch das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) geregelt. Wesentlich für die Zugehörigkeit zu dieser Pflichtversicherung ist ein Beschäftigungsverhältnis zu einem öffentlich-rechtlichen Dienstgeber (oder ein entsprechendes Mandat bzw. eine öffentliche Funktion) sowie bei Beamten im Ruhestand und neuen Vertragsbediensteten in Pension der ordentliche Wohnsitz im Inland.



Als Krankenversicherungsträger vollzieht die BVA das gesamte Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen, und zwar auch für jene Versicherungszweige (Pensionsversicherung, Arbeitslosenversicherung) und Beiträge (zB Arbeiterkammerumlage, Wohnbauförderungsbeitrag, Mitarbeitervorsorgebeiträge), die nicht im Verantwortungsbereich der BVA liegen.

Mit 1.1.2007 wurden der BVA sämtliche Aufgaben des Bundespensionsamtes übertragen. Seitdem betreut die BVA (Pensionservice) als Pensionsbehörde die pensionsrechtlichen Angelegenheiten der Bundesbeamten und ihrer Hinterbliebenen (Berechnung und Auszahlung der Ruhe- und Versorgungsbezüge nach dem Pensionsgesetz 1965).

Als Entscheidungsträger nach dem Bundespflegegeldgesetz ist die BVA ebenfalls seit 1.1.2007 zuständig für das Pflegegeld jener Personen, die ihre Ruhe- und Versorgungsbezüge von der BVA (Pensionservice) ausbezahlt bekommen.

Mit 1.1.2012 wurden sämtliche landesrechtlichen Zuständigkeiten für das Pflegegeld auf die nach dem Bundespflegegeldgesetz tätigen Entscheidungsträger übertragen (Pflegegeldreformgesetz 2012). In diesem Zusammenhang administriert die BVA – zusätzlich zu den oben genannten Zuständigkeiten – die Pflegegeldangelegenheiten auch aller anderen öffentlich-rechtlich Bediensteten des Bundes, der Länder und Gemeinden sowie ihrer Hinterbliebenen, auch wenn sie ihre öffentlich-rechtlichen Ruhe- und Versorgungsbezüge von einer anderen Stelle (zum Beispiel von einem Land) erhalten.

Pflichtversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung

- **Beamte**
die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zum Bund, einem Bundesland, einem Gemeindeverband oder einer Gemeinde stehenden Dienstnehmer
- **„Neue“ Vertragsbedienstete**
 - Vertragsbedienstete des Bundes im Sinne des Vertragsbedienstetengesetzes 1948, deren Dienstverhältnis ab dem 1.1.1999 begründet wurde
 - Vertragsbedienstete der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände, deren Dienstverhältnis ab dem 1.1.2001 begründet wurde
- **Arbeitnehmer der Universitäten** im Sinne des Universitätsgesetzes 2002
- **Dienstnehmer bestimmter Institutionen**
wie öffentlicher Fonds, Stiftungen, Anstalten und Betriebe, die von Bund, Land oder Gemeinde verwaltet werden, ferner der Österreichischen Bundestheater oder der Österreichischen Nationalbank, deren privatrechtliches Dienstverhältnis drei wesentliche Merkmale aufweist:
 - Unkündbarkeit des Dienstverhältnisses
 - Anwartschaft auf Ruhe- oder Versorgungsgenüsse (Pensionsansprüche) vom Dienstgeber
 - Anspruch auf Weiterzahlung der Dienstbezüge im Erkrankungsfall durch mindestens sechs Monate
- **Öffentliche Mandatäre und Funktionsträger**
Personen, die als Organe der Gesetzgebung, Vollziehung oder Rechtsprechung in öffentliche Funktionen gewählt oder bestellt wurden

Aktive Versicherte (nicht Pensionisten) unterliegen nur dann der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG, wenn ihre Beitragsgrundlage die Geringfügigkeitsgrenze übersteigt.

Bis zur Geringfügigkeitsgrenze besteht nur eine Unfallversicherung nach dem B-KUVG. Für den aufgrund der geringfügigen Beschäftigung teilversicherten Personenkreis besteht die Möglichkeit einer Selbstversicherung.

Pflichtversicherung nur in der Krankenversicherung

- die Ruhegenussbezieher, das sind Beamte in Pension
- die Versorgungsgenussbezieher, das sind Witwen, Witwer, hinterbliebene eingetragene Partner oder Waisen
- Bezieher von Kinderbetreuungsgeld, sofern sie dieses von der BVA beziehen
- Bezieher von Eigen- oder Hinterbliebenenpensionen nach dem ASVG, wenn der Aktive bzw. der Verstorbene zuletzt nach den Vorschriften des B-KUVG krankenversichert war

Pflichtversicherung nur in der Unfallversicherung

- Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
- ehrenamtlich tätige Bewährungshelfer im Sinne des Bewährungshilfegesetzes
- Mitglieder der Vollzugskommissionen
- geringfügig Beschäftigte

Ausnahmen von der Pflichtversicherung (Kranken- und/oder Unfallversicherung)

- Mitglieder einer dienstherrlichen Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung (KFA)
- Zivildienstler

▶▶▶ Aufgrund der Vielzahl an Personengruppen, die bei uns versichert sind, wurden hier nur Beispiele angeführt. Details entnehmen Sie bitte unserem Sozialversicherungsgesetz (B-KUVG §§ 1 ff).



Krankenversicherung

Liegt eine Krankheit (ein regelwidriger Körper- und/oder Geisteszustand) vor, übernehmen wir die Kosten der notwendigen Krankenbehandlung.

Den Rahmen dafür bildet das Gesetz mit einer exakten Definition für die notwendige Krankenbehandlung: Es handelt sich um Maßnahmen, welche geeignet sind, die Gesundheit, die Dienstfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederherzustellen, zu festigen oder zu bessern. Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

▶▶▶ Nähere Informationen über die Krankenversicherung finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/kv.

Leistungen der Krankenversicherung

Bei den Leistungen der Krankenversicherung unterscheidet man zwischen Pflichtleistungen und freiwilligen Leistungen.

Pflichtleistungen

Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein durchsetzbarer Rechtsanspruch besteht:

- ärztliche Hilfe
- der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen
 - Physiotherapie
 - Behandlung durch einen berechtigten Heilmasseur (gemäß Mediz. Masseur- und Heilmasseurgesetz)
 - Logopädie
 - Ergotherapie
 - Diagnostik durch klinische Psychologen
 - Psychotherapie
- Zahnbehandlung und Zahnersatz

- Medikamente (Heilmittel)
- Heilbehelfe und Hilfsmittel
- Anstaltspflege oder med. Hauskrankenpflege
- Mutterschaftsleistungen
- in bestimmten Fällen Transportkosten
- Geldleistungen (Krankengeld bzw. Wochengeld – nur für Vertragsbedienstete)

Auch die **Vorsorgeuntersuchung** zur Früherkennung von Krankheiten zählt zu den Pflichtleistungen.

Freiwillige Leistungen

Bei den Maßnahmen der erweiterten Heilbehandlung (zB Kuren) handelt es sich um freiwillige Leistungen, die in jedem Fall an eine **vorherige Bewilligung** durch die BVA gebunden sind. Es besteht kein durchsetzbarer Rechtsanspruch.

Auch Fahrtkosten zählen grundsätzlich zu den freiwilligen Leistungen.

▶▶▶ Für die Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung gibt es unter bestimmten Voraussetzungen einen Ersatz für Reise- bzw. Fahrtkosten! Sehen Sie dazu Seite 33.

▶▶▶ Ausführliche Informationen zu den einzelnen Pflichtleistungen finden Sie ab Seite 20 und zu den freiwilligen Leistungen ab Seite 34.

Behandlungsbeitrag

Unter Behandlungsbeitrag versteht man eine prozentuelle Kostenbeteiligung des Versicherten am Aufwand der BVA für bestimmte Leistungen. Der Behandlungsbeitrag sichert das hohe Leistungsniveau der BVA. Das seit der Gründung der BVA praktizierte System der freien Arztwahl, kombiniert mit der Vergütung von Einzelleistungen, wird durch den Behandlungsbeitrag reguliert. Im Gegenzug wird der Versicherte in die Kontrolle seiner Leistungsabrechnung eingebunden.

Ein Behandlungsbeitrag ist zu entrichten:

- für ein mit der Konsultation des Vertragspartners verbundenes, von konkreten Behandlungen unabhängiges Grundhonorar (zB Ordinationen, Visiten, Ambulanzpauschalien)
- für elektrokardiografische (EKG) und ergometrische Untersuchungen
- für bildgebende Diagnoseverfahren (zB Röntgen, Sonografie)
- für Laboruntersuchungen
- für ärztliche Diagnose- und Therapiegespräche
- für Physiotherapie
- für Psychotherapie
- für Zahnersatz
- für konservierende, chirurgische und kieferorthopädische Zahnbehandlung

Der Behandlungsbeitrag beträgt grundsätzlich 20 % des Vertragstarifes. Kinder unter 18 Jahren sind vom Behandlungsbeitrag gänzlich befreit – außer für kieferorthopädische Behandlungen.

Kein Behandlungsbeitrag ist zu entrichten:

- für klinisch-psychologische Diagnostik
- für Ergotherapie
- für Kurzbehandlungen (ambulante Therapien) im Rahmen eines bewilligten Kuraufenthaltes mit Kurkostenbeiträgen
- für die Behandlung anzeigepflichtiger übertragbarer Krankheiten

Bei Pauschalhonorierung (zB Spitalsambulanzen) wird die Höhe des Behandlungsbeitrages in der Satzung bestimmt.

Für stationäre Spitalsaufenthalte und Operationen ist kein Behandlungsbeitrag zu entrichten.

Im Regelfall erfolgt die Verschreibung des Behandlungsbeitrages im Nachhinein.

▶▶▶ Nähere Informationen gibt Ihnen Ihre Landes- oder Außenstelle (Adressen und Telefonnummern sind auf der Rückseite der Broschüre) bzw. finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/bb.

Nachsicht des Behandlungsbeitrages

Bereits im Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Staatsbediensteten von 1920 wurde – zur Absicherung des Grundsatzes der freien Arztwahl – eine „Arztgebühr“ festgeschrieben, die im B-KUVG 1967 mit 20 % auf ärztliche Grundleistungen fixiert wurde. Aber schon damals war klar, dass der Behandlungsbeitrag nicht zu einer unzumutbaren Belastung für die Versicherten werden darf. Daher hat die BVA von Anbeginn durch die Festsetzung eigener Richtlinien ein Netz für sozial Schwache gespannt. Dadurch war und ist es möglich, unter gewissen Voraussetzungen den Behandlungsbeitrag nachzusehen.

In der Berechnung der maximalen Belastbarkeit des Versicherten durch Selbstbehalte hat sich der sogenannte „Richtwert“ als optimale Methode bewährt. Dieser Richtwert wird mittels einer mathematischen Formel, die das Familien-Nettoeinkommen sowie die Zahl der anspruchsberechtigten Familienangehörigen (Ehepartner, eingetragene Partner, Kinder) berücksichtigt, errechnet. Er ist daher keine fixe Größe, sondern den individuellen sozialen Umständen des Versicherten angepasst.

In der Praxis wird also für jeden Antrag der individuelle Richtwert errechnet – die BVA sieht alle Kostenanteile, die diesen Richtwert überschreiten, nach.

Nachsichtszeitraum

Der Nachsichtszeitraum umfasst mindestens drei Monate, höchstens jedoch zwölf Monate.

Verbesserte Nachsichtsmöglichkeit durch Berücksichtigung weiterer Kostenbeteiligungen

Für die Berechnung der Nachsicht werden neben dem Behandlungsbeitrag auch Rezeptgebühren, Kostenanteile für Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie Zuzahlungen für Aufenthalte in Kur-, Genesungs-, Erholungs- oder Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt.

Antragstellung

Für Ihr Nachsichtsansuchen genügt ein formloses Schreiben mit dem Nachweis über die Höhe des im Nachsichtszeitraum erworbenen Familiennettoeinkommens.

▶▶▶ Nähere Informationen über die Nachsicht des Behandlungsbeitrages finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/bb-nachsicht.

Anspruchsberechtigung

Unsere Kunden haben durch ihre Beitragsleistung Anspruch auf den Schutz der Krankenversicherung für sich und – in den meisten Fällen ohne zusätzliche Beitragsleistung – für ihre mitversicherten Angehörigen, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und nicht selbst krankenversichert sind (aufgrund eines Berufes, Lehrverhältnisses, Pensions- oder Arbeitslosengeldbezuges).



Mitversicherte Angehörige können sein:

- Ehegatte/eingetragene Partner
- geschiedener unterhaltsberechtigter Ehegatte/frühere unterhaltsberechtigter eingetragene Partner
- Kinder
- Enkel
- Haushaltsführer
- Eltern
- pflegende Angehörige

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

▶▶▶ Kinder sowie Wahl-, Stief- und Pflegekinder bzw. Enkel sind grundsätzlich beitragsfrei mitversichert. Für alle anderen Personengruppen wird ein Zusatzbeitrag von 3,4 % der Beitragsgrundlage des Versicherten eingehoben. Unter bestimmten Voraussetzungen (zB Vorliegen von Zeiten der Kindererziehung, Bezug von Pflegegeld, soziale Schutzbedürftigkeit) ist aber auch hier eine beitragsfreie Mitversicherung vorgesehen.

▶▶▶ Die Mitversicherung bei einem anderen Versicherungsträger zählt nicht als eigene Krankenversicherung! Beispielsweise sind Kinder, deren Eltern bei zwei verschiedenen Krankenversicherungsträgern versichert sind, bei beiden Elternteilen mitversichert.

▶▶▶ Seit 1.1.2010 ist es für Personen des gleichen Geschlechts möglich, eine „Eingetragene Partnerschaft“ einzugehen. Die Wirkungen einer eingetragenen Partnerschaft entsprechen im Wesentlichen den Rechten und Pflichten verheirateter Personen. Im Rahmen des B-KUVG ist der eingetragene Partner dem Ehegatten gleichgestellt, sodass sich im Krankenversicherungsschutz gegenüber sonstigen Angehörigen grundsätzlich keine Unterschiede ergeben.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht jedoch die Anspruchsberechtigung weiter:

- Schul- oder Berufsausbildung
- Studium
- Fachhochschule

- Erwerbslosigkeit
- Erwerbsunfähigkeit infolge Krankheit oder Gebrechen
- Teilnahme an einem Programm der Europäischen Gemeinschaften zur Förderung der Mobilität junger Menschen

▶▶▶ Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/ab oder gibt Ihnen im Bedarfsfall Ihre Landes- oder Außenstelle (Adressen und Telefonnummern finden Sie auf der Rückseite der Broschüre).

Der richtige Krankenversicherungsschutz für Ihren Urlaub

Im Inland. Wenn Sie Ihren Urlaub in Österreich verbringen, nehmen Sie Ihre e-card mit.

Im Ausland. Mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK – diese ist auf der Rückseite der e-card angebracht) sind Sie in Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, den Niederlanden, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, der Schweiz, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn sowie auf dem griechischen Teil von Zypern entsprechend den im jeweiligen Land geltenden Bestimmungen geschützt.

Bei Bedarf ist die Europäische Krankenversicherungskarte direkt beim Vertragsarzt beziehungsweise Krankenhaus vorzulegen.

Achten Sie daher auf die Richtigkeit der Daten und insbesondere auf das Ablaufdatum.



Vertragsstaaten

Mit Bosnien und Herzegowina, Kroatien, Mazedonien, Montenegro, Serbien und der Türkei gelten zwischenstaatliche Abkommen, die einen Versicherungsschutz mittels **Betreuungsschein** gewährleisten.

Diesen müssen Sie im jeweiligen Urlaubsland vor einem Arztbesuch beim dortigen Sozialversicherungsträger in einen örtlichen Krankenschein umtauschen.



Nichtvertrags-Staaten

Nicht vertraglich geschützt ist man in allen anderen Staaten der Erde. Dort gelten Sie im Ernstfall als Privatpatient – die Kosten für eine Krankenbehandlung müssen an Ort und Stelle bezahlt werden, die Originalrechnungen (mit Saldierungsvermerk!) können Sie bei der BVA einreichen. **Doch Achtung:** die Höhe der Vergütung richtet sich nach dem österreichischen Kassentarif! Um also unliebsame Überraschungen zu vermeiden, empfehlen wir vor Reisen in solche Länder dringend den Abschluss einer privaten Reisekrankenversicherung.

- ▶▶▶ Manche Vertragsstaaten sehen für bestimmte Leistungen Selbstbehalte vor, die von der österreichischen Sozialversicherung nicht ersetzt werden können. Der Leistungsumfang orientiert sich immer nach der Rechtslage des betreffenden Staates und kann vom österreichischen Standard abweichen. Eine zusätzliche Reiseversicherung ist also in jedem Fall empfehlenswert – diese gewährleistet möglicherweise auch einen allfälligen Rücktransport, dessen Kosten von der österreichischen Krankenversicherung grundsätzlich nicht übernommen werden.
- ▶▶▶ Müssen Sie sich aus anderen Gründen ins Ausland begeben (zB wegen Übersiedlung, Versetzung an eine Dienststelle im Ausland, Studium, medizinischer Untersuchung oder Behandlung), wenden Sie sich bitte zeitgerecht an Ihre Landes- oder Außenstelle.
- ▶▶▶ Wenn Sie keine gültige Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) besitzen, beantragen Sie für die EWR-Länder bitte eine Ersatzbescheinigung.
- ▶▶▶ Bestellen Sie Ihre Betreuungsscheine bitte zeitgerecht (Postweg!) bei Ihrer Landes- oder Außenstelle bzw. über unsere Homepage unter www.bva.at/urlaub.

Prinzip der freien Arztwahl

Im Krankheitsfall haben Sie die Möglichkeit, den Arzt Ihres Vertrauens auszusuchen. Um dieses Prinzip der freien Arztwahl zu wahren, hat die BVA Verträge mit Ärzten, Gruppenpraxen, Spitälern, Bandagisten, Optikern, Ambulatorien und Institutionen, etc. abgeschlossen. Von diesen **Vertragspartnern** werden Sie gegen Vorlage der e-card **ohne eine Vorfinanzierung** Ihrerseits behandelt.

Werden Leistungen außerhalb eines BVA-Vertrages in Anspruch genommen

(**Wahlarzt, Wahlrichtung**), so müssen Sie die **Kosten vorerst selbst tragen**.

Somit ist in jedem Fall gewährleistet, dass Sie den Arzt Ihres Vertrauens aufsuchen können (= Prinzip der freien Arztwahl).

Mehr dazu, insbesondere Informationen über die Kostenerstattung, finden Sie unter dem Titel "Ersatzleistungen" auf der folgenden Seite.

▶▶▶ Zum Zweck der Bereitstellung und Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung hat die BVA zum 1.1.2010 für ihre Versicherten und Angehörigen einen Gruppenpraxen-Gesamtvertrag bzw. darauf beruhende Einzelverträge abgeschlossen.

Ärztliche Hilfe

Bei einer Erkrankung haben Sie die Möglichkeit, einen Arzt Ihres Vertrauens aufzusuchen:

- Vertragsarzt/Gruppenpraxis
- das Ambulatorium der BVA in Wien
- Vertragseinrichtungen der BVA (zB Spitäler, Ambulatorien)
- den Ärzten gleichgestellte Vertragspartner (zB Physiotherapeuten, Logopäden) – **Hier benötigen Sie zusätzlich eine ärztliche Zuweisung!**



- Einrichtungen (Ärzte, Spitäler), die mit uns keinen Vertrag zur direkten Verrechnung abgeschlossen haben – Hier gilt Ihre e-card nicht. Sie müssen vorerst die in Rechnung gestellten Kosten selbst bezahlen und können diese bei der BVA zur tarifmäßigen Kostenerstattung einreichen. Auch hier kommt das Prinzip der freien Arztwahl zur Anwendung.

▶▶▶ Mehr über die Kostenerstattung finden Sie auf der Seite 19.

▶▶▶ Nähere Informationen über die ärztliche Hilfe finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/aeh.

Der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen

Im Rahmen der Krankenbehandlung sind der ärztlichen Hilfe gleichgestellt:

- Physiotherapie (zB Heilgymnastik)
- Behandlung durch einen berechtigten Heilmasseur (gemäß Mediz. Masseur- und Heilmasseurgesetz)
- Ergotherapie
- Logopädie
- klinische Psychologie (nur diagnostische Maßnahmen)
- Psychotherapie



Bitte beachten Sie, dass eine Kostenübernahme nur bei Inanspruchnahme eines gesetzlich anerkannten Therapeuten, klinischen Psychologen bzw. Heilmasseurs erfolgen kann.

▶▶▶ Da einige dieser Leistungen vor Inanspruchnahme bewilligt werden müssen, setzen Sie sich bitte mit Ihrer Landes- oder Außenstelle in Verbindung. Adressen und Telefonnummern finden Sie auf der Rückseite der Broschüre.

e-card

Die e-card ist für den Versicherten mehr als nur ein Krankenschein in Scheckkartenformat. Sie ist der Schlüssel zum Gesundheitssystem und ermöglicht durch die Bürgerkartenfunktion auch den Zugang zu Services des E-Government. Mit der e-card sind medizinische Leistungen für alle Versicherten und deren Angehörige grundsätzlich papierlos zugänglich.



Überweisungsscheine sind nach wie vor erforderlich, um medizinische Informationen transportieren zu können. Gemeinsam mit der e-card legen Sie den Überweisungsschein

dem Vertragspartner vor, an den Sie überwiesen wurden.

Auf der e-card selbst sind keine Daten gespeichert, diese werden bei jedem Arztkontakt aktuell online abgerufen; daher ist auch bei Wechsel des zuständigen Versicherungsträgers ein Austausch der e-card nicht vorgesehen.

Sollten sich Daten, die auf der Vorderseite der e-card ersichtlich sind, ändern, oder die Karte wird beschädigt, muss diese ausgetauscht werden. Setzen Sie sich in diesem Fall mit Ihrer Landes- oder Außenstelle in Verbindung.

Wenn die Karte verloren geht, melden Sie uns den Verlust oder Diebstahl möglichst rasch, und zwar unter der e-card-Servicehotline 050124 33 11 oder bei der BVA unter der österreichweit einheitlichen Telefonnummer 050405.

▶▶▶ **Versicherte der BVA müssen kein Service-Entgelt für die e-card entrichten.**

▶▶▶ Auch wenn Sie bei mehreren Krankenversicherungsträgern versichert sind, erhalten Sie nur eine e-card. Die Gültigkeitsdauer der e-card ist grundsätzlich unbegrenzt.

▶▶▶ Wenn Ihre EKVK abläuft, erhalten Sie automatisch eine neue e-card.

▶▶▶ Im Jahr 2010 wurde ein Großteil der e-cards sukzessive ausgetauscht (Auslaufen der EKVK). Die neue e-card-Generation ist mit Brailleschrift ausgestattet, wodurch die Karte auch für sehbehinderte Personen auf einen Griff erkennbar ist.

▶▶▶ In der e-card steckt noch viel mehr als der elektronische Krankenschein. Sie ist für die elektronische Signatur vorbereitet und kann daher auch als Bürgerkarte verwendet werden. Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/e-card.

Ersatzleistungen (Kostenerstattung)

Wenn Sie einen Wahlarzt bzw. eine Wahlrichtung aufsuchen oder die Leistung nicht vertraglich geregelt ist, müssen Sie die Kosten vorerst selbst bezahlen. Die BVA erstattet Ihnen, nach Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit, für die auf der Rechnung ausgewiesenen Leistungen jenen Betrag, den die BVA dem nächstgelegenen vergleichbaren Vertragspartner für die gleiche Leistung bezahlen würde, abzüglich allfälliger Selbstbehalte (zB Behandlungsbeitrag).

Gibt es für die Leistung bei vergleichbaren Vertragspartnern keinen Vertragstarif, erhalten Sie – sofern deren medizinische Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit gegeben ist und es sich um eine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn handelt – einen in der Satzung festgelegten Zuschuss.

Sie können die Ersatzleistung bei Ihrer Landes- oder Außenstelle gegen Vorlage einer detaillierten, saldierten Originalrechnung und (gegebenenfalls) eines Einzahlungsbeleges beantragen.



Die Rechnung muss folgende Angaben enthalten:

- Behandlungsstelle
- Behandlungstag oder Behandlungszeitraum
- Leistungsempfänger (Patient)
- Diagnose
- erbrachte Leistung(en)
- Rechnungsbetrag
- Zahlungsbestätigung bzw. Zahlschein
- Rechnungsdatum

▶▶▶ Der Anspruch auf Kostenerstattung verfällt, wenn der Antrag nicht innerhalb von 42 Monaten (3 1/2 Jahre) nach Inanspruchnahme der Leistung bei uns gestellt wurde.

Gesundheitsvorsorge

Die Vorbeugung und Früherkennung von Krankheiten wie zB Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen und Krebs sind ein besonderes Anliegen der BVA.

Vorsorgeuntersuchung

Jeder Versicherte (Angehörige) ab dem vollendeten 18. Lebensjahr hat jährlich Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung.

Diese kann von bestimmten Vertragsärzten, Vertragseinrichtungen und dem Ambulatorium der BVA in Wien durchgeführt werden. Zur Anmeldung ist die e-card mitzubringen.

Für die im Basisprogramm der Vorsorgeuntersuchung enthaltenen Untersuchungen müssen Sie keinen Behandlungsbeitrag bezahlen.

Bitte beachten Sie: Für Folgebehandlungen sowie Untersuchungen, die über den Leistungskatalog der Vorsorgeuntersuchung hinausgehen, ist jedoch ein Behandlungsbeitrag zu entrichten.

Das Basisprogramm der Vorsorgeuntersuchung umfasst:

- ausführliche Anamnese zu individuellen Risiken (familiäre Belastung, kardiovaskuläres Risiko)
- Lebensstilerhebung (Bewegung, Alkohol, Rauchen)
- Untersuchung auf Parodontalerkrankungen (Zahnfleisch, Zahnstein)



- Blutdruckmessung
- klinische Untersuchung des Körpers (Haut, Abdomen, Kopf/Hals, Wirbelsäule/Gelenke), Herz/Lunge/Gefäße)
- Harnuntersuchung auf Leucozyten, Glukose, Nitrit, Eiweiß, Blut, Urobilinogen, Bauchumfangmessung und Body-Mass-Index
- Blutuntersuchung mit Untersuchung von Blutfetten (Gesamtcholesterin/HDL-Cholesterin/Quotient), Blutzucker, Triglyceride, Gamma-GT; für Frauen zusätzlich ein rotes Blutbild
- für Frauen eine PAP-Untersuchung; eine Mammographie alle zwei Jahre ab dem 40. Lebensjahr

- Untersuchung auf Blut im Stuhl und Angebot einer Koloskopie zur Darmkrebsvorsorge (beides ab dem 50. Lebensjahr)
- Untersuchung des Hörvermögens und Abfrage des Sehvermögens ab dem 65. Lebensjahr

Im Abschlussgespräch erfahren Sie die Ergebnisse und erhalten vom Arzt Tipps, wie Sie eine gesunde Lebensweise praktizieren und individuelle Risikofaktoren senken können.

Pneumokokken-Impfung

Die BVA leistet im Rahmen der alljährlichen Impfkaktion einen Zuschuss von EUR 7,00 zur Pneumokokken-Impfung für Personen über 60 Jahre, chronisch erkrankte und immungeschwächte Personen. Dieser Zuschuss wird beim Kauf des Impfstoffes in Abzug gebracht.



Im Rahmen des Kinderimpfkonzeptes wurde die Impfung gegen Pneumokokken von Risikokindern auf alle Kinder ausgeweitet; die Kosten werden daher ab 2012 von Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern zur Gänze übernommen.

FSME-Impfung

Die BVA leistet zu den Kosten einer Impfung gegen Frühsommermeningoenzephalitis (allgemein "Zeckenschutzimpfung") einen in der Satzung festgesetzten Zuschuss (EUR 16,00).

Im Regelfall gibt die Apotheke bzw. Impfstelle den Impfstoff zu einem um diesen Zuschuss verminderten Preis ab. Sie müssen nur den Erhalt des Impfstoffes auf dem dafür vorgesehenen Rezeptformular und die begünstigte Abgabe bestätigen. Der Zuschuss wird aber auch als Ersatzleistung ausbezahlt.

Humangenetische Untersuchungen

Die BVA bietet bei darauf spezialisierten Vertragspartnern genetische Familienberatung, pränatale Diagnostik und zytogenetische Untersuchungen unter bestimmten Voraussetzungen (zur Aufspürung der Gefahr von Erbkrankheiten) an.

▶▶▶ Die Durchführung des vom Gesundheitsministerium initiierten Kinderimpfkonzeptes wird in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Genaue Informationen erhalten Sie bei Ihrem örtlich zuständigen Magistrat bzw. Gesundheitsamt, beim Kinderarzt Ihres Vertrauens sowie auf der Homepage des Gesundheitsministeriums unter www.bmg.gv.at.

▶▶▶ Nähere Informationen über die Gesundheitsvorsorge finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/gv.

Medikamente (Heilmittel)

Die BVA übernimmt die Kosten der notwendigen Heilmittel. Je nachdem, ob Sie einen Vertragspartner oder einen Wahlarzt/eine Wahleinrichtung aufsuchen, erhalten Sie ein Kassen- oder Privatrezept.



Kassenrezept

Dieses Rezept können Sie direkt in der Apotheke einlösen. Die Verordnung ist einen Monat ab Ausstellungsdatum gültig. (Wahlärzte können die Rezepturbefugnis bei der BVA beantragen. Derartige Wahlarztrezepte sind dann wie Kassenrezepte zu behandeln und können daher direkt in der Apotheke eingelöst werden.)

Bewilligung durch den Chefarzt

Mit 1.1.2005 wurde ein neues Heilmittelverzeichnis, der „Erstattungskodex“, eingeführt. Die Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Medikamenten sind klar und nachvollziehbar geregelt.

Mit Einführung des Erstattungskodex ist ein Großteil der bisher bewilligungspflichtigen Medikamente frei verschreibbar. Sollte Ihr Arzt trotzdem ein bewilligungspflichtiges Medikament verordnen, holt er die notwendige Bewilligung eines Medikamentes auf elektronischem Weg ein.

Privatrezept

Wahlärzte ohne Rezepturbefugnis dürfen Heilmittel nur auf Privatrezept verordnen.

Ein Privatrezept können Sie auf Kosten der BVA dann direkt in der Apotheke einlösen, wenn es sich ausschließlich um Verordnungen aus dem grünen Bereich des Erstattungskodex handelt und die Abgabebestimmungen eingehalten werden.

Bei bewilligungspflichtigen Präparaten müssen Sie das Privatrezept an Ihre Landes- oder Außenstelle zur Bewilligung übermitteln. Beziehen Sie ein bewilligungspflichtiges Heilmittel auf Privatrezept ohne unsere vorherige Bewilligung direkt in der Apotheke, so müssen Sie die Kosten in Höhe des Privatabgabepreises vorerst selbst tragen.

Zur Prüfung, ob ein allfälliger Kostenersatz möglich ist, können Sie das Rezept und die bezahlte Originalrechnung an Ihre Landes- oder Außenstelle übersenden.

Als möglichen Kostenersatz erhalten Sie jenen Betrag, den die BVA für das Medikament aufzuwenden gehabt hätte (Kassenpreis), abzüglich der Rezeptgebühr.



Befreiung von der Rezeptgebühr

Für jedes Medikament, das Sie auf Kosten der BVA in einer Apotheke oder Hausapotheke beziehen, ist eine Rezeptgebühr zu entrichten. Liegen die Kosten des Heilmittels unter der Rezeptgebühr, so bezahlen Sie dieses Medikament selbst.

Bezieher einer Ergänzungs-/Ausgleichszulage sind ohne Antrag von der Rezeptgebühr befreit.

Personen mit geringem Einkommen, für die die Rezeptgebühr eine unzumutbare wirtschaftliche Belastung darstellt, können über Antrag von der Rezeptgebühr befreit werden. Berücksichtigt werden in diesen Fällen das Familieneinkommen, die Größe der Familie und eventuell erhöhte Aufwendungen infolge Krankheit oder Gebrechen.

Rezeptgebührenobergrenze (REGO)

Jeder Versicherte muss nur so lange Rezeptgebühren bezahlen, bis er im laufenden Kalenderjahr mit diesen Zahlungen einen Betrag von 2 % seines Jahresnettoeinkommens erreicht hat. Danach ist er für den Rest des Kalenderjahres – ohne Antragstellung – von der Rezeptgebühr befreit. Für Angehörige wird keine Rezeptgebührenobergrenze festgelegt. Die von den Angehörigen bezahlten Rezeptgebühren werden für die Errechnung der Rezeptgebührenobergrenze des Versicherten berücksichtigt.

Für Rezepte zur Behandlung anzeigepflichtiger, übertragbarer Krankheiten darf keine Rezeptgebühr eingehoben werden.

▶▶▶ Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/med.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden in einfacher und zweckentsprechender Ausführung gewährt. Heilbehelfe sind Behelfe, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit dienen, wie zB Brillen, Schuheinlagen oder Bandagen. Unter Hilfsmitteln sind Gegenstände und Vorrichtungen zu verstehen, die geeignet sind,

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



Hilfsmittel der sogenannten großen Orthopädie, das sind Prothesen, orthopädische Apparate (Lendenstützmieder etc.), müssen in den meisten Fällen vorweg von der BVA bewilligt werden.

Beim Bezug von Heilbehelfen und Hilfsmitteln ist ein Kostenanteil vorgesehen, der Ihnen vom Vertragspartner in Rechnung gestellt wird.

Der Kostenanteil beträgt 10 % des Vertragspreises, mindestens aber EUR 28,20. Bei Sehbehelfen beträgt der Kostenanteil derzeit mindestens EUR 84,60, für mitversicherte Jugendliche weiterhin EUR 28,20. Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle werden von der BVA bis zur Höhe von EUR 2.820,00 übernommen, für alle anderen Heilbehelfe und Hilfsmittel gilt die Obergrenze von EUR 1.128,00.

Folgende Personen zahlen keinen Kostenanteil für Heilbehelfe und Hilfsmittel:

- Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres
- Personen, die Anspruch auf erhöhte Familienbeihilfe haben
- Anspruchsberechtigte, die von der Rezeptgebühr befreit sind. (Ausgenommen ist die Befreiung nach Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze.)

Weiters entfällt der Kostenanteil bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln, die

- leihweise oder von uns direkt aus eigenen Beständen beigestellt wurden,
- den Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zuzuordnen sind, zB Körperersatzstücke (Prothesen),
- der beruflichen oder sozialen Rehabilitation (freiwillige Leistung) zuzuordnen sind.

Anstaltspflege

Wenn der Gesundheitszustand einen Aufenthalt in einem Spital erfordert, kann Spitalpflege **ohne** zeitliche Beschränkung beansprucht werden.



Öffentliche und private landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, private Vertragskrankenanstalten

Die Kosten für den Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse für den Versicherten und die mitversicherten Angehörigen sind zur Gänze abgedeckt (kein Behandlungsbeitrag).

Die Verwaltung des Spitals verrechnet Ihnen allerdings einen aufgrund landesgesetzlicher Vorschriften vorgesehenen Kostenbeitrag pro Verpflegstag.

Dieser Beitrag darf im Kalenderjahr für höchstens 28 Tage eingehoben werden. Anspruchsberechtigte, die von der Rezeptgebühr befreit sind, sind auch von diesem Kostenbeitrag befreit. (Ausgenommen ist die Befreiung nach Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze.) Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Verwaltung des Spitals oder an die BVA.

Private Krankenanstalten ohne Vertrag, Sonderklasse in öffentlichen Krankenanstalten bzw. in privaten Vertragskrankenanstalten

Will der Patient jedoch in eine Krankenanstalt, die nicht in einem Vertragsverhältnis zur BVA steht, in die Sonderklasse einer öffentlichen Krankenanstalt oder in eine private Vertragskrankenanstalt aufgenommen werden, so ist die **vorherige Kontaktaufnahme** mit der zuständigen Landes- oder Außenstelle sinnvoll. Sie erhalten entsprechende Informationen, welche Kosten in diesem Fall erstattet bzw. übernommen werden.

▶▶▶ Adressen und Telefonnummern zu unseren Landes- und Außenstellen finden Sie auf der Rückseite der Broschüre.

Zahnbehandlung

Bei der Zahnbehandlung wird unterschieden zwischen:

- konservierender Zahnbehandlung
- chirurgischer Zahnbehandlung
- kieferorthopädischer Behandlung

Konservierende und chirurgische Zahnbehandlung – darunter fallen Untersuchungen des Zustandes der Zähne und des Mundes sowie daraus resultierende Behandlungen (wie zB Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, operative Zahntfernung). Der Behandlungsbeitrag beträgt 20 % der tarifmäßigen Kosten.

Kieferorthopädische Behandlung wird gewährt, wenn sie zur Verhütung schwerer Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung berufsstörender Verunstaltungen notwendig ist. Wir unterscheiden zwischen Behandlungen mit abnehmbaren und festsitzenden Geräten.

Aufgrund der Bissverhältnisse und der notwendigen Korrekturen trifft Ihr Zahnbehandler gemeinsam mit Ihnen die Entscheidung über die sinnvollste Behandlungsform.

Die **kieferorthopädische Behandlung** mit **abnehmbaren Geräten** zählt zu den **Vertragsleistungen**. Der Behandlungsbeitrag beträgt 20 % des Vertragsstarifes und wird einmal für das gesamte Behandlungsjahr vorgeschrieben (2012: EUR 160,00).

Im Gegensatz dazu stellt die Behandlung mit **festsitzenden Geräten** eine **außervertragliche Leistung** dar und muss vorfinanziert werden.

Bei entsprechender medizinischer Indikation wird Ihnen für eine kieferorthopädische Behandlung mit festsitzendem Gerät, einschließlich aller notwendigen Maßnahmen und Apparate nach Vorlage der saldierten, detaillierten Originalrechnung ein Kostenzuschuss von EUR 651,15 pro Behandlungsjahr angewiesen. In besonders berücksichtigungswürdigen Fällen kann Ihnen richtliniengemäß eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds bewilligt werden, sofern die Kosten das Ihnen zumutbare Ausmaß übersteigen. Wenden Sie sich diesbezüglich bitte an Ihre Landes- oder Außenstelle.

▶▶▶ Bitte beachten Sie, dass wir die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung normalerweise nur für drei Jahre übernehmen.

▶▶▶ Für kieferorthopädische Behandlungen ist auch bei Kindern unter dem 18. Lebensjahr der Behandlungsbeitrag zu bezahlen.

▶▶▶ Nähere Informationen über die Zahnbehandlung finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/zb.

Zahnersatz

Unter Zahnersatz ist zu verstehen:

- Kunststoffprothesen
- Metallgerüstprothesen mit Klammerzahnkronen (Klammerträger)
- Zahnkronen, Stiftzähne, Implantate, Brücken

Die BVA übernimmt die Kosten eines unentbehrlichen Zahnersatzes, der notwendig ist, um eine Gesundheitsstörung zu vermeiden oder zu beseitigen.



Der unentbehrliche Zahnersatz ist im Allgemeinen ein **abnehmbarer Zahnersatz** samt medizinisch-technisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkronen). **Festsitzender Zahnersatz** ist nur dann der unentbehrliche Zahnersatz (bei dem die BVA die Kosten übernimmt), wenn aus medizinischen Gründen, die eine andere prothetische Versorgung nicht zulassen, ein abnehmbarer Zahnersatz nicht möglich ist.

Zahnersatz, der im vorhandenen Gebiss fix eingearbeitet ist und nicht entnommen werden kann (Zahnkronen, Stiftzähne und Zahnbrücken), ist **keine Vertragsleistung**. Für diese Form des Zahnersatzes zahlen wir einen Zuschuss nach den Bestimmungen der Satzung.

Bei Prothesen stellt der Vertragszahnbehandler auf einem Zahnbehandlungs-Zahnersatzschein einen Antrag. Diesen reichen Sie bei Ihrer Landes- oder Außenstelle ein, da der Zahnersatz **vor der Anfertigung von der BVA bewilligt** werden muss.

Die Versorgung mit Kunststoffprothesen und Metallgerüstprothesen mit Klammerzahnkronen (Kronen müssen Klammerträger sein) sind vertraglich geregelte Leistungen.

Bei Kunststoffprothesen und Metallgerüstprothesen einschließlich der ihrem Halt dienenden Klammerzahnkronen beträgt der Behandlungsbeitrag 20 % der tarifmäßigen Kosten.

In folgenden Einrichtungen werden Sie gegen Vorlage der e-card behandelt:

- bei Vertragszahnbehandlern
- in Vertragseinrichtungen der BVA (Ambulatorien)

Der Vertragszahnbehandler/die Vertragseinrichtung verrechnet die erbrachten Leistungen direkt mit uns.

Die Zahnbehandlung ist auch in unseren Zahnambulatorien in Wien und Salzburg möglich. Kieferorthopädie wird allerdings dort nicht durchgeführt!

Bei Zahnbehandlern und Ambulatorien, die mit uns keinen Vertrag zur direkten Verrechnung abgeschlossen haben (Wahlarzt), gilt Ihre e-card nicht.

Sie müssen die in Rechnung gestellten Kosten vorerst selbst bezahlen. Zur Gewährung der Ersatzleistung muss die detaillierte, saldierte Originalrechnung innerhalb von 42 Monaten nach Leistungserbringung oder Inanspruchnahme der Leistung bei Ihrer Landes- oder Außenstelle eingereicht werden.

▶▶▶ Der satzungsmäßige Kronenzuschuss beträgt derzeit EUR 100,00.

▶▶▶ Die BVA fertigt für ihre Stammpatienten, Patienten mit besonderen medizinischen Indikationen sowie Patienten mit geringen Einkommens- bzw. Vermögensverhältnissen Einzelkronen bzw. Brückenverbände über drei (in Ausnahmefällen bis zu vier) Stellen an. Dies ist in den anstaltseigenen Ambulatorien in Wien und Salzburg möglich.

Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege ist als Ersatz für die kostenintensive Spitalspflege gedacht. Sie soll Krankenhausaufenthalte ersetzen oder verkürzen, wenn der Patient in seiner gewohnten Umgebung medizinisch versorgt werden kann.

Darunter versteht man zum Beispiel:

- Verabreichung von Injektionen
- Sondenernährung
- Verbandwechsel
- Katheterwechsel
- Infusionsüberwachung etc.

Zur medizinischen Hauskrankenpflege gehören nicht die Grundpflege



(zB Körperpflege) und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken. Die medizinische Hauskrankenpflege wird vom Arzt verordnet und von diplomiertem Krankenpflegepersonal erbracht.

Eine Betreuung über mehr als vier Wochen muss von der BVA bewilligt werden.

Mutterschaftsleistungen

Für die werdende Mutter und das geborene Kind sind im Mutter-Kind-Pass eine Reihe von Untersuchungen vorgesehen. Der Mutter-Kind-Pass wird vom Arzt zu Beginn der Schwangerschaft ausgestellt.

Weibliche Versicherte und mitversicherte Angehörige haben Anspruch auf

- Beistand durch einen Arzt, eine Hebamme oder diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester
- Medikamente und Heilbehelfe
- Pflege in einem Spital

Die Betreuung während der Schwangerschaft, Geburtshilfe und die Betreuung im Wochenbett können Sie bei einer Vertragshebamme gegen Vorlage der e-card in Anspruch nehmen.

Haben Sie anstelle einer Hebamme eine zur freiberuflichen Berufsausübung berechnete diplomierte Kinderkranken- und Säuglingsschwester konsultiert, erhalten Sie den in der Satzung vorgesehenen Zuschuss als Ersatzleistung. Diese Regelung gilt auch für den Beistand eines niedergelassenen Arztes bei einer normal verlaufenden Geburt.

Wochengeld

Für weibliche **Vertragsbedienstete** ist während des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz Wochengeld vorgesehen.



Legen Sie uns bitte zeitgerecht eine ärztliche Bestätigung über den (voraussichtlichen) Entbindungstermin und eine Entgeltbestätigung Ihres Dienstgebers vor.

Bei vorzeitigem Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz benötigen wir zusätzlich die amtsärztliche Bestätigung (Bezirkshauptmannschaft bzw. Magistrat). Das Wochengeld wird aus dem Durchschnittsverdienst der letzten dreizehn Wochen bzw. der letzten drei Monate (bei monatlicher Entlohnung) vor dem Beginn des Beschäftigungsverbotes errechnet. Daher benötigen wir auch allfällige Bestätigungen über den Bezug von Notstandshilfe oder Arbeitslosengeld, die in diesen Zeitraum fallen.

Nach der Entbindung ist die Vorlage der Geburtsurkunde erforderlich. Das Wochengeld für weibliche Vertragsbedienstete ist normalerweise für den Zeitraum von acht Wochen vor dem errechneten Geburtstermin, acht Wochen nach dem tatsächlichen Geburtstermin und den Tag der Entbindung vorgesehen.

Nach Frühgeburten, Mehrlingsgeburten und Geburten durch Kaiserschnitt gebührt das Wochengeld für 12 Wochen. Für die Auszahlung benötigen wir eine Kopie der Eintragung im Mutter-Kind-Pass (bei Frühgeburt oder Mehrlingsgeburt). Im Falle einer Geburt durch Kaiserschnitt reicht auch eine Aufenthaltsbestätigung der Krankenanstalt.

Für weibliche **Beamte** gebührt aufgrund der Fortzahlung der Bezüge durch den Dienstgeber kein Wochengeld während des Beschäftigungsverbotes.

▶▶▶ Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/muttersch.

Mutter-Kind-Pass

Die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen können Sie und Ihr Kind bei Vertragsärzten und in Vertragseinrichtungen in Anspruch nehmen. Legen Sie dort bitte Ihre e-card vor. Wenn Sie die MKP-Untersuchung bei einem Wahlarzt oder einer Wahl-einrichtung in Anspruch nehmen, erhalten Sie nach Vorlage der detaillierten, saldierten Originalrechnung eine Kostenerstattung in der Höhe des Vertragstarifes. Für die im Mutter-Kind-Pass dezidiert angeführten Untersuchungen ist (unter Einhaltung der entsprechenden Fristen) kein Behandlungsbeitrag zu entrichten.

Kinderbetreuungsgeld

Kinderbetreuungsgeld ist eine Leistung aus dem Familien-Lasten-Ausgleichsfonds. Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld besteht eine eigene Krankenversicherung, leistungszuständig ist der zuletzt zuständige Versicherungsträger.

Seit 1.1.2010 können Sie zwischen zwei Systemen wählen. Kinderbetreuungsgeld kann als Pauschalvariante oder als einkommensabhängige Variante in Anspruch genommen werden. Die Höhe und die Dauer des Kinderbetreuungsgeldes richten sich nach der von Ihnen gewählten Leistungsart.



Für detaillierte Auskünfte wenden Sie sich bitte an unsere Landesstellen (die Administration des Kinderbetreuungsgeldes für die Landesstelle für Wien, NÖ und Bgl führt die Außenstelle St. Pölten durch).

▶▶▶ Nähere Informationen über das Kinderbetreuungsgeld finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/kgb.

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankengeld)

Die bei der BVA versicherten **Vertragsbediensteten** haben nur einen zeitlich begrenzten Entgeltfortzahlungsanspruch gegen ihren Dienstgeber im Fall von Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. Wir leisten daher für diese Versichertengruppe Krankengeld im Sinne des ASVG.

Meldung der Arbeitsunfähigkeit

Lassen Sie sich Beginn, Ursache, (voraussichtliches) Ende bzw. Fortdauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Ihres Krankenstandes) unverzüglich, dh **am ersten Tag** Ihrer Arbeitsunfähigkeit, von einem Arzt bestätigen und leiten Sie diese Bestätigung an Ihre Landes- oder Außenstelle weiter (Vertragsärzte senden die Bestätigung gleich direkt oder teilweise bereits auf elektronischem Weg an die BVA). Dieses Formular der BVA wird Ihnen auf Wunsch zugesandt bzw. kann von unserer Homepage www.bva.at heruntergeladen werden.

Bei einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt genügt als Nachweis für die Arbeitsunfähigkeit die Aufenthaltsbestätigung.

Falls Sie nach der Entlassung noch nicht arbeitsfähig sind, benötigen Sie eine ärztliche Bestätigung (Krankmeldung).

Ende der Arbeitsunfähigkeit

- **vor dem ärztlich bestätigten voraussichtlichen Ende:** Es ist keine ärztliche Bestätigung nötig; es genügt eine formlose Meldung an Ihre Landes- oder Außenstelle.
- **am angenommenen Tag:** Es ist keinerlei Meldung erforderlich.
- **nach dem ärztlich bestätigten voraussichtlichen Ende:** Wir benötigen eine ärztlich bestätigte Verlängerung.

Ausmaß des Krankengeldes

Bemessungsgrundlage für das tägliche Krankengeld ist ein Dreißigstel der um ein Sechstel erhöhten Beitragsgrundlage im letzten Monat mit vollem Entgeltanspruch.

Als **tägliches Krankengeld** gebühren Ihnen 50 % dieser Bemessungsgrundlage. Ab dem 43. Tag erhöht sich der Anspruch auf 60 %.

Dauer des Krankengeldanspruches

Krankengeld wird ab dem vierten Kalendertag ausbezahlt, sofern kein Anspruch auf Fortzahlung von mehr als der Hälfte des Entgelts besteht und die Arbeitsunfähigkeit binnen sieben Kalendertagen gemeldet wird. Verschiedene Gründe können dazu führen, dass das Krankengeld ruht oder versagt wird.

Die BVA leistet Krankengeld je Versicherungsfall für 26 Wochen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Krankengeldanspruch auf bis zu 78 Wochen verlängert werden. Tritt innerhalb von 13 Wochen nach Wegfall des Krankengeldanspruches bzw. nach Ablauf der Höchstdauer neuerlich Arbeitsunfähigkeit ein, so gelten besondere Regelungen. In diesem Fall wenden Sie sich bitte an Ihre Landes- oder Außenstelle.

Antrag auf Krankengeld

Beachten Sie bitte, dass Krankengeld nur auf Antrag geleistet wird. Zur Bemessung des Krankengeldes be-

nötigen wir eine Arbeits- und Entgeltbestätigung, die Sie bei Ihrem Dienstgeber erhalten.

Auszahlung von Krankengeld

Die BVA weist das tägliche Krankengeld für längstens vier Wochen im Nachhinein an. Das heißt, dass Sie – gezählt vom ersten Tag des Anspruches – alle vier Wochen die bis dahin gebührende Leistung erhalten.

Voraussetzung für eine pünktliche Auszahlung ist natürlich, dass wir alle Informationen und Unterlagen, die wir zur Feststellung benötigen, zeitgerecht erhalten.

- ▶▶▶ Bitte beachten Sie: Viele Dienstgeber verlangen eine ärztliche Bestätigung (Krankmeldung) erst, wenn die Arbeitsunfähigkeit mehr als drei Arbeitstage andauert.
- ▶▶▶ Ein Vertragsbediensteter im Krankenstand hat jeden Ortswechsel, auch innerhalb seines Wohnortes, der länger als einen Tag dauert, der BVA zu melden.
- ▶▶▶ Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/krankenst.

Unterstützung in Notfällen

Sollten Ihnen durch Ihre Krankheit oder Ihr Gebrechen erhebliche Kosten entstehen, die durch eine der bisher genannten Pflichtleistungen nicht oder nur unzureichend abgedeckt werden, kann Ihnen richtliniengemäß eine Zuwendung aus dem Unterstützungsfonds bewilligt werden.

Wenden Sie sich bitte an Ihre Landes- oder Außenstelle.



Reise-, Fahrt- und Transportkosten

Reise- und Fahrtkosten

Reise(Fahrt)kosten zur nächstgelegenen, geeigneten Behandlungsstelle werden dann übernommen, wenn die Entfernung vom Wohnort zur Behandlungsstelle mehr als 20 km beträgt.

Lassen Sie sich die Inanspruchnahme der Behandlungsstelle auf unserem Formular (erhältlich in Ihrer Landes- oder Außenstelle sowie als Download auf unserer Homepage www.bva.at) bestätigen. Sollte vorhersehbar sein, dass Sie mehrere Behandlungen, verbunden mit Reise(Fahrt)kosten, in Anspruch nehmen werden, ist es sinnvoll, sich einen Vorrat unseres Formulars anzulegen. Die Kosten für Verkehrsmittel innerhalb eines Stadtgebietes (Straßenbahn, Autobus, U-Bahn) können wir nicht übernehmen.

Bei Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sowie bei gebrechlichen Personen übernehmen wir auch die Kosten für die Begleitperson.

Es besteht **kein Rechtsanspruch** auf Ersatz der Reise(Fahrt)kosten. Wir ersetzen Fahrtkosten bis zum Betrag von EUR 0,09 je Kilometer, bei Fahrten mit einer Begleitperson bis zum Betrag von zusammen EUR 0,14. Dies gilt unabhängig davon, welches Verkehrsmittel benutzt wird.

Transportkosten

Wir übernehmen die Kosten für medizinisch notwendige Transporte für **gehunfähige** Patienten mit einem entsprechenden Transportmittel zur nächstgelegenen, geeigneten Behandlungsstelle.

Ihr behandelnder bzw. zuweisender Arzt verordnet den Transport unter Angabe der Diagnose, des Fahrtzieles, des Grundes der Gehunfähigkeit und der medizinisch erforderlichen Art des Transportes.

Für den Transport können Sie einen Vertragspartner (Rettungsdienst, gewerbliche Beförderungs- und Krankentransportunternehmen) beauftragen, der mit uns die Kosten direkt verrechnet. Hat das Beförderungsunternehmen keinen Vertrag mit uns, erhalten Sie – bei Zutreffen der sonstigen Voraussetzungen – eine Ersatzleistung.

Wenn Sie einen Privat-PKW oder ein Taxi benutzen, lassen Sie sich den Besuch der Behandlungsstelle auf unserem Formular bestätigen und beantragen Sie mit dem ärztlichen Transportauftrag (bei Taxi auch mit Rechnung) die Ersatzleistung bei uns.

▶▶▶ Von der BVA wird kein Kostenanteil für Krankentransporte eingehoben.

▶▶▶ Transporte, die in Einrichtungen erfolgen, die nicht der Krankenbehandlung dienen (zB Alters-, Wohn- und Pflegeheime, Apotheken), sowie Bergekosten nach Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik werden von uns nicht übernommen.

Rehabilitation und Erweiterte Heilbehandlung

Auf diese Leistungen besteht **kein Rechtsanspruch**; sie müssen daher vor Inanspruchnahme von der BVA bewilligt werden.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation zählt zu den Pflichtaufgaben. Ziel ist es, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen soweit wieder herzustellen, dass sie in der Lage sind, einen ihnen angemessenen Platz in der Gemeinschaft möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einnehmen zu können.

In Betracht kommen insbesondere:

- Unterbringung in Rehabilitationseinrichtungen
- Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln
- im speziellen Rahmen die ärztliche Hilfe
- im speziellen Rahmen die Versorgung mit Medikamenten und Heilbehelfen

Berufliche und Soziale Rehabilitation

Berufstätigkeit, selbständiges Wohnen, finanzielle Absicherung sowie Mobilität können durch eine Behinderung oder Erkrankung eingeschränkt oder gefährdet sein. Die Sozialarbeiter der Abteilung Erweiterte Heilbehandlung und Rehabilitation bieten persönliche Unter-



stützung für berufstätige Versicherte. Weiters werden auch Personen betreut, die aufgrund einer Behinderung aus dem Erwerbsleben ausscheiden mussten.

Dazu zählen beispielsweise Menschen, die aufgrund eines Freizeitunfalles unter Folgeproblemen wie eingeschränkter Mobilität leiden oder mit einer schweren Erkrankung wie Multipler Sklerose, Schlaganfall, Krebs oder mit angeborenen Behinderungen leben. Für Vertragsbedienstete ist primär die Pensionsversicherungsanstalt zuständig. Mitversicherte und Pensionisten werden vom Case Management der Landesstellen der BVA betreut. Die Sozialarbeiter der BVA beraten jedoch im Einzelfall gerne über die Zuständigkeit für konkrete Leistungen.

Aufgrund individueller Problemlagen werden gemeinsam mit den Betroffenen passende Lösungsstrategien erarbeitet. Die Sozialarbeiter unterstützen durch Information, Beratung, Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Firmen oder durch Kooperation mit anderen

Fördereinrichtungen (zB Bundessozialamt, Sozialhilfeabteilungen der Landesregierungen). Die Beratung und Betreuung erfolgt über telefonischen Kontakt sowie durch persönliche Gespräche zu Hause oder am Arbeitsplatz.

Folgende Leistungen können beispielsweise für Betroffene angeboten bzw. vermittelt werden:

- Information und Beratung bei Fragen zu medizinischer Rehabilitation und Leistungen der Krankenversicherung
- Koordination der Bereitstellung notwendiger Hilfsmittel – zB Patientenlifter, Badewannenlifter
- Unterstützung bei der finanziellen Absicherung – zB Beantragung von Pflegegeld, Information über mögliche Befreiungen (Rezeptgebühr, Rundfunkgebühren, motorbezogene Versicherungssteuer PKW etc.), Beratung über finanzielle Fördermöglichkeiten für Pflege oder steuerliche Absetzmöglichkeiten
- Beratung über behindertengerechte Wohnraumgestaltung und -adaptation – zB durch Einbau eines Treppenliftes, Badezimmereumbau
- Unterstützung bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes bzw. bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben – zB durch Förderung von Arbeitsplatzadaptierungen, Umschulungen, Taxifahrten zum Arbeitsplatz, Information über Arbeitsassistenten

- Hilfe bei der Sicherung von Ansprüchen – zB durch Beantragung eines Behindertenpasses, Aufnahme in den Personenkreis der begünstigten Behinderten, Beantragung eines Parkausweises
- Förderung der Mobilität – zB durch Beratung über Mobilitätshilfen (Rollstuhl, Prothesen etc.) und PKW-Adaptierungsmöglichkeiten
- Gewährung von finanziellen Unterstützungen in Form von Zuschüssen bzw. zinsfreien Darlehen, ua für PKW-Anschaffung oder Wohnraumadaptation



Foto: Rainer Gryc

Gesundheitsfestigung

Ihr Ziel ist es, den Gesundheitszustand zu optimieren. Dazu gehören:

- Aufenthalte in Kurorten
- Unterbringung in Genesungs- bzw. Erholungsheimen
- Unterbringung in Kureinrichtungen
- Landaufenthalte von Kindern (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

Rehabilitationsaufenthalt, Kuraufenthalt bzw. Kurkostenbeitrag, Genesungs(Präventions)aufenthalt

Um eine der genannten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, besorgen Sie sich bei Ihrer Landes- oder Außenstelle oder über das Internet unter www.bva.at ein Antragsformular und geben Sie es Ihrem Arzt, der den medizinischen Teil ausfüllen wird. Ergänzen Sie bitte die restlichen Daten und senden Sie das ausgefüllte Formular an Ihre Landes- oder Außenstelle.

Genesungs(Präventions)aufenthalt

Genesungsaufenthalte sind für Patienten nach schweren Erkrankungen und Operationen zur rascheren Genesung vorgesehen. **Präventionsaufenthalte** werden zur Behandlung von Fettstoffwechsel- bzw. manifesten Bluthochdruckerkrankungen bewilligt.

Ihre Zuzahlung

Wir sind gesetzlich verpflichtet, Zuzahlungen für Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Präventionsaufenthalte einzuheben, die vor Antritt des Aufenthaltes zu entrichten sind.

Die Höhe der täglichen Zuzahlung für Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Präventionsaufenthalte ist vom monatlichen Bruttoerwerbseinkommen des Versicherten abhängig. Die Zuzahlung wird jährlich neu festgesetzt.

Anspruchsberechtigte, die von der Rezeptgebühr befreit sind, sind auch von der Zuzahlung befreit. (Ausgenommen ist die Befreiung nach Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze.)

Kuraufenthalt und Kurkostenbeitrag

Voraussetzungen für einen Kuraufenthalt (Kurkostenbeitrag) sind die medizinische Indikation und der Zeitabstand zu der zuletzt in Anspruch genommenen Kur. Innerhalb von fünf Kalenderjahren können in der Regel zwei Kuren bewilligt werden, wobei Rehabilitationsaufenthalte (ausgenommen Anschlussheilverfahren), Aufenthalte, die von der Unfallversicherung gewährt werden, sowie entsprechende Leistungen anderer Sozialversicherungsträger auf das Kurleistungskontingent anzurechnen sind. Ansuchen auf eine Wiederholungskur können frühestens 18 Monate nach Beendigung der letzten Kur eingebracht werden.

Sind die Voraussetzungen erfüllt, haben Sie die Möglichkeit, eine Kur in einer Einrichtung der BVA oder in einer Vertragseinrichtung bzw. einen Kurkostenbeitrag zu beantragen.

Kurkostenbeiträge sind Zuschüsse für Unterkunft und Verpflegung am Kurort, die wir in der Regel auf die Dauer von 21 Tagen bewilligen. Kurkostenbeiträge sind in Kurorten möglich, in denen BVA-Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen bestehen, sowie in weiteren von der BVA anerkannten Orten.

- ▶▶▶ Jede Leistung der Erweiterten Heilbehandlung ist an eine vorherige Bewilligung der BVA gebunden. Warten Sie bitte unbedingt diese Bewilligung ab!
- ▶▶▶ Ansuchen für stationäre Rehabilitationsaufenthalte von aktiven Vertragsbediensteten des Bundes, der Länder, Gemeinden und Gemeindeverbände werden vom zuständigen Pensionsversicherungsträger bearbeitet.
- ▶▶▶ Für Heilbeihilfe und Hilfsmittel, die im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden, ist keine Kostenbeteiligung vorgesehen.
- ▶▶▶ Für nähere Informationen können Sie das Verzeichnis über die Erweiterte Heilbehandlung und Rehabilitation, das neben den eigenen Einrichtungen über sämtliche Vertragseinrichtungen und Kurkostenbeitragsmöglichkeiten Auskunft gibt, bei Ihrer Landes- oder Außenstelle, aber auch über das Internet (www.bva.at) anfordern bzw. herunterladen.

Case Management in der Krankenversicherung

Ereignisse wie Schlaganfall, Herzinfarkt und Krebserkrankung sorgen bei den Patienten und ihren Familien für eine extreme Belastung, zur Sorge um die Gesundheit kommen oft auch Informationslücken und Existenzängste.

Wo erhalte ich Hilfsmittel zur Fortbewegung (zB einen Rollstuhl) oder für den Sanitärbereich (zB Badewannenlifter, Duschhocker)? Wie komme ich ehestmöglich zu meiner Rehabilitation? Wie soll es weitergehen?

Die BVA bietet in solchen Fällen ein umfassendes Betreuungskonzept.

Die ausgebildeten Case Manager der BVA bieten kompetente Unterstützung in diesen schwierigen Lebenssituationen. Sie beraten, betreuen, vermitteln und führen durch das Gesundheits- und Sozialsystem, welches aufgrund der Vielzahl von Leistungen immer unüberschaubarer wird.



Ein erhöhter Versorgungsbedarf ist dann gegeben, wenn sowohl gesundheitliche und medizinische als auch wirtschaftliche, berufliche und soziale Defizite zusammentreffen.

Der BVA-Case Manager stellt ein individuelles Versorgungspaket zusammen, die Betreuung erfolgt bis hin zu einem gemeinsam definierten Ziel.

Aufgabengebiet

Der Case Manager

- erkennt die Bedürfnisse und Problemlagen und fördert die individuellen Ziele
- informiert über Art und Umfang der Leistungen sowie über Ihre Möglichkeiten im Krankheitsfall
- hilft bei Behördenanliegen
- vermittelt Kontakte, wie etwa zu Pflegediensten, Bandagisten, Selbsthilfegruppen
- koordiniert die Bereitstellung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln (zB Organisation von Rollstuhl, Krankbett, Badewannenlifter, Treppensteighilfe)
- nimmt Kontakt mit Entlassungsmanagern des Krankenhauses auf, um sich einen Überblick über die Situation zu schaffen

- sorgt für einen optimalen Ablauf aller Schritte bis hin zur Wiedereingliederung in den Alltag und entlastet einerseits die Familie des Patienten und ermöglicht andererseits Kosteneinsparungen durch Verhinderung von Leerläufen und Doppelgleisigkeiten

Aber

- greift nicht in die vom Arzt verordnete Behandlung ein
- übernimmt keine Aufgaben von Vertragspartnern oder Hilfsorganisationen wie zB Pflege; der Case Manager ist lediglich ein neutraler Vermittler
- hat keinen Einfluss auf die Bewilligung einer Leistung, kann aber eventuell den Ablauf beschleunigen

Die Case Manager betreuen alle Anspruchsberechtigten der BVA, insbesondere Personen mit erhöhtem Versorgungsbedarf. Noch berufstätige Patienten werden von den Diplomsozialarbeitern der Abteilung Erweiterte Heilbehandlung betreut.

Melden Sie sich einfach persönlich bei Ihrer zuständigen Landesstelle. Diese Serviceleistung steht Ihnen und Ihren anspruchsberechtigten Angehörigen unverbindlich und natürlich unentgeltlich zur Verfügung.

BVA-Rehabilitations- und Kureinrichtungen



Rehabilitationszentrum Engelsbad

Weilburgstraße 7 – 9
 2500 Baden bei Wien
 Tel: (02252) 845 71
 Fax: (02252) 845 71-81888
 E-Mail: rz.engelsbad@bva.at
www.bva.at/engelsbad



Therapiezentrum Rosalienhof

Am Kurpark 1
 7431 Bad Tatzmannsdorf
 Tel: (03353) 83 87
 Fax: (03353) 83 87-83801
 E-Mail: tz.rosalienhof@bva.at
www.bva.at/rosalienhof



Rehabilitations- und Kurzentrum Austria

Stifterstraße 11
 4701 Bad Schallerbach
 Tel: (07249) 425 41
 Fax: (07249) 425 41-84888
 E-Mail: rz.austria@bva.at
www.bva.at/austria



Therapiezentrum Buchenberg

Hötzendorfstraße 1
 3340 Waidhofen a. d. Ybbs
 Tel: (07442) 522 85
 Fax: (07442) 522 85-82802
 E-Mail: tz.buchenberg@bva.at
www.bva.at/buchenberg



Unfallversicherung

Wir bieten Leistungen im Zusammenhang mit Dienstunfällen und Berufskrankheiten, von der bestmöglichen medizinischen Versorgung bis hin zu finanziellen Entschädigungen.

Als wesentliche Aufgabe sehen wir es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, die bis zu ihrem Dienstunfall bzw. ihrer Berufskrankheit ausgeübte Tätigkeit wieder aufzunehmen.

▶▶▶ Nähere Informationen über die Unfallversicherung finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/uv.

Dienstunfall und Berufskrankheit

Dienstunfälle sind Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der Berufsausübung oder der geschützten Funktion ereignen.

Dazu zählen auch Unfälle, die zwar nicht direkt bei der beruflichen Beschäftigung passieren, aber doch in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser stehen (wie zB Wegunfälle):

- Unfälle auf dem direkten Weg zwischen Wohnung und Dienststelle
- Unfälle auf dem Weg zur oder von der Dienststelle zu einem Kindergarten oder einer Schule, um Ihr Kind dorthin zu bringen oder abzuholen

- Unfälle auf dem Weg zu einer ärztlichen Untersuchung, wenn der Arztbesuch vor Verlassen der Dienststelle dem Dienstvorgesetzten gemeldet wurde
- den Dienstunfällen gleichgestellte Unfälle, zB bei Besuch von beruflichen Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen

Berufskrankheiten sind Erkrankungen, die durch die berufliche Tätigkeit verursacht werden und die in der Berufskrankheitenliste (Anlage 1 zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz – ASVG) angeführt sind.

▶▶▶ Die Berufskrankheitenliste finden Sie in der Anlage 1 zum ASVG auf unserer Homepage unter www.bva.at/satzung.

Unfallmeldung und Berufskrankheitsanzeige

Jeder Dienstunfall, durch den eine versicherte Person getötet oder mehr als drei Tage völlig oder teilweise arbeitsunfähig geworden ist, muss vom **Dienstgeber** binnen fünf Tagen der BVA gemeldet werden.

Auch jede Berufskrankheit (zB durch Lärm verursachte Schwerhörigkeit) ist auf gleiche Weise anzuzeigen. Überdies besteht bei Berufskrankheiten eine ärztliche Anzeigepflicht.

▶▶▶ Die Formulare zur Meldung eines Unfalles bzw. einer Berufskrankheit stehen Ihnen auf unserer Homepage unter www.bva.at/uv zum Herunterladen zur Verfügung.

Unfallheilbehandlung

Ziel der Unfallheilbehandlung ist es, mit allen geeigneten Mitteln die Körperschädigung sowie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen, zu bessern bzw. eine Verschlechterung der Verletzungsfolgen möglichst zu verhindern.



Die Unfallheilbehandlung umfasst insbesondere ärztliche Hilfe, Beistellung von Heilmitteln, Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln sowie Anstaltspflege, vornehmlich in Unfallkrankenhäusern und Unfallstationen.

Bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch Vertragspartner anlässlich eines anerkannten Dienstunfalles oder einer anerkannten Berufskrankheit ist **kein Behandlungsbeitrag** zu entrichten.

Bitte senden Sie die entsprechende Vorschreibung zur Überprüfung zurück.

Bei Inanspruchnahme von Nichtvertragspartnern wird der tarifmäßige Kostenersatz ebenfalls ohne Abzug des Behandlungsbeitrages geleistet. Es können dabei **Aufzahlungskosten** anfallen, die von der Unfallversicherung **nicht** ersetzt werden.

Für Heilbehelfe und Hilfsmittel, die anlässlich eines anerkannten Dienstunfalles oder einer anerkannten Berufskrankheit benötigt werden, ist **kein Selbstbehalt** zu zahlen.

Für Medikamente, die aufgrund eines anerkannten Dienstunfalles oder einer anerkannten Berufskrankheit verordnet wurden, ist **keine Rezeptgebühr** zu entrichten.

Sollten Sie bereits aufgrund eines anerkannten Dienstunfalles oder einer anerkannten Berufskrankheit Behandlungsbeiträge, Selbstbehalte oder Rezeptgebühren bezahlt haben, erstattet die BVA, nach Prüfung des Zusammenhanges durch den chefärztlichen Dienst, auf Antrag die Kosten zurück.

Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation ist die bestmögliche Wiedereingliederung eines Versehrten in die Berufswelt sowie in die Gemeinschaft. Dies soll durch medizinische, berufliche und soziale Maßnahmen erreicht werden.



Bei einer schweren körperlichen Schädigung bemüht sich die Unfallversicherung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation nach Erstversorgung im Spital, den Gesundheitszustand des Versicherten in einem Rehabilitationszentrum nach modernsten medizinischen Erkenntnissen und mit Einsatz der erforderlichen technischen Hilfsmittel wiederherzustellen. Der Versicherte lernt gegebenenfalls auch die Handhabung von Körperersatzstücken und deren Einsatzmöglichkeiten.

Mit beruflichen Maßnahmen soll erreicht werden, dass eine weitere Berufsausübung nach Möglichkeit gewährleistet wird. Sollte eine Weiterbeschäftigung in der bisherigen

Tätigkeit nicht mehr möglich sein, können Umschulungsmaßnahmen mitfinanziert werden. Während der Dauer dieser beruflichen Ausbildung kann dem Versicherten und seinen Angehörigen ein Unterhaltsbeitrag geleistet werden.

Unter Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse des Versehrten können darüber hinaus im Rahmen der sozialen Rehabilitation Leistungen erbracht werden. Bei schwer gehbehinderten Versehrten können zur Erleichterung ihrer Mobilität Zuschüsse und Darlehen zur versehrtengerechten Adaptierung der Wohnung, zB durch Einbau eines Aufzuges oder einer Rampe oder Umbau von Bad und WC, aber auch für technische Geräte sowie für Versehrtenfahrzeuge gewährt werden.



▶▶▶ Die individuelle Betreuung und Beratung erfolgt durch Sozialbetreuer der Unfallversicherung.

Versehrtenrente

Eine Versehrtenrente erhalten Versicherte, wenn eine Minderung der Erwerbsfähigkeit über drei Monate nach Eintritt des Versicherungsfalles hinaus um mindestens 20 % vorliegt. Die Versehrtenrente ist eine monatliche Geldleistung und wird für die Dauer der berentungsfähigen Minderung der Erwerbsfähigkeit zuerkannt.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit wird medizinisch festgestellt. Sie stellt eine abstrakte Einschätzung der Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt dar, die die konkrete Behinderung in der jeweiligen Berufsausübung unberücksichtigt lässt.

Die Höhe der Rente ist abhängig von der Bemessungsgrundlage und dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Die Bemessungsgrundlage ist das monatliche Gehalt einschließlich der ruhegenussfähigen Zulagen bzw. das monatliche Entgelt (gilt für Vertragsbedienstete) ohne Sonderzahlungen zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles. Bei Funktionären ist es die Entschädigung.

Schwerversehrte

Rentenbezieher, deren Minderung der Erwerbsfähigkeit aufgrund eines oder mehrerer Dienstunfälle bzw. Berufskrankheiten mindestens 50 % beträgt, gelten als **schwerversehrt**. Sie erhalten zu ihrer Versehrtenrente eine Zusatzrente. Diese beträgt abhängig von der

Anfall der Versehrtenrente

Die Versehrtenrente fällt mit dem Tag nach dem Wegfall der durch den Dienstunfall oder die Berufskrankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit (in der Regel der Dienstantritt nach dem Unfall) an, spätestens jedoch nach Ablauf des dritten Monats nach Eintritt des Versicherungsfalles.

Bemessung der Versehrtenrente

Für die Berechnung der konkreten Leistung ist die Bemessungsgrundlage um 1/3 zu reduzieren (pauschalierte Abgaben), dadurch erhält man die Vollrente = 100 % Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Ist der Versehrte infolge des Arbeitsunfalles oder der Berufskrankheit teilweise erwerbsgemindert, beträgt die Rente den Teil der Vollrente, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

Minderung der Erwerbsfähigkeit 20 % bzw. 50 % der Versehrtenrente. Weiters gebührt für jedes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ein Kinderzuschuss im Ausmaß von 10 % der gebührenden Rente plus Zusatzrente. Die Versehrtenrente darf insgesamt die Bemessungs-

grundlage nicht übersteigen. Überdies ist pro Kinderzuschuss ein Höchstbetrag von EUR 76,31 vorgesehen.



Nach Vollendung des 18. Lebensjahres ist ein Antrag notwendig. Für studierende Kinder ist ein besonderer Studiennachweis erforderlich. Der Kinderzuschuss wird längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt. Darüber hinaus gebührt Kinderzuschuss für Kinder, die infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind.

Bei nicht durch den Dienstunfall oder die Berufskrankheit verursachtem Tod einer/eines Schwerversehrten gebührt der Witwe/dem Witwer eine Witwen/Witwerbeihilfe in Form einer Einmalzahlung.

Pflegegeld aus der Unfallversicherung

Bezieher einer Vollrente (100 % Minderung der Erwerbsfähigkeit) erhalten, sofern ihre Pflegebedürftigkeit mindestens sechs Monate hindurch andauert und ein bestimmtes zeitliches Ausmaß überschreitet, ein Pflegegeld aus der Unfallversicherung.

Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit auf den Dienstunfall bzw. die Berufskrankheit zurückzuführen ist.

▶▶▶ Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/pflegegelduv.

Hinterbliebenenrenten

Bei Dienstunfällen oder Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang gebührt den Hinterbliebenen eine Rente.

Waisenrenten

Das Ausmaß der Rente beträgt für

- Halbwaisen: 20 % der Bemessungsgrundlage

- Vollwaisen: 30 % der Bemessungsgrundlage

Ab dem 18. Lebensjahr ist ein Antrag notwendig. Für studierende Kinder ist ein entsprechender Studiennachweis erforderlich.

Die Waisenrente wird längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres gewährt. Darüber hinaus gebührt die

Waisenrente für Kinder, die infolge Krankheit oder Gebrechens erwerbsunfähig sind.

Witwen(Witwer)renten/Rente für hinterbliebene eingetragene Partner

Das Ausmaß der Rente beträgt für Witwen und Witwer grundsätzlich 20 % der Bemessungsgrundlage.

Ab Vollendung des 60./65. Lebensjahres bzw. bei Verlust der Minderung

der Erwerbsfähigkeit von zumindest 50 % wird die Rente auf 40 % der Bemessungsgrundlage erhöht.

Die Renten aller Hinterbliebenen eines Versicherten dürfen das Ausmaß der Versehrtenrente bzw. 80 % der Bemessungsgrundlage nicht übersteigen.

Die Bestimmungen gelten sinngemäß auch für eingetragene Partner.

Teilersatz der Bestattungskosten

Bei Dienstunfall oder Berufskrankheit mit tödlichem Ausgang gebührt ein Teilersatz der Bestattungskosten in Höhe der Bemessungsgrundlage.

Dieser wird grundsätzlich an die Person gezahlt, die die Kosten der Bestattung getragen hat.

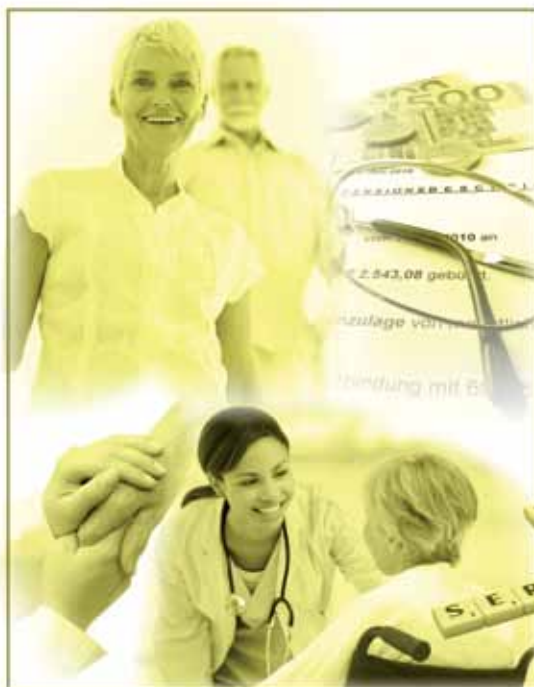
Bleibt ein Überschuss, sind nahe Angehörige bezugsberechtigt, sofern sie mit dem Verstorbenen im gemeinsamen Haushalt gelebt haben.

Weiters können für die Überführung des Leichnams Kosten übernommen werden.

Unterstützung in Notfällen

Bei besonderer Schwere der Verletzung und langer Dauer der Unfallheilbehandlung kann in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen unter

Bedachtnahme auf die wirtschaftlichen Verhältnisse eine freiwillige Unterstützungsleistung gewährt werden.



Pensionsservice

Mit 1.1.2007 wurden der BVA aufgrund des Bundespensionsamtübertragungsgesetzes vom 23.6.2006 alle vom ehemaligen Bundespensionsamt (BPA) wahrgenommenen Aufgaben übertragen.

Insbesondere wird die BVA als Pensionsbehörde erster Instanz in allen pensionsrechtlichen Angelegenheiten der Bundesbeamten (sowie deren Hinterbliebenen und Angehörigen) tätig. Darunter fällt im Wesentlichen die bescheidmäßige Bemessung und die laufende monatliche Auszahlung der Ruhe- und Hinterbliebenenbezüge. Weiters obliegen der BVA die Auszahlung von Geldleistungen in Unterstützung von Pensionsstellen ausgegliederter Einrichtungen sowie Auszahlungen nach dem Bezügegesetz. Darüber hinaus fungiert die BVA als Entscheidungsträger nach dem Bundespflegegeldgesetz und dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz.

▶▶▶ Nähere Informationen über das Pensionsservice finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/ps.

Ruhestandsversetzung und Ruhegenuss

Die Ruhestandsversetzung erfolgt noch im Zuständigkeitsbereich der Aktivdienststelle

- durch Erklärung des Beamten gegenüber der Aktivdienstbehörde bei Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters nach § 15 BDG oder bei Vorliegen einer langen beitragsgedeckten Gesamtdienstzeit (40 bzw. 42 Jahre) oder bei Erfüllung der Voraussetzungen des „Pensionskorridors“
- mit Bescheid der Aktivdienstbehörde bei Vorliegen von dauernder Dienstunfähigkeit (in diesem Verfahren wirkt das Pensionservice als Gutachter mit) und bei Inanspruchnahme des sogenannten „Lehrermodells“ sowie der „Schwerarbeiterregelung“

Mit Ablauf des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, erfolgt ex lege der Übertritt in den Ruhestand.

Für die Vorausberechnung der möglichen Zeitpunkte steht im Intranet des Bundes der Pensionsantrittsrechner für Beamte zur Verfügung (<http://oeffentlicher-dienst.intra.gv.at>).

Bemessung des Ruhegenusses

Nach erfolgter Ruhestandsversetzung werden dem Pensionservice die für die Bemessung des Ruhegenusses erforderlichen Daten übermittelt. Bis zum Vorliegen aller für die bescheidmäßige Absprache nötigen Daten

erfolgt eine vorschussweise Auszahlung.

Die endgültige Bemessung erfolgt derzeit nach den jeweils maßgeblichen Bestimmungen des Pensionsgesetzes 1965. Im Zuge der „Pensionsharmonisierung“ sind seit 1.1.2008 auch das Allgemeine Pensionsgesetz und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz anzuwenden.

Im Zusammenhang damit wurde auch für Beamte, die nach dem 31.12.1954 geboren sind, ein elektronisches Pensionskonto (Aufstellung aller relevanten Beitragsgrundlagen und Teilgutschriften) eingerichtet.



Nebengebührenzulage

Anspruchsbegründende Nebengebühren werden in Form einer zum Ruhegenuss gebührenden Nebengebührenzulage wirksam. Nach dem endgültigen Vorliegen der Nebengebührenwerte erfolgt die bescheidmäßige Bemessung des Ruhebezuges.

Kinderzuschuss

Zum Ruhegenuss gebührt nach den für die Beamten des Dienststandes geltenden Vorschriften ein Kinderzuschuss. Dies gilt bei Kindern, für die Familienbeihilfe nach dem Familienlastenausgleichsgesetz bezogen wird.

Ruhebezug

Der Ruhegenuss und alle dazu gebührenden monatlich wiederkehrenden Leistungen bilden den Ruhebezug.

▶▶▶ Nähere Informationen über das elektronische Pensionskonto für Beamte ab dem Geburtsjahr 1955 finden Sie auf unserer Homepage unter www.bva.at/pensionskonto.

Auszahlung

Die Auszahlung der monatlich wiederkehrenden Geldleistungen erfolgt unbar auf ein Girokonto (Pensionskonto) bei einem Kreditinstitut im Gebiet der Europäischen Union. Formulare liegen in den österreichischen Kreditinstituten auf; für eine Überweisung im EU-Ausland ist das entsprechende Formular beim Pensionservice erhältlich.



Hinterbliebenenversorgung

Hinterbliebenenversorgung des überlebenden Ehegatten/eingetragenen Partners

Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gebührt der Witwe/dem Witwer ein Versorgungsgenuss in Höhe von bis zu 60 % des Ruhegenusses des/der verstorbenen Beamten/Beamtin, abhängig von dem Durchschnitt des Einkommens der Ehegatten in den letzten zwei Kalen-

derjahren vor dem Tod des Beamten/der Beamtin (Ist beim Verstorbenen eine Verminderung des Einkommens in den letzten zwei Kalenderjahren wegen Krankheit vor, ist, wenn es für den überlebenden Ehegatten günstiger ist, beim Verstorbenen das Einkommen der letzten vier Kalenderjahre heranzuziehen).

Die Bestimmungen gelten sinngemäß auch für eingetragene Partner.

Versorgungsbezug des früheren Ehegatten/eingetragenen Partners

Unter bestimmten Voraussetzungen (zB Unterhaltsverpflichtung) hat auch der frühere Ehegatte Anspruch auf einen Versorgungsbezug. Dieser Versorgungsbezug gebührt nur auf Antrag.

Die Bestimmungen gelten sinngemäß auch für eingetragene Partner.

Waisenversorgung

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gebührt Kindern ohne weitere Voraussetzungen ein Versorgungsbezug.



Ab dem vollendeten 18. Lebensjahr gebührt der Versorgungsbezug nur über Antrag bei

- Bestehen einer Schul- oder Berufsausbildung, die die Arbeitskraft des Kindes überwiegend beansprucht (bei Studenten ist auch noch die Erbringung eines Studienerfolgsnachweises erforderlich) bis längstens zur Vollendung des 27. Lebensjahres
- vollständiger Erwerbsunfähigkeit seit der Vollendung des 18. Lebensjahres oder seit der Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung (ohne zeitliche Höchstdauer)

Das Ausmaß beträgt für Halbwaisen 24 % und für Vollwaisen 36 % des Ruhegenusses.

Ergänzungszulage

Beziehern von Ruhe- und Versorgungsgenüssen, deren Gesamteinkommen die Höhe des Mindestsatzes nicht erreicht, gebührt auf Antrag eine Ergänzungszulage.

Kriegsgefangenenentschädigung

Bei Vorliegen einer Kriegsgefangenschaft in der Dauer von mindestens drei Monaten können Leistungen nach dem Kriegsgefangenenentschädigungsgesetz beantragt werden.

▶▶▶ Weitere Auskünfte erteilen die Mitarbeiter am Standort Pensionservice, Barichgasse 38, 1030 Wien, von Montag bis Freitag persönlich in der Zeit von 8:00 bis 12:00 Uhr, sowie telefonisch unter 0504051 in der Zeit von 8:00 bis 15:00 Uhr. Ausführlichere Informationen zu den angeführten Leistungen sowie Aktuelles finden Sie auch im Internet unter www.bva.at/ps.

Besonderer Sterbekostenbeitrag

Die Hinterbliebenen eines Beamten können beim Bundesministerium für Finanzen, Abteilung II/5, einen besonderen Sterbekostenbeitrag beantragen,

wenn die von ihnen getragenen Bestattungskosten keine Deckung im Nachlass finden oder wenn sie auf Grund des Todes des Beamten in eine wirtschaftliche Notlage geraten sind.

Pflegegeld

Wann besteht ein Anspruch?

Anspruchsvoraussetzung ist

- ein ständiger behinderungsbedingter Pflegebedarf, der mindestens sechs Monate hindurch andauert und ein bestimmtes zeitliches Ausmaß überschreitet; je nach Ausmaß des Pflegebedarfs sind sieben Pflegestufen vorgesehen (die Details entnehmen Sie bitte unserem Informationsblatt Pflegegeld)
- der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich oder in einem EU(EWR)Staat bzw. in der Schweiz, sofern die pflegebedürftige Person in Österreich krankenversichert ist.



Wo ist ein Antrag einzubringen?

Bis Ende 2011 waren hinsichtlich der Zuständigkeit für das Pflegegeld landesrechtliche und bundesrechtliche Entscheidungsträger zu unterscheiden.

Seit 1.1.2012 liegt die Zuständigkeit für das Pflegegeld nur mehr beim Bund, und zwar bei einem der folgenden Entscheidungsträger, der eine sogenannte Grundleistung ausbezahlt:

- für Bezieher einer Vollrente, deren Pflegebedarf auf einen Dienstunfall oder eine Berufskrankheit zurückzuführen ist – **der jeweilige Unfallversicherungsträger (bzw. für den Bereich der AUVA die PVA)**
- für Bezieher einer Pension aus der Sozialversicherung – **die jeweilige Pensions(Sozial)versicherungsanstalt**
- für Bezieher eines Beamtenruhe- oder Versorgungsgenusses – **die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter**
- für Bezieher einer Leistung nach dem Opferfürsorgegesetz – **die Pensionsversicherungsanstalt**

- für Bezieher eines Ruhe- oder Versorgungsgenusses nach der Bundesbahn-Pensionsordnung 1966 oder dem Bundesbahn-Pensionsgesetz – [die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau](#)
- für Bezieher einer Leistung aus der Kriegsopferversorgung, der Heeresversorgung, nach dem Verbrechensopfergesetz und nach dem Impfschadengesetz – [das Bundessozialamt und seine Landesstellen](#)
- für alle anderen Personen – [die Pensionsversicherungsanstalt](#)

Pflegegeldanträge sind schriftlich bei der zuständigen Stelle einzubringen. Wenn seit Rechtskraft der letzten Entscheidung noch kein Jahr verstrichen und keine wesentliche Änderung der Anspruchsvoraussetzungen durch Vorlage aktueller medizinischer Unterlagen glaubhaft bescheinigt ist, ist ein neuer Antrag zurückzuweisen.

Das Pflegegeld gebührt zwölfmal jährlich und wird nur von einer Stelle zusammen mit der Grundleistung ausgezahlt.

▶▶▶ Weitere Auskünfte speziell zum Pflegegeld können Sie telefonisch über unsere Pflegegeldhotline 0504051-6390 von Montag bis Freitag 8:00 bis 12:00 Uhr erhalten.

Sachregister

A

Abnehmbarer Zahnersatz.....	27
Angehörige	13
Anspruchsberechtigung.....	13
Anstaltspflege	25
Antrag auf Krankengeld.....	32
Arbeitnehmer der Universitäten.....	7
Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankengeld).....	31
Ärztliche Hilfe.....	16

B

Beamte	7
Befreiung von der Rezeptgebühr.....	23
Behandlungsbeitrag.....	11
Berufliche Rehabilitation.....	34
Berufskrankheit.....	41
Berufskrankheitsanzeige	41
Besonderer Sterbekostenbeitrag.....	51
Bestattungskosten (Pensionservice)	51
Bestattungskosten (Unfallversicherung).....	46
Bewilligung durch den Chefarzt.....	22
Bezieher von Eigen- oder Hinterbliebenenpensionen nach dem ASVG	8
Bezieher von Kinderbetreuungsgeld	8
Brücke	27

C

Case Management	37
Chefärztliche Bewilligung - Medikamente.....	22
Chirurgische Zahnbehandlung	26

D

Dauer des Krankengeldanspruches	31
Dienstunfall.....	41

E

e-card 18

Ehrenamtlich tätige Bewährungshelfer 8

Eingetragene Partner - Hinterbliebenenrente (Unfallversicherung) 46

Eingetragene Partner - Hinterbliebenenversorgung (Pensionservice) 49

Ende der Arbeitsunfähigkeit 31

Ergänzungszulage 50

Ergotherapie 17

Ersatzleistungen (Kostenerstattung) 19

Erweiterte Heilbehandlung 34

Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) 14

F

Fahrtkosten 33

Festsitzender Zahnersatz 27

Freiwillige Leistungen 10

FSME-Impfung 21

Funktionsträger 7

G

Genesungs(Präventions)aufenthalt 36

Geringfügig Beschäftigte 8

Gesundheitsfestigung 35

Gesundheitsvorsorge 20

Gruppenpraxis 16

H

Hauskrankenpflege 28

Heilbehelfe 24

Heilmassage 17

Heilmittel (Medikamente) 22

Hilfsmittel 24

Hinterbliebenenrenten (Unfallversicherung) 45

Hinterbliebenenversorgung (Pensionservice) 49

Humangenetische Untersuchungen 21

I	
Impfungen.....	21
Implantat.....	27
K	
Kassenrezept.....	22
Kieferorthopädische Behandlung	26
Kinderbetreuungsgeld	30
Kinderzuschuss (Pensionservice).....	49
Kinderzuschuss (Unfallversicherung).....	44
Klinische Psychologie.....	17
Konservierende Zahnbehandlung	26
Kostenerstattung	19
Krankenanstalten.....	25
Krankengeld	31
Krankengeldauszahlung	32
Krankenversicherung.....	9
Kriegsgefangenenentschädigung.....	50
Kunststoffprothesen.....	27
Kuraufenthalt	36
Kureinrichtungen - BVA	39
Kurkostenbeitrag	36
L	
Leistungen der Krankenversicherung.....	10
Logopädie.....	17
M	
Medikamente	22
Medizinische Hauskrankenpflege.....	28
Medizinische Rehabilitation	34
Meldung der Arbeitsunfähigkeit	31
Metallgerüstprothesen mit Klammerzahnkronen	27
Mitglieder der Vollzugskommissionen	8
Mitglieder einer dienstherrlichen Kranken- oder Unfallfürsorgeeinrichtung.....	8

Mitversicherung von Angehörigen	13
Mutter-Kind-Pass	30
Mutterschaftsleistungen	29

N

Nachsicht Antragstellung	12
Nachsicht des Behandlungsbeitrages	12
Nachsichtszeitraum	12
Nebengebühreuzulage	48
„Neue“ Vertragsbedienstete	7

O

Öffentliche Mandatare	7
-----------------------------	---

P

Pensionsauszahlung	49
Pensionskonto	48
Pensionsservice	47
Pflegegeld (Pensionsservice)	51
Pflegegeld (Unfallversicherung)	45
Pflichtleistungen	10
Pflichtversicherung	7
Physiotherapie	17
Pneumokokken-Impfung	21
Prinzip der freien Arztwahl	16
Privatrezept	22
Psychotherapie	17

R

Rehabilitation (Krankenversicherung)	34
Rehabilitation (Unfallversicherung)	43
Rehabilitationsaufenthalt	36
Rehabilitationseinrichtungen – BVA	39
Rehabilitations- und Kurzentrum Austria	39

Rehabilitationszentrum Engelsbad	39
Reisekosten	33
Rezeptbewilligung	22
Rezeptgebühr	23
Rezeptgebührenobergrenze (REGO).....	23
Ruhebezug	49
Ruhegenuss	48
Ruhegenuss-Bemessung	48
Ruhegenussbezieher.....	8
Ruhestandsversetzung.....	48

S

Schwerversehrtete.....	44
Sonderklasse	25
Sozialarbeiter.....	34
Soziale Rehabilitation	34
Spitalsaufenthalt	25
Sterbekostenbeitrag (Pensionservice).....	51
Stiftzähne.....	27

T

Teilersatz der Bestattungskosten.....	46
Therapiezentrum Buchenberg	39
Therapiezentrum Rosalienhof	39
Transportkosten.....	33

U

Unfallheilbehandlung	42
Unfallmeldung.....	41
Unfallversicherung.....	40
Unterstützung in Notfällen (Krankenversicherung).....	32
Unterstützung in Notfällen (Unfallversicherung).....	46
Urlaub	14

V

Versehrtenrente	44
Versicherte der BVA.....	6
Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der BVA.....	8
Versorgungsgenuss.....	49
Versorgungsgenussbezieher	8
Vorsorgeuntersuchung	20

W

Wahlarzt	19
Waisenrenten (Unfallversicherung)	45
Waisenversorgung (Pensionservice).....	50
Witwen(Witwer)renten (Unfallversicherung).....	46
Witwen(Witwer)versorgungsgenuss (Pensionservice)	49
Wochengeld.....	29

Z

Zahnbehandlung.....	26
Zahnersatz.....	27
Zahnkronen	27
Zivildienst	8

Ihre Ansprechpartner in den Bundesländern

Hauptstelle

1080 Wien, Josefstädter Straße 80
Tel: 050405-0, Fax: 050405-22900
E-Mail: postoffice@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr
Garageneinfahrt Uhlplatz 2

Standort Pensionservice

1030 Wien, Barichgasse 38
Tel: 0504051, Fax: 0504051-6190
E-Mail: pensionservice@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Fr 8:00 - 12:00 Uhr

Landesstelle für Wien, NÖ und Bgl

1080 Wien, Josefstädter Straße 80
Tel: 050405, Fax: 050405-23900
E-Mail: Lst.wien@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr
Garageneinfahrt Uhlplatz 2

Außenstelle St. Pölten

der Landesstelle für Wien, NÖ und Bgl
3100 St. Pölten, Bahnhofplatz 10
Tel: 050405, Fax: 050405-23891
E-Mail: Ast.stpoelt@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr

Außenstelle Eisenstadt

der Landesstelle für Wien, NÖ und Bgl
7000 Eisenstadt, Neusiedler Straße 10
Tel: 050405, Fax: 050405-23991
E-Mail: Ast.eisenstadt@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr

Landesstelle für Oberösterreich

4010 Linz, Hessenplatz 5
Tel: 050405, Fax: 050405-24900
E-Mail: Lst.linz@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 7:30 - 14:00 Uhr
Fr 7:30 - 12:00 Uhr

Besuchen Sie uns im Internet

www.bva.at

Landesstelle für Steiermark

8020 Graz, Grieskai 106
Tel: 050405, Fax: 050405-25900
E-Mail: Lst.graz@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr

Landesstelle für Kärnten

9010 Klagenfurt am Wörthersee,
Paradeisergasse 12
Tel: 050405, Fax: 050405-26900
E-Mail: Lst.kft@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 7:30 - 14:00 Uhr
Fr 7:30 - 12:00 Uhr

Landesstelle für Salzburg

5020 Salzburg, Faberstraße 2A
Tel: 050405, Fax: 050405-27900
E-Mail: Lst.sbg@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr

Landesstelle für Tirol

6010 Innsbruck, Meinhardstraße 1
Tel: 050405, Fax: 050405-28900
E-Mail: Lst.ibk@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 14:00 Uhr
Fr 8:00 - 13:00 Uhr

Landesstelle für Vorarlberg

6900 Bregenz, Montfortstraße 11
Tel: 050405, Fax: 050405-29909
E-Mail: Lst.bgz@bva.at
Öffnungszeiten: Mo - Do 8:00 - 12:00 Uhr
und 13:30 - 15:00 Uhr
Fr 8:00 - 12:00 Uhr