Österreichische
Gesundheitskasse

Die ÖGK im Überblick
Leistungen und Services 2025

Zamrznutitonovi / shutterstock.com

www.gesundheitskasse.at

Inhalt

Unsere ÖGK
Sicher versorgt 4
Mein Krankenversicherungsbeitrag 5

Gut versichert
Meine Pflichtversicherung 6
Meine Mitversicherung 6
Freiwillige Versicherung 18

Gesund leben
Vorsorgeuntersuchung 21
Jugendlichenuntersuchung 22
Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“ 22
Diabetes im Griff mit „Therapie Aktiv“ 24
Bewusst leben+ 25
Betriebliche Gesundheitsförderung 25
Schulische Gesundheitsförderung 26
Vereinscoaching 28
Frei von Tabak und Nikotin 29
Momente für mich 30
Richtig essen von Anfang an! 31
Impfungen 31
Beweg’ dich – Gesunder Rücken 32
Magazin „Meine Gesundheit“ 33

Gesund werden
Ärztliche Hilfe 34
Ärztliche Behandlung im Urlaub 39
Heilmittel 42
Heilbehelfe 45
Hilfsmittel 46
Krankenhauspflege 47
Medizinische Hauskrankenpflege 47
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation 48
Krankenstand 49
Krankengeld 52
Wiedereingliederungsgeld 58
Rehabilitationsgeld 60
Kur und Erholung 62
Transportkosten 63

Ein Kind kommt
Sachleistungen ... 65
Wochengeld ... 65
Sonderwochengeld ... 66
Kinderbetreuungsgeld ... 67
Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen ... 73

Gesunde Zähne
Konservierende-chirurgische Zahnbehandlung ... 74
Kieferorthopädie und Zahnspangen ... 74
Zahnersatz ... 77
Gratis-Mundhygiene für Kinder und Jugendliche ... 78

Service plus
Telefonische Gesundheitsberatung 1450 ... 79
Online für Sie da ... 80
Ombudsstelle ... 81
Unterstützungsfonds ... 81
ELGA – die elektronische Gesundheitsakte ... 82

Meine Gesundheitseinrichtungen
Meine Zahngesundheitszentren ... 85
Mein Hanusch-Krankenhaus ... 85
Meine Gesundheitszentren ... 85
Meine Gesundheitszentren für Physikalische Medizin und Rehabilitation ... 88
Meine Gesundheitszentren für Erholung, Gesundheitsvorsorge Aktiv, Kur und Rehabilitation ... 88

Meine Gesundheitseinrichtungen und Kundenservicestellen ... 90

Sämtliche Angaben und Werte beziehen sich auf die geltenden Bestimmungen nach dem Stand vom 01.01.2025.
ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Unsere ÖGK

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) ist die größte gesetzliche Krankenversicherung Österreichs. Sie kümmert sich um rund 7,6 Millionen Menschen. Mit der ÖGK sind Sie sicher versorgt – in jeder Phase Ihres Lebens.

Sicher versorgt

Wir schützen Sie im Krankheitsfall und helfen Ihnen, wieder gesund zu werden. Wir unterstützen Sie aber auch dabei, gesund zu bleiben und gesund zu leben. Ebenso sind wir in der Schwangerschaft eine verlässliche und kompetente Partnerin. Zu unseren Leistungen gehören Sachleistungen (z. B. ärztliche Hilfe, Medikamente, Spitalsbehandlung, medizinische Hauskrankenpflege, Hilfsmittel, Krankentransporte, Vorsorgeangebote) und Geldleistungen (z. B. Krankengeld, Wochengeld, Wiedereingliederungsgeld, Rehabilitationsgeld).

Über 20.000 Vertragspartnerinnen und Vertragspartner, wie Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Spitäler, Transportdienste oder Anbieterinnen und Anbieter von Heilbehelfen, erbringen Gesundheitsleistungen auf Rechnung der ÖGK. Zusätzlich betreiben wir 89 Gesundheitseinrichtungen an 70 Standorten. Mit Ihrer e-card steht Ihnen das große medizinische Versorgungsnetz in ganz Österreich zur Verfügung.

Finanziert wird die ÖGK hauptsächlich durch gesetzlich festgelegte Krankenversicherungsbeiträge der Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer sowie ihrer Dienstgeberinnen und Dienstgeber. Auch Pensionistinnen und Pensionisten zahlen Beiträge.

Das sorgfältige Wirtschaften mit den uns anvertrauten Versicherungsbeiträgen stellt die nachhaltige Leistungsfähigkeit unseres Sozial- und Gesundheitssystems sicher. Sie bilden das starke Fundament unserer sozialen Krankenversicherung. Denn die ÖGK ist mehr als nur eine Krankenversicherung. Das österreichische System der Pflichtversicherung hat viele Vorteile gegenüber den Regelungen anderer Staaten, in denen die Menschen oft gar nicht oder unzureichend gegen Risiken geschützt sind.

Schutz für alle

Anders als bei Privatversicherungen sind bei der Pflichtversicherung automatisch alle Menschen, die im Inland unselbstständig erwerbstätig sind, per

Gesetz geschützt – unabhängig von Einkommen, Geschlecht oder Alter. Niemand kann ausgeschlossen werden, weil sie oder er etwa teure Medikamente benötigt, im hohen Alter mehr Leistungen braucht, wenig Einkommen hat oder arbeitslos geworden ist. Auch Angehörige sind in den meisten Fällen beitragsfrei mitversichert. Dadurch entsteht eine große solidarische Versichertengemeinschaft, die die individuellen Risiken ausgleicht.

Sozial gerecht und leistbar

Die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge hängt vom Einkommen ab. Besserverdienende übernehmen solidarisch einen Teil der Finanzierung der Leistungen für Menschen mit geringerem Einkommen. So haben alle Versicherten im Bedarfsfall den gleichen Anspruch auf hochwertige Gesundheitsversorgung – unabhängig davon, wie viel sie einbezahlt haben.

Kein Risikoausschluss

Menschen mit hohen gesundheitlichen Risikofaktoren, Vorerkrankungen und chronischen Krankheiten werden nicht vom Schutz der Krankenversicherung ausgeschlossen. Auch die Höhe der Beiträge ist nicht vom Gesundheitsrisiko abhängig.

Keine Wartefristen

Versichert ist automatisch, wer die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt. Der Schutz gilt ab dem 1. Tag. Damit können sofort ab Beginn der Versicherung Leistungen in Anspruch genommen werden.

Mein Krankenversicherungsbeitrag

Auf Ihrem Gehalts- bzw. Lohnzettel sehen Sie den Beitrag für die Sozialversicherung. Der Großteil davon geht an die Pensionsversicherung, ein Teil an die Arbeitslosenversicherung. Der Krankenversicherungsanteil beträgt für Angestellte sowie für Arbeiterinnen und Arbeiter 3,87 Prozent ihres Gehaltes bzw. Lohns.

Auch Dienstgeberinnen und Dienstgeber zahlen Beiträge zur Sozialversicherung für ihre Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer. Pensionistinnen und Pensionisten entrichten 5,10 Prozent ihrer Pension als Krankenversicherungsbeitrag.

Wie hoch ist der Krankenversicherungsbeitrag?

Monatlicher Bruttoverdienst	Dienstnehmerin bzw. Dienstnehmer
1.000,00 Euro	38,70 Euro
2.000,00 Euro	77,40 Euro
3.000,00 Euro	116,10 Euro
4.000,00 Euro	154,80 Euro
5.000,00 Euro	193,50 Euro
6.450,00 Euro und darüber	249,62 Euro (höchste Beitragszahlung)

Gut versichert

Meine Pflichtversicherung

Das Prinzip der Pflichtversicherung hat sich seit Ende des 19. Jahrhunderts in Österreich bewährt und ist eine ausgezeichnete Basis für eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Pflichtversicherung bedeutet, dass das Gesetz automatisch die Menschen zu einer Versichertengemeinschaft zusammenschließt, wenn bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Es ist kein Antrag notwendig.

Bei der ÖGK sind unter anderem folgende Personen pflichtversichert:
- Unselbstständige Erwerbstätige
- Lehrlinge
- Pensionistinnen und Pensionisten
- Bezieherinnen und Bezieher von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung
- Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld
- Bezieherinnen und Bezieher einer Leistung der Mindestsicherungs- und Sozialhilfegesetze der Länder
- Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld
- Asylwerberinnen und Asylwerber
- Kriegshinterbliebene

Meine Mitversicherung

Vom Neugeborenen bis zu Personen in höherem Alter. Von Stiefkindern bis zu pflegenden Angehörigen. Der Kreis der geschützten Personen ist viel größer als der Kreis unserer Versicherten. Nicht nur Versicherte können die Leistungen der ÖGK nutzen. Auch viele ihrer Familienmitglieder (Angehörige) sind bei der ÖGK mitversichert – und das meist kostenlos. Dazu müssen die Angehörigen in der Regel ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und dürfen nicht selbst gesetzlich krankenversichert sein.

Voraussetzungen für die Angehörigeneigenschaft

- Gewöhnlicher Aufenthalt im Inland (Ausnahme: Kinder während einer Schul- oder Berufsausbildung im Ausland)
- Keine eigene Krankenversicherung nach dem ASVG oder einem anderen Gesetz
- Kein Anspruch auf Krankenfürsorge gegenüber einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers
- Es liegt kein Ausschlussgrund vor (siehe Seite Seite 16)

Was Sie tun müssen

Füllen Sie das Formular „Prüfung der Anspruchsberechtigung für Angehörige aus“. Dieses können Sie in jeder ÖGK-Kundenservicestelle abgeben oder uns per Post oder E-Mail schicken. Das Prüfformular erhalten

Sie in unseren Kundenservicestellen oder auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at.

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine kompakte Übersicht über die Personengruppen, die als Angehörige gelten. Sie finden in der Tabelle die notwendigen Voraussetzungen und die benötigten Unterlagen.

Was Sie noch wissen sollten

Kinder sind grundsätzlich bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert. Darüber hinaus ist ein Prüfformular auszufüllen.

In bestimmten Situationen ist für die Verlängerung der Mitversicherung von Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, kein Prüfformular notwendig. Die Mitversicherung wird von uns automatisch verlängert, wenn das Kind bei der ÖGK gemeldet ist und ein bescheidmäßig zuerkannter Anspruch auf Familienbeihilfe besteht.

Sind diese beiden Voraussetzungen erfüllt, teilt das Finanzamt der ÖGK auf elektronischem Weg mit, dass weiterhin ein Anspruch auf Familienbeihilfe für das Kind über das 18. Lebensjahr hinaus besteht.

Die Vorlage des Nachweises über die Anspruchsdauer auf Familienbeihilfe ist somit nicht mehr erforderlich. Wird für das Kind keine Familienbeihilfe bezogen, übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Nachweise.

Kinder **bis** zur Vollendung des 18. Lebensjahres*

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN	
Kinder	Keine	
Wahlkinder (Adoptivkinder)		
Stiefkinder	• Ständige Hausgemeinschaft mit der/dem Versicherten	
Enkelkinder		
Pflegekinder	• Unentgeltliche Verpflegung durch die Versicherte/den Versicherten	
	• Pflegeverhältnis beruht auf einer behördlichen Bewilligung	
	• Verwandte bzw. verschwägerte Pflegekinder (Pflege und Erziehung durch die versicherte Person, bestimmter Verwandtschafts- bzw. Verschwägerungsgrad und ständige Hausgemeinschaft erforderlich)	

*) Bei Nichtzutreffen des 2. Ausschlussgrundes (siehe Aufzählung Seite 16)

	DAUER (BEFRISTUNG)	BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Vollendung des 18. Lebensjahres. Darüber hinaus siehe unter der Rubrik: „Kinder **nach** Vollendung des 18. Lebensjahres“.	• Geburtsurkunde • Bestätigung über Adoption bzw. Gerichtsbeschluss
		• (Berichtigte) Geburtsurkunde
	Vollendung des 18. Lebensjahres. Darüber hinaus siehe unter der Rubrik: „Kinder **nach** Vollendung des 18. Lebensjahres“. (Die Voraussetzungen werden regelmäßig von der ÖGK überprüft. Bei weiterem Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen wird die Mitversicherung von Amts wegen verlängert.)	• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Geburtsurkunde • Aktuelle Heiratsurkunde des Stiefelternteils
		• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Geburtsurkunde des Enkelkindes • Geburtsurkunde des Elternteiles in gerader Linie
		• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Geburtsurkunde
		• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Geburtsurkunde • Amtliche Pflegebewilligung
		• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Urkunden zum Nachweis des Verwandtschafts- oder Verschwägerungsverhältnisses

Kinder **nach** Vollendung des 18. Lebensjahres*

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN	
Wenn sich das Kind in einer **Schulausbildung** oder **Berufsausbildung** befindet	Anerkannte Schul- oder Berufsausbildung, welche die Arbeitskraft des Kindes überwiegend beansprucht.	
	• Ordentliches Studium im **1.** Studienabschnitt bzw. Bachelorstudium • Studium wird ernsthaft und zielstrebig betrieben	
	Ordentliches Studium im **2.** Studienabschnitt bzw. Master- oder Doktoratsstudium	
Wenn das Kind wegen Krankheit oder Gebrechen **erwerbsunfähig** ist	Seit Vollendung des 18. Lebensjahres (bzw. seit Ablauf der Schul- oder Berufsausbildung)	
Wenn das Kind **erwerbslos** ist	Seit Vollendung des 18. Lebensjahres (bzw. seit Ablauf der Schul- oder Berufsausbildung)	
Wenn das Kind an einem **Programm der Europäischen Union** zur Förderung der Mobilität junger Menschen teilnimmt	Seit Vollendung des 18. Lebensjahres	

*) Kinder gelten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres als Angehörige. Darüber hinaus kann unter folgenden Voraussetzungen und bei Nichtzutreffen des 2. Ausschlussgrundes (siehe Aufzählung Seite 16) der Krankenversicherungsschutz verlängert werden.

	DAUER (BEFRISTUNG)	ZUSÄTZLICH BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Max. bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres (Befristung: 30.11. des Kalenderjahres, in welches das Ende der vorgelegten Schulbesuchsbestätigung fällt)	• Schulbesuchsbestätigung je Schuljahr • Ausbildungsbestätigung oder Kursbestätigung
	Max. bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres (Befristung: 30.11. des Kalenderjahres, in welches das Ende des nachgewiesenen Studienjahres fällt)	• Wenn für das Kind Familienbeihilfe bezogen wird, der Nachweis darüber **Wird keine Familienbeihilfe bezogen:** • Fortsetzungsbestätigung als ordentlich Studierende/r je Studienjahr • Bestätigung des Studienerfolges (positive Prüfungen im Ausmaß von acht Semesterwochenstunden oder mind. 16 ECTS-Punkte) – im 1. Studienjahr nicht erforderlich
	Max. bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres (Befristung: 30.11. des Kalenderjahres, in welches das Ende des nachgewiesenen Studienjahres fällt)	• Nachweis über positives Ablegen der 1. Diplomprüfung bzw. des 1. Rigorosums oder Abschluss eines Bachelorstudiums • Fortsetzungsbestätigung als ordentlich Studierende/r
	Individuell	• Wenn erhöhte Familienbeihilfe bezogen wird, der Nachweis darüber • Wird keine erhöhte Familienbeihilfe bezogen, aktueller fachärztlicher Befundbericht
	Höchstens für 24 Monate im Anschluss an die Vollendung des 18. Lebensjahres, an eine anerkannte Schul-/Berufsausbildung bzw. an ein anerkanntes Studium (maximal bis zur Vollendung des 29. Lebensjahres)	• Nachweis über Beendigung Schul-/Berufsausbildung, Studium • Bestätigung der/des Versicherten über das Vorliegen von Erwerbslosigkeit
	Max. bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres	• Bestätigung über die Teilnahme am Programm der EU

Ehegattin/Ehegatte oder Eingetragene Partnerin/Eingetragener Partner

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN
Ehegattin/Ehegatte	Nichtzutreffen der Ausschlussgründe (siehe Aufzählung Seite 16)
Eingetragene Partnerin/ Eingetragener Partner	

Verwandte haushaltsführende Person

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN
Eine haushaltsführende Angehörige/**ein** haushaltsführender Angehöriger aus dem Kreis der Eltern, Wahl-, Stief- und Pflegeeltern, der Kinder, Wahl-, Stief- und Pflegekinder, der Enkelkinder oder der Geschwister	• Seit mindestens **10** Monaten bestehende Hausgemeinschaft mit der/dem Versicherten • Unentgeltliche Haushaltsführung durch die Angehörige/den Angehörigen • Es lebt keine arbeitsfähige Ehegattin/kein arbeitsfähiger Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner der/des Versicherten im gemeinsamen Haushalt. • Nichtzutreffen der Ausschlussgründe (siehe Aufzählung Seite 16) • Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen.

	DAUER (BEFRISTUNG)	BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Unbefristet	• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Heiratsurkunde
		• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Partnerschaftsurkunde

	DAUER (BEFRISTUNG)	BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Unbefristet (Die Voraussetzungen werden regelmäßig von der ÖGK überprüft. Bei weiterem Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen wird die Mitversicherung von Amts wegen verlängert.)	• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Urkunden zum Nachweis des Verwandtschaftsverhältnisses

Nicht verwandte haushaltsführende Person

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN
Eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte, haushaltsführende Person (Lebensgefährtin/Lebensgefährte)	• Seit mindestens 10 Monaten bestehende Hausgemeinschaft mit der/dem Versicherten • Unentgeltliche Haushaltsführung durch die Angehörige/den Angehörigen • Es lebt keine arbeitsfähige Ehegattin/kein arbeitsfähiger Ehegatte oder eingetragene Partnerin/eingetragener Partner im gemeinsamen Haushalt. • Die Angehörigeneigenschaft bleibt auch dann gewahrt, wenn die als Angehörige geltende Person nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt zu führen. • Nichtzutreffen der Ausschlussgründe (siehe Aufzählung Seite 16)

Pflegende Angehörige/Pflegender Angehöriger

PERSONENKREIS	VORAUSSETZUNGEN
• Ehegattin/Ehegatte • Eingetragene/r Partner/in • Personen, die mit der pflegebedürftigen Person in gerader Linie oder bis zum 4. Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind • Wahl-, Stief-, Pflegekinder • Wahl-, Stief-, Pflegeeltern • Eine mit der/dem Versicherten nicht verwandte Person, die seit mindestens 10 Monaten mit ihr/ihm in Hausgemeinschaft lebt und ihr/ihm seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führt, wenn ein/e im gemeinsamen Haushalt lebende/r arbeitsfähige/r Ehegattin/Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in nicht vorhanden ist.	• Die/der pflegende Angehörige pflegt die Versicherte/den Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld zumindest in Höhe der Stufe 3 nach dem Bundespflegegeldgesetz oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze. • Die Pflege erfolgt nicht erwerbsmäßig in häuslicher Umgebung. • Die Pflege beansprucht überwiegend die Arbeitskraft der/des Angehörigen. • Nichtzutreffen der Ausschlussgründe (siehe Aufzählung Seite 16)

	DAUER (BEFRISTUNG)	BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Unbefristet (Die Voraussetzungen werden regelmäßig von der ÖGK überprüft. Bei weiterem Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen wird die Mitversicherung von Amts wegen verlängert.)	• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“

	DAUER (BEFRISTUNG)	BENÖTIGTE UNTERLAGEN
	Unbefristet (Die Voraussetzungen werden regelmäßig von der ÖGK überprüft. Bei weiterem Bestehen der Anspruchsvoraussetzungen wird die Mitversicherung von Amts wegen verlängert.)	• Prüfformular „Anspruchsberechtigung für Angehörige“ • Urkunden zum lückenlosen Nachweis der Verwandtschaft (z. B. Geburtsurkunden, Heiratsurkunden, Eintragungsurkunden) • Soll die Pflege durch eine nicht verwandte Haushaltsführerin/einen nicht verwandten Haushaltsführer erfolgen, müssen zuerst die Anspruchsvoraussetzungen als nichtverwandte haushaltsführende Person erfüllt sein.

Photo 3 / shutterstock.com

Ausschlussgründe von der Angehörigeneigenschaft

Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Partnerinnen und eingetragene Partner, haushaltsführende Angehörige, Lebensgefährtinnen und Lebensgefährten oder pflegende Angehörige gelten nur dann als Angehörige, wenn sie nicht zu einem der folgenden Personenkreise zählen:

- Personen, die dem Kreis der freiberuflich selbstständig Erwerbstätigen angehören. Dazu zählen u.a. Ärztinnen und Ärzte, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte, Patentanwältinnen und Patentanwälte, Notarinnen und Notare, selbstständige Apothekerinnen und Apotheker sowie Wirtschaftstreuhänderinnen und Wirtschaftstreuhänder. All diese Personen auch dann, wenn sie eine Pension nach dem Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger (FSVG), nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) oder nach dem Notarversicherungsgesetz 1972 (NVG) bzw. Notarversorgungsgesetz (NVG 2020) beziehen. Ebenso wenn sie eine Alters- bzw. Berufsunfähigkeits- oder Todesversorgungsleistung aus einer Einrichtung ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung beziehen.
- Personen, die im Ausland eine Erwerbstätigkeit ausüben, die, würde sie im Inland ausgeübt werden, die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nach dem ASVG oder einem anderen Gesetz begründen würde. Oder Personen, die aufgrund einer solchen Erwerbstätigkeit eine Pension beziehen. Dies gilt entsprechend für eine Beschäftigung bei einer internationalen Organisation und den Bezug einer Pension aufgrund dieser Beschäftigung. Das gilt für alle Angehörigen, das heißt auch für Kinder.
- Bei Selbstversicherten in der Krankenversicherung (§ 16 ASVG) ist der Kreis der anspruchsberechtigten Angehörigen auf Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Partnerinnen und Partner, Kinder und Enkelkinder beschränkt.

Beitragspflichtige Mitversicherung

Der Gesetzgeber hat vorgesehen, dass für bestimmte mitversicherte Angehörige ein Zusatzbeitrag zu zahlen ist.

Für mitversicherte Ehegattinnen und Ehegatten, eingetragene Partnerinnen und Partner sowie haushaltsführende Personen ist ein Zusatzbeitrag einzuheben, wenn die mitversicherte Person nicht

- ein im gemeinsamen Haushalt lebendes Kind erzieht (auch Wahl-, Stief- und Pflegekinder oder Enkel) oder
- in der Vergangenheit mindestens 4 Jahre hindurch ein im gemeinsamen Haushalt lebendes Kind erzogen hat (darunter fallen auch Kindererziehungszeiten aus einer vorherigen Beziehung oder als alleinerziehender Elternteil) oder
- selbst Anspruch auf Pflegegeld ab der Stufe 3 hat oder
- eine Versicherte bzw. einen Versicherten pflegt, die bzw. der Anspruch auf Pflegegeld ab der Stufe 3 hat.

Weiters, wenn die versicherte Person nicht Kranken-, Wochen- bzw. Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe bezieht oder soziale Schutzbedürftigkeit festgestellt wird.

Der Zusatzbeitrag wird der bzw. dem Versicherten von uns vorgeschrieben. Die Versicherten und nicht die Angehörigen haben diesen einzuzahlen. Der Zusatzbeitrag beträgt 3,40 Prozent der Beitragsgrundlage (Pension oder sonstiges Einkommen). Bei Versicherten aufgrund einer Beschäftigung wird als Beitragsgrundlage das sozialversicherungspflichtige Erwerbseinkommen (inklusive Sonderzahlungen) herangezogen. Bei krankenversicherten Pensionistinnen und Pensionisten ist die Beitragsgrundlage der aktuelle monatliche Pensionsbezug zuzüglich der Sonderzahlungen. Bei Selbstversicherten in der Krankenversicherung gilt die hierfür herangezogene Beitragsgrundlage als Berechnungsgrundlage. Im Falle einer Mehrfachversicherung ist der Zusatzbeitrag aus jedem einzelnen Beschäftigungsverhältnis bis zur jeweiligen Höchstbeitragsgrundlage zu zahlen.

Der Zusatzbeitrag für Angehörige ist nur für die Dauer ihrer Mitversicherung vorgesehen. Die ÖGK prüft, ob der Zusatzbeitrag für die Mitversicherung zu zahlen ist. Die bzw. der Versicherte erhält gegebenenfalls einen Fragebogen und ein Merkblatt. Erhalten wir von Ihnen keine Rückantwort, müssen wir Ihnen den Zusatzbeitrag vorschreiben.

Der Zusatzbeitrag für Angehörige bleibt nicht der ÖGK, sondern fließt über den Weg der Krankenanstaltenfinanzierung in das Budget des Bundes.

e-card für mitversicherte Angehörige

Babys erhalten nach ihrer Geburt automatisch eine eigene e-card zugeschickt, sobald die ÖGK die Geburtsurkunde von der Personenstandsbehörde erhalten hat. Alle anderen Angehörigen bekommen von der ÖGK automatisch ihre e-card zugeschickt, nachdem sie in unserem Datensystem erfasst wurden – sofern

sie nicht ohnehin bereits eine e-card besitzen.

Freiwillige Versicherung

Sie haben keine gesetzliche Krankenversicherung? Bitte erkundigen Sie sich vor der Antragstellung, ob für Sie eine Mitversicherung besteht.

Personen, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, können sich auf Antrag selbst versichern – solange sich ihr Wohnsitz im Inland befindet. Es handelt sich dabei um die sogenannte „Freiwillige Krankenversicherung nach § 16 ASVG". Bei Vorliegen der erforderlichen Vorversicherungszeiten haben die Versicherten für sich und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen sofort Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung; sonst nach einer Wartezeit von 6 Monaten. Der Anspruch erstreckt sich auf alle Sachleistungen wie z. B. ärztliche Behandlungen, Medikamente, Spitalsaufenthalte, Heilbehelfe oder Hilfsmittel.

Der Monatsbeitrag beträgt derzeit 526,79 Euro. Sie haben die Möglichkeit, einen Antrag auf Herabsetzung der Beitragsgrundlage zu stellen. Legen Sie dem Antrag sämtliche Einkommensnachweise bei.

Die Selbstversicherung endet mit dem Beginn einer Pflichtversicherung oder mit dem Ende des Kalendermonates, in dem Sie schriftlich den Austritt erklären.

Grundsätzlich endet die Selbstversicherung jedoch frühestens mit dem Ablauf von 6 aufeinanderfolgenden Kalendermonaten. Ausnahmen sind der Wegfall der Voraussetzungen oder die Abmeldung wegen des Beginns einer Angehörigeneigenschaft. Die Versicherung endet auch, wenn die für 2 Kalendermonate fällig gewordenen Beiträge nicht bezahlt wurden.

Zusätzliche Vorteile für Studierende

Für Studierende gibt es zusätzliche Erleichterungen. Einerseits entfällt die Wartezeit, andererseits genügt der gewöhnliche Aufenthalt im Inland. Außerdem gilt: Der monatliche Beitrag beträgt 73,48 Euro. Die begünstigte Studentenversicherung ist an Einkommensgrenzen und

Lightfield Studios / shutterstock.com

Studiendauer gebunden. Bitte informieren Sie sich in einer der über 100 ÖGK-Kundenservicestellen in ganz Österreich.

Sonderregelung im Fall von Pflege eines nahen Angehörigen oder eines behinderten Kindes

Für Personen, die einen nahen Angehörigen oder ein behindertes Kind pflegen, bestehen ebenfalls Erleichterungen: so entfallen die Wartezeit und die Sperrfrist. Die Beiträge zur Selbstversicherung werden vom Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen getragen.

Für beide Formen der Selbstversicherung sind Voraussetzungen:

- Nichtvorliegen einer Pflichtversicherung und der Möglichkeit einer Mitversicherung
- Vorliegen sozialer Schutzbedürftigkeit (nach den Richtlinien für die Befreiung von der Rezeptgebühr)
- Überwiegende Beanspruchung der Arbeitskraft aufgrund der häuslichen Pflege durch die antragstellende Person

Im Fall der Pflege eines behinderten Kindes muss für das behinderte Kind erhöhte Familienbeihilfe gewährt werden und im Fall der Pflege eines nahen Angehörigen muss Anspruch auf Pflegegeld zumindest der Stufe 3 vorliegen.

Wir empfehlen Ihnen, sich mit dem Versicherungsservice der ÖGK in Verbindung zu setzen.

Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung

Geringfügig Beschäftigte mit Wohnsitz im Inland können sich in der Kranken- und Pensionsversicherung zu einem monatlichen Beitrag von derzeit 77,81 Euro selbst versichern. Man spricht dabei von einer „Selbstversicherung in der Kranken- und Pensionsversicherung nach § 19a ASVG". Die Voraussetzungen sind, dass Sie nur geringfügig beschäftigt sind und noch keine Pflichtversicherung in der Kranken- und/oder Pensionsversicherung haben. Das Entgelt, das Sie erhalten, darf die jeweils gültige Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigen. Diese ändert sich jährlich und wird an die Inflationsrate angepasst. 2025 liegt sie bei 551,10 Euro.

Die Versicherung beginnt gleichzeitig mit der Aufnahme Ihrer geringfügigen Beschäftigung, sofern Sie das erste Mal einen Antrag auf diese freiwillige Versicherung stellen und das innerhalb von 6 Wochen nach Arbeitsbeginn tun. Sollten Sie einer oder mehreren geringfügigen Beschäftigung(en) nachgehen, und werden Sie mit dem Dienstleistungsscheck entlohnt, so startet die Versicherung mit der ersten Beschäftigung – wenn Sie den Antrag spätestens bis zum Ablauf des nächsten Monats stellen. In allen anderen Fällen beginnt die Versicherung am Tag nach Stellen des Antrages.

Die Versicherung endet
- sofort, wenn Sie Ihre geringfügige Beschäftigung beenden.
- sofort, wenn Sie eine Beschäftigung mit Vollversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) aufnehmen.
- sofort, wenn eine Pflichtversicherung in der Kranken- und/oder Pensionsversicherung (z. B. auch der Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe, Start des Präsenzdienstes oder Zivildienstes) eintritt.
- am Monatsende, wenn Sie sich von der Selbstversicherung abmelden.
- am Ende jenes Monats, für den Sie den letzten Beitrag bezahlt haben.
- für Versicherte mit Dienstleistungsscheck mit Ende des Folgemonats, für den kein Dienstleistungsscheck eingelangt ist, wenn in zwei aufeinander folgenden Monaten kein Scheck eingereicht wurde.

Diese Art der Selbstversicherung garantiert Ihnen Sachleistungen, wie z. B. ärztliche Behandlung, Medikamente, Spitalsaufenthalte und Heilbehelfe oder Hilfsmittel. Außerdem haben Sie Anspruch auf Geldleistungen – das sind Krankengeld und Wochengeld. Zudem gilt: Die Zeiten der Selbstversicherung werden auch für die Pension berücksichtigt.

Bitte vergessen Sie nicht: Selbstversicherte müssen alle für die Versicherung bedeutsamen Änderungen schriftlich binnen einer Woche melden. Das betrifft eine Adressänderung genauso wie die Aufnahme einer Beschäftigung. Studierende müssen bei Antragstellung und in der Folge jährlich spätestens bis 31.12. eines jeden Kalenderjahres eine Fortsetzungsbestätigung vorlegen.

Details finden Sie auf unserer Website unter www.gesundheitskasse.at

Gesund leben

Die ÖGK hat für ihre Versicherten ein breites Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm entwickelt. Neben Webinaren sind die Angebote vor Ort direkt in den Regionen besonders wichtig: Die Bandbreite reicht von Ernährungsberatung über Nikotin- und Tabakentwöhnungsprogramme bis hin zu Workshops, Vorträgen, Aktionstagen und Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit. Das ÖGK-Angebot ist riesig und wendet sich an alle Versicherten – von der Geburt bis ins hohe Alter. Ziel ist, dass wir alle mehr Lebensjahre in Gesundheit verbringen können.

Für Babys sowie Schwangere gibt es zum Beispiel Ernährungsprogramme und Frühe-Hilfen-Netzwerke. Kinder im Schulalter werden durch das Netzwerk „Gesunde Schule“ betreut. Die Betriebliche Gesundheitsförderung widmet sich dem gesunden Arbeitsplatz. Unterschiedliche Seniorenprogramme unterstützen ältere Menschen dabei, möglichst lange gesund zu bleiben. Das ÖGK-Programm

Pressmaster / shutterstock.com

deckt unterschiedliche Lebensräume und Altersstufen ab. Es animiert die Menschen zu mehr Bewegung und gesünderer Ernährung, hilft bei Suchtproblemen und fördert die psychische Gesundheit.

Welche Angebote und Termine es in Ihrer unmittelbaren Umgebung gibt, erfahren Sie in Ihrer nächsten Kundenservicestelle oder auf www.gesundheitskasse.at.

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen Einblick in das umfassende Angebot Ihrer Gesundheitskasse.

Vorsorgeuntersuchung

Sie wollen mögliche gesundheitliche Probleme frühzeitig erkennen? Sie wollen Infos zu einem gesünderen Lebensstil? Ein Gesundheits-Check unterstützt Sie dabei. Die ÖGK lädt Personen ab 18 Jahren ein, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Diese ist kostenlos und deckt alle wichtigen Gesundheitsrisiken ab. Erste Ansprechperson ist meist die Hausärztin oder der Hausarzt. Die Vorsorgeuntersuchung gibt es auch in vielen Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung. Ebenso bieten manche Fachärztinnen und -ärzte für Innere Medizin bzw. für Lungenheilkunde Vorsorgeuntersuchungen an. Viele Wahlärztinnen und Wahlärzte haben einen „VU-Vertrag" und rechnen Untersuchungen direkt mit der ÖGK ab. In diesen Fällen sind Bezahlung und Kostenerstattung nicht notwendig.

Die Vorsorgeuntersuchung konzentriert sich auf folgende Bereiche:

- Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes)
- Beratung zur Früherkennung von Krebserkrankungen
- Prävention von Erkrankungen des höheren Alters (altersbedingte Sehschwäche, Hörminderung)

Wie läuft eine Vorsorgeuntersuchung ab?

Zuerst füllen Sie einen Fragebogen zu unterschiedlichen Themen aus (z. B. zu eigenen Vorerkrankungen, erblicher Vorbelastung, Bewegung, Alkoholkonsum). Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt erhebt bestimmte Körperwerte wie

Größe, Gewicht, Hüftumfang, Blutdruck und Body-Mass-Index (BMI). Zur Ermittlung von Blutzucker und Blutfettwerten wird Ihnen Blut abgenommen.

Bei der Vorsorgeuntersuchung werden die häufigsten beeinflussbaren Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, Bluthochdruck, Rauchen und Bewegungsmangel abgeklärt. Im Mittelpunkt steht Ihr persönlicher Nutzen, Sie erfahren, wie es aktuell um Ihre Gesundheit steht und erhalten eine maßgeschneiderte Beratung, wie Sie selbst positiv dazu beitragen können.

Jugendlichenuntersuchung

Die ÖGK lädt laut gesetzlichem Auftrag pflichtversicherte Jugendliche (das sind alle Jugendlichen, die bereits im Arbeitsleben stehen) im Alter von 15 bis 18 Jahren einmal pro Jahr zur sogenannten Jugendlichenuntersuchung ein. Dieser kostenlose Gesundheits-Check hat den Zweck, Krankheiten möglichst früh zu erkennen und die jungen Menschen dabei zu unterstützen, gesünder zu leben. Im Fokus stehen Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und riskantes Sexualverhalten.

Die Untersuchung findet im Rahmen eines vertraulichen Gesprächs mit einer Ärztin bzw. einem Arzt in einer Berufsschule, einem Betrieb oder einem Gesundheitszentrum der ÖGK statt. Beratung ist dabei Trumpf: Die Medizinerin bzw. der Mediziner geht auf die individuelle Lebenssituation ein und gibt den Jugendlichen Tipps, im Fall der Fälle ungesundes Verhalten zu ändern. Auch Beratungsangebote werden vermittelt oder weiterführende medizinische Abklärungen empfohlen. Die Untersuchungen laufen nach einem bestimmten Schema ab: Nach der Basisuntersuchung im 1. Jahr werden in den darauffolgenden Jahren die Ergebnisse kontrolliert und verglichen. Natürlich unterliegt die gesamte Untersuchung der ärztlichen Schweigepflicht.

Pixel-Shot / shutterstock.com

Brustkrebs-Früherkennungsprogramm „früh erkennen“

Die Brustkrebs-Früherkennung ermöglicht, dass Brustkrebs früh entdeckt werden kann. So kann früher mit einer schonenderen Behandlung begonnen werden und die Chancen auf Heilung sind besser.

Warum sollen Frauen das Programm nutzen?
Die Mammografie gilt derzeit als verlässlichste Methode zur Früherkennung von Brustkrebs. Das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm achtet darauf, dass Frauen sich auf die Qualität der Untersuchung verlassen können: Rund 170 Standorte in ganz Österreich mit höchsten Qualitätsstandards, sowohl was die Aus- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte, der Radiologietechnologinnen und -technologen wie auch die technische Ausstattung betrifft, stehen den Frauen in Österreich wohnortnah zur Verfügung.

Jede Mammografie wird außerdem von einer zweiten Radiologin bzw. einem zweiten Radiologen ein weiteres Mal begutachtet. Dieses Vier-Augen-Prinzip soll helfen, Fehldiagnosen zu vermeiden.

Wie funktioniert das Programm?
Bei Frauen zwischen 45 und 74 Jahren ist die e-card für die Mammografie alle 2 Jahre automatisch freigeschaltet. Frauen zwischen 40 und 44 sowie ab 75 Jahren können sich bei der kostenlosen Serviceline 0800 500 181 oder auf www.frueh-erkennen.at zum Programm anmelden. Nach der Terminvereinbarung bei einer Radiologin oder einem Radiologen können Frauen mit ihrer e-card zur Untersuchung gehen; eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig. Die Liste der Mammografie-Standorte ist auf oben genannter Internetseite zu finden. Zwei Jahre nach der Mammografie wird die e-card automatisch wieder freigeschaltet. Zusätzlich erhalten Frauen ein Erinnerungsschreiben. Wird einer Frau aus medizinischen Gründen ein kürzerer Zeitraum für die nächste Mammografie empfohlen, erfolgt die Einladung selbstverständlich früher.

Wenn Beschwerden auftreten
Bei einer Brustkrebserkrankung, wenn Beschwerden auftreten, im Verdachtsfall oder wenn ein familiär erhöhtes Risiko besteht, ist eine Zuweisung zur diagnostischen Mammografie unabhängig vom Alter durch eine Ärztin oder einen Arzt jederzeit möglich.

„früh erkennen" ist eine gemeinsame Initiative von Bund, Sozialversicherung, Ländern und Österreichischer Ärztekammer. Alle Informationen über das Mammografieprogramm finden Sie auf www.frueh-erkennen.at.

Diabetes im Griff mit „Therapie Aktiv"

Sie sind zuckerkrank oder kennen jemanden, der davon betroffen ist? Die ÖGK bietet mit „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff" ein Langzeitbetreuungsprogramm für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 an. Dieses soll Menschen, die an Typ-2-Diabetes leiden, zu einer intensiveren ärztlichen Betreuung und zu mehr Wissen über die Krankheit verhelfen.

Die Eckpunkte des Programms
„Therapie Aktiv"-Ärztinnen und -Ärzte sorgen dafür, dass neben regelmäßigen Augenkontrollen, Fußuntersuchungen und Bestimmungen des Blutzuckerlangzeitwerts (HbA1c) auch jährlich ein ausführliches individuelles Gespräch mit den Patientinnen und Patienten geführt wird.

Unnötige Doppeluntersuchungen werden durch das strukturierte Programm vermieden. Gleichzeitig erhalten zuckerkranke Menschen eine Diabetes-Schulung sowie umfangreiches Informationsmaterial und ein Diabetes-Handbuch.

Gemeinsam mit den Ärztinnen und Ärzten werden sinnvolle und erreichbare Therapieziele festgelegt, die bei den regelmäßigen Untersuchungen geprüft, verändert und aktualisiert werden. Die Diabetikerinnen und Diabetiker werden so motiviert, aktiv an ihrer Therapie mitzuwirken und den Behandlungserfolg zu beeinflussen. Die Teilnahme am Programm ist kostenlos.

Wissenschaftlich geprüft und für sehr gut befunden
Der Nutzen von „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff" ist wissenschaftlich erwiesen. Ergebnisse einer Langzeitstudie der Medizinischen Universität Graz belegen ein um 30 Prozent niedrigeres Sterberisiko, weniger diabetesspezifische Folgeerkrankungen wie Herzinfarkte oder Schlaganfälle, geringere medizinische Kosten und insgesamt einen besseren Gesundheitszustand der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Alle Infos und die Liste der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte finden Sie auf www.therapie-aktiv.at.

ÖGK/Stefan Straßburger

Bewusst leben +

Möglichst lange fit und gesund zu bleiben – das ist das Ziel des Programms „Bewusst leben +" der ÖGK. Gesundheitsförderliche Maßnahmen können dabei helfen, lange gesund zu bleiben. Altersbedingte Beeinträchtigungen können so ausgeglichen und die Selbstständigkeit länger erhalten werden.

Mit dem kostenlosen Angebot „Bewusst leben +" lädt die ÖGK alle Menschen ab der Lebensmitte zum Mitmachen und Gesundbleiben ein. Von Expertinnen und Experten entwickelt, ist das Programm zugeschnitten auf die Bedürfnisse von Menschen in dieser Lebensphase.

Die Themen sind vielfältig und reichen von Entspannung, Bewegung, Sturzvorbeugung und Ernährung bis zur geistigen Fitness und der guten Vorbereitung auf das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt. Neben einer 24-teiligen Videoreihe bietet eine umfassende Broschüre einen kompakten Überblick über die wichtigsten Themen zu Gesundheitsförderung und Prävention – zum Reinschauen, Mitmachen und Nachdenken. Um Stürzen aktiv vorzubeugen bietet das Programm „Trittsicher & aktiv" österreichweit ab Mitte 2025 auch kostenlose, mehrwöchige Kurse für Personen ab 65 Jahren sowie Multiplikatorenschulungen an.

Sie können zwei umfassende Ratgeber zu den Videos sowie DVDs und USB-Sticks (solange der Vorrat reicht) und ein Gymnastikband kostenlos unter www.gesundheitskasse.at/bewusstleben bestellen.

ÖGK-Kontakt zum Programm:
Tel.: 05 0766-158008
(Mo-Fr, 08.00 bis 12.00 Uhr)

Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gesunden Unternehmen – das ist das Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) der ÖGK. Wir beraten und unterstützen Unternehmen kostenlos bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten.

Was BGF den Betrieben bietet

Durch gemeinsame Maßnahmen von Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern sowie Dienstgeberinnen und Dienstgebern sollen

BearFotos / shutterstock.com

Gesundheit und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz verbessert werden. Dabei werden gezielt Arbeitsstrukturen, Arbeitsabläufe und Arbeitsumfeld in den Mittelpunkt gestellt. Durch die Optimierung betrieblicher Rahmenbedingungen kann Arbeit gesund gestaltet werden. Ziel ist es aber nicht nur, betriebliche Rahmenbedingungen zu verändern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen zu einem gesunden Lebensstil angeregt und motiviert werden.

Unser Portfolio

- Top-Beraterinnen und Top-Berater begleiten Betriebe aller Größen und Branchen bei der Projektumsetzung und in der Nachhaltigkeit – und das kostenlos.
- Maßnahmen zur Förderung eines gesunderen Lebensstils (Ernährung, Bewegung, Führung, Stress etc.)
- Jährliche Veranstaltungen zur Vernetzung und Wissensvermittlung

Ein Programm, vielfältiger Nutzen

Unternehmen profitieren durch:

- Erhöhte Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität
- Gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität
- Verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation
- Langfristige Senkung von Krankheitskosten
- Imageaufwertung für das Unternehmen

Vorteile für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

- Weniger Arbeitsbelastung
- Verringerte gesundheitliche Beschwerden
- Gesteigertes Wohlbefinden
- Besseres Betriebsklima
- Gesünderes Verhalten in Betrieb und Freizeit

Schulische Gesundheitsförderung

Gesundheit am Stundenplan. Die ÖGK möchte Gesundheit in Schulen zum Thema machen, denn ein gesundes Umfeld schafft die entscheidende Basis, damit sich Schülerinnen und Schüler gesund entwickeln können. Die ÖGK ist mit ihren Servicestellen die erste Ansprechpartnerin für Schulen.

Wir unterstützen diese bei der Planung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten, und zwar kosten-

los, nach genauen Qualitätskriterien, ganzheitlich und nachhaltig. Die regional in den Bundesländern verankerten „Servicestellen gesunde Schule" haben zum Ziel, den Weg zur gesunden Schule zu begleiten, bedarfsgerecht zu unterstützen und Impulse zu setzen.

Das Angebot

Im Rahmen der Projekte arbeiten schulinterne Projektteams mit Unterstützung der „Servicestelle gesunde Schule" daran, gesunde Rahmenbedingungen für die Schule zu schaffen. Die zahlreichen Angebote umfassen individuelle Prozessbegleitung von Schulen nach dem Qualitätsmanagementkreislauf, kostenfreie und qualitätsgesicherte Infomaterialien zur schulischen Gesundheitsförderung, finanzielle Unterstützung von Maßnahmen im Rahmen der Schulbetreuung sowie Vermittlung von Angeboten regionaler Kooperationspartner der ÖGK.

Vorteile der schulischen Gesundheitsförderung auf einen Blick

Die Schule wird zur gesundheitsförderlichen Lebenswelt. Mit an Bord sind alle im schulischen Alltag beteiligten Personen.

Vorteile für Schülerinnen und Schüler:

- Stärkung der persönlichen Kompetenzen und Leistungspotenziale
- Förderung von gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Handeln
- Besseres Schulklima
- Förderung der Gesundheit durch optimale Rahmenbedingungen (bewegte Pause, gesunde Jause)

LightField Studios/shutterstock.com

Vorteile für Lehrerinnen und Lehrer:
- Förderung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz und somit indirekt höhere Bildungs- und Erziehungsqualität für die Kinder

Vorteile für Eltern:
- Gesunde und ausgeglichene Kinder
- Bessere Lernfähigkeit in einem gesunden Setting

Vereinscoaching

Gesundheitsförderung im Setting Fußballverein. Fußballvereine halten gesund – körperlich, aber auch seelisch und sozial. Denn Vereine sind soziale Ankerpunkte mitten in unserer Gesellschaft und leisten damit einen bedeutsamen Beitrag zu Gesundheitsförderung und Prävention.

Vereinscoaching ist ein nachhaltiges Entwicklungsprogramm für Vereine, bei dem Bildung, Service, Professionalität sowie Innovation im Mittelpunkt stehen. In Fußballvereinen kommen viele engagierte und motivierte Menschen zusammen – eine gute Voraussetzung für wirksame Gesundheitsförderung und Prävention. Fußball ermöglicht als populärster Breitensport Österreichs zudem den Zugang zu verschiedenen Zielgruppen quer durch alle gesellschaftlichen Schichten.

WBMUL / shutterstock.com

Vereinscoaching orientiert sich an den Bedürfnissen der Vereine und der Menschen in ihrem Umfeld. In seiner Konzeption und Flexibilität ist es österreichweit einzigartig.

Mit fachlicher Begleitung werden Gesundheitswissen und konkrete Anregungen für die Praxis im Vereinsalltag vermittelt. Dabei geht es nicht nur um Bewegung und Ernährung, sondern auch um soziale Kompetenzen und Netzwerke. Expertinnen und Experten stehen für Rufseminare zu unterschiedlichen Themen zur Verfügung. Sie gehen auf die individuellen Anliegen des jeweiligen Vereins und seiner Mitglieder ein. Neben Trainerinnen und Trainern, Spielerinnen und Spielern sowie Funktionärinnen und Funktionären sind vor allem auch Eltern, Großeltern und Erziehungsberechtigte eingeladen, an den kostenlosen und praxisorientierten Angeboten bei den Vereinen vor Ort teilzunehmen.

Wir begleiten Ihren Fußballverein auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden!

Nähere Informationen finden Sie unter https://www.gesundheitskasse.at/vereine

Frei von Tabak und Nikotin

Mit dem Rauchen aufzuhören, von E-Zigaretten oder anderen Nikotin-

Produkten los zu kommen, ist eine wichtige Entscheidung für die eigene Gesundheit. Mit Unterstützung der ÖGK und dem Rauchfrei Telefon gelingt es leichter.

Die Angebote zur Nikotin- und Tabak-Entwöhnung der ÖGK umfassen Gruppenkurse, Online-Vorträge und für spezielle Personengruppen (z.B. Schwangere, chronisch Kranke) Einzeltermine.

Ein Expertenteam von Klinischen und Gesundheits-Psychologinnen und Psychologen begleitet sie vor Ort oder online.

Weitere Informationen, Termine und Wissenswertes zum Thema Nikotin und Rauchen finden Sie hier: www.gesundheitskasse.at/nikotinfrei

ÖGK / Lucas Müller

Die Angebote vom Rauchfrei Telefon

- Information und Beratung rund um die Themen Tabak und Nikotin
- Unterstützung beim Start in ein nikotinfreies Leben
- Begleitung nach dem Nikotin-Stopp, um Rückfällen vorzubeugen
- Vermittlung von Möglichkeiten der Nikotin-Entwöhnung in ganz Österreich

Sie sind interessiert? Auf der Seite www.rauchfrei.at gibt es Informationen über den Beratungsablauf am Telefon, Fakten zu Tabak und Nikotin sowie Tipps und Tricks zum Rauchstopp. Im Blog nehmen die Expertinnen und Experten regelmäßig zu aktuellen Themen Stellung und greifen interessante Schwerpunkte auf.

Das Rauchfrei Telefon ist eine Initiative der Sozialversicherung, der Länder und des Gesundheitsministeriums. Betrieben wird es von der ÖGK.

Rauchfrei Telefon
Telefon: 0800 810 013
Mo-Fr 10.00 bis 18.00 Uhr
E-Mail: info@rauchfrei.at
www.rauchfrei.at
www.facebook.com/RauchfreiTelefon

Momente für mich

Wie zufrieden wir mit unserem Leben sind, hängt von vielen Faktoren ab. Ein wichtiger Aspekt ist die mentale Gesundheit. Der richtige Umgang mit psychischen Belastungen leistet dabei einen großen Beitrag. Wer seelisch gefestigt ist, kann schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen. Belastungen verschwinden selten von alleine, der Druck nimmt oft weiter zu.

Das Angebot der ÖGK „Momente für mich" liefert alltagstaugliche Tipps, Anregungen und Übungen, mit denen jeder seine psychische Gesundheit positiv beeinflussen kann. Weiters werden von der ÖGK Vorträge in Präsenz und Online angeboten sowie „Erste Hilfe für die Seele"-Kur-

se, wo Sie lernen, wie Sie bei psychischen Problemen anderen Erwachsenen „Erste Hilfe" leisten können.

Mit „Momente für mich" möchte die ÖGK dazu beitragen, dass es den Menschen gut geht. Es sind viele Angebote, die helfen, psychisch gesund zu bleiben. Auch in stressigen Zeiten.

Fragen zum Angebot:
Telefon: 05 0766-126206
E-Mail: momentefuermich@oegk.at
www.gesundheitskasse.at/mentalgesund

Richtig essen von Anfang an!

Die ÖGK unterstützt mit dem Programm „Richtig essen von Anfang an!" werdende Eltern und Eltern von Babys und Kleinkindern sowie deren Angehörige in allen Fragen rund um die Themen

- Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit
- Ernährung von Kindern im ersten Lebensjahr
- Ernährung von 1- bis 3-jährigen Kindern

Mit einer vielfältigen und ausgewogenen Ernährung von Anfang an wird der Grundstein für ein gesundes Aufwachsen gelegt. In kostenlosen Workshops erhalten interessierte Eltern wissenschaftlich gesicherte und aktuelle Ernährungsempfehlungen sowie alltagsnahe Tipps und Anregungen.

Weitere Informationen und Terminangebote zum Programm „Richtig essen von Anfang an!" finden Sie unter www.gesundheitskasse.at/revan

Impfungen

Impfen ist der wirksamste Schutz gegen bestimmte Infektionskrankheiten und manchmal auch der einzige, denn: Manche dieser Krankheiten, die schwer oder sogar tödlich verlaufen können, lassen sich nur schwer behandeln. Impfen sorgt dafür, dass es gar nicht erst so weit kommt. Manche Impfungen halten langfristig, andere (z. B. Grippe) müssen jährlich oder alle paar Jahre aufgefrischt werden.

Impfungen für Erwachsene sind in Österreich großteils privat zu bezahlen. Die ÖGK ist gesetzlich grundsätzlich nicht für Impfungen zuständig, beteiligt sich aber an österreich-

Ground Picture / shutterstock.com

weiten Impfprogrammen – etwa am österreichischen Kinderimpfprogramm oder am „Öffentlichen Impfprogramm Influenza“ (Grippe). Für Zeckenimpfungen (FSME) können Sie einen Zuschuss erhalten.

Mehr Infos
www.gesundheitskasse.at/impfen
www.gesundheitskasse.at/grippe
(kostenlose Grippeimpfung)
www.sozialministerium.at/impfplan
(offiziell in Österreich empfohlene Impfungen)
www.impfen.gv.at

Beweg’ dich – Gesunder Rücken

Rücken- und Wirbelsäulenbeschwerden sind in der Bevölkerung aufgrund des Bewegungsmangels weit verbreitet. Auch durch ruckartige oder gleichförmige Bewegungen und eine ungünstige oder einseitige Körperhaltung wird unsere Wirbelsäule stark belastet. Trainiert man den Rücken regelmäßig, können vorzeitige Abnützungserscheinungen verhindert und schmerzhafte Verspannungen abgebaut werden. Regelmäßige Bewegung wird deshalb von vielen Expertinnen und Experten als Präventionsmaßnahme gefordert.

Gemeinsam bewegen

Das Programm „Beweg’ dich – Gesunder Rücken“ umfasst angeleitete Bewegungskurse in der Gruppe, die 14 Wochen mit je 2 Einheiten dauern. Die Teilnahme am Kurs ist kostenlos, eine Anmeldung ist erforderlich.

Krakenimages.com / shutterstock.com

Eine erfahrene Kursleitung begleitet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ein gesünderes Leben mit mehr Bewegung:

- Einfache Übungen kräftigen die Rumpfmuskulatur.
- Beweglichkeitstraining hilft, Verspannungen zu lockern oder zu lösen.
- Der Spaß in der Gruppe motiviert zum Weitermachen.
- Tipps für einen rückenschonenden Alltag unterstützen zusätzlich.

Das Kursprogramm steht allen ab 18 Jahren offen, die bereits an leichten Rückenbeschwerden leiden oder Risikofaktoren für das Entstehen von Rückenschmerzen aufweisen.

Webinare und Online-Beratungen

Darüber hinaus gibt es eine kostenlose Online-Bewegungsberatung mit

Expertinnen und Experten, um individuelle Fragen zu klären. In Webinaren werden Hintergrundinfos zum „Gesunden Rücken", Bewegungstipps und Inputs für einen rückenschonenden Alltag vermittelt.

Zu den begleitenden Online-Angeboten (Bewegungsberatung und Webinare) sind alle Interessierten herzlich eingeladen.

Übungen für zu Hause

Zu Hause kann man individuell mit der Vielzahl an Übungsanleitungen aus der Broschüre „Beweg' dich – Gesunder Rücken" an der eigenen Rückengesundheit arbeiten. Übungsvideos und Audioanleitungen unterstützen und motivieren zum selbstständigen Bewegen.

Ziel von „Beweg' dich – Gesunder Rücken" ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu einer nachhaltigen Verhaltensänderung mit mehr aktiver Bewegung zu motivieren, bestehende Rückenbeschwerden zu mindern und das Risiko für das Entstehen von Rückenproblemen zu senken.

Mehr Informationen zum Programm unter www.gesundheitskasse.at/ruecken

Magazin „Meine Gesundheit"

Viermal pro Jahr erscheint das ÖGK-Magazin „Meine Gesundheit" und informiert über Themen rund um Gesundheit und Vorsorge. Jede Ausgabe widmet sich mit Beiträgen, Fotostrecken, Infografiken und vielem mehr einem Themenschwerpunkt. „Meine Gesundheit" wird kostenlos an Abonnentinnen und Abonnenten verschickt.

Holen Sie sich Ihr Gratis-Abo unter www.meinegesundheit.at/abo

Gesund werden

Ärztliche Hilfe

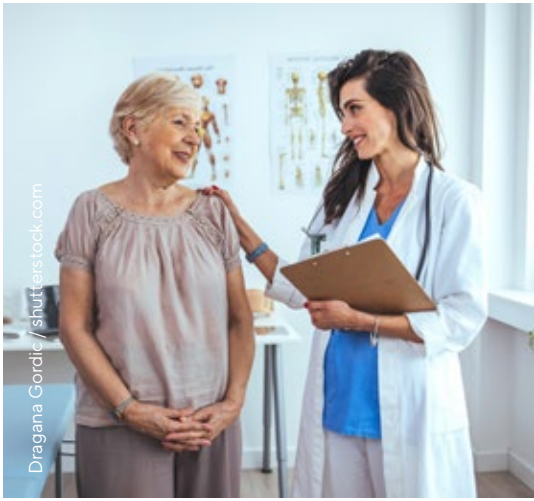
Im Erkrankungsfall haben Sie grundsätzlich freie Arztwahl. Ärztliche Hilfe können Sie durch **Vertragsärztinnen und Vertragsärzte** oder **Wahlärztinnen und Wahlärzte** in Anspruch nehmen.

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind:
- Vertragsgruppenpraxen
- Vertragseinrichtungen (z. B. Spitalsambulanzen)
- Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitseinrichtungen der ÖGK (z. B. Gesundheitszentren)
- Primärversorgungseinheiten

Die Behandlung ist bei den oben genannten Leistungserbringern **grundsätzlich kostenlos** und erfolgt bei Vorlage der e-card oder eines Überweisungs- oder Zuweisungsscheines.

Wahlärztinnen und Wahlärzte sind:
- Ärztinnen und Ärzte, die keinen Vertrag mit der ÖGK haben
- Wahlgruppenpraxen

Versicherte müssen das **Honorar zunächst selbst bezahlen.**
Nach Vorlage der saldierten Honorarnote ersetzt die ÖGK 80 Prozent jenes Betrages, der bei Inanspruchnahme einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes für die gleichen Leistungen von ihr aufgewendet worden wäre. Die Honorarnote muss insbesondere Vor- und Familiennamen der bzw. des Versicherten, die Versicherungsnummer, Wohnadresse, Zahlungsbestätigung, das Ausstellungsdatum und genaue Angaben über die ärztlichen Leistungen samt Datum enthalten.


Dragana Gordic / shutterstock.com

Unser Tipp: Nutzen Sie die Online-Einreichung über Meine ÖGK mittels ID Austria einfach, sicher und bequem von zu Hause aus mit www.meineoegk.at.

Seit 01.07.2024 besteht für Wahlärztinnen und Wahlärzte mit über 300 Patientinnen bzw. Patienten pro Jahr die Verpflichtung, die bereits bezahlten Honorarnoten direkt in elektronischer Form der ÖGK zu übermitteln, wenn Sie dieser Übermittlung zustimmen.

Folgende Leistungen sind der ärztlichen Hilfe im Rahmen der Krankenbehandlung gleichgestellt:

- Eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiologische oder ergotherapeutische Behandlung durch Angehörige des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes sowie eine Leistung einer Heilmasseurin bzw. eines Heilmasseurs.
- Eine aufgrund ärztlicher Verschreibung oder psychotherapeutischer Zuweisung erforderliche diagnostische Leistung einer klinischen Psychologin bzw. eines klinischen Psychologen.
- Eine psychotherapeutische Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wenn vor der 2. Sitzung eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat.
- Eine klinisch-psychologische Behandlung durch klinische Psychologinnen und Psychologen, wenn vor der 2. Sitzung eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat.

Diese Leistungen können von der ÖGK nur dann übernommen werden, wenn die Behandlungen durch Personen erfolgen, die zur selbstständigen Ausübung dieser Therapien/Diagnostik berechtigt sind.

Geplante Behandlung im Ausland

Von einer „geplanten Behandlung" bzw. einer „geplanten Untersuchung" im Ausland spricht man dann, wenn Sie sich zum Zweck einer medizinischen Behandlung bzw. einer medizinischen Untersuchung in einen anderen Staat begeben. Das heißt, die Absicht der Reise in den anderen Staat ist von vornherein die dortige Inanspruchnahme einer Behandlung bzw. einer Untersuchung.

Was Sie vor einer geplanten Behandlung oder Untersuchung im Ausland wissen müssen

Für eine Kostenübernahme einer geplanten Behandlung im Ausland muss vorab eine Bewilligung nach medizinischer Prüfung vorliegen.

Um Ihr Anliegen medizinisch beurteilen zu können, ersuchen wir Sie, das Antragsformular, welches Sie auf unserer Homepage finden, von einem österreichischen Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenhaus ausgefüllt an uns zu übermitteln. Die Beilage von Befunden bzw. Diagnosen, wenn diese vorhanden sind, erleichtern die medizinische Beurteilung.

Unter folgendem Link finden Sie alle Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenhäuser in Österreich: www.kliniksuche.at.

Geplante Behandlungen und Untersuchungen in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums, in der Schweiz oder im Vereinigten Königreich oder in einem Staat mit dem ein bilaterales Abkommen betreffend die Sachleistungsaushilfe besteht (Bosnien-Herzegowina, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Türkei)

Wenn Sie die geplante Behandlung in einer Vertragseinrichtung oder bei einer Vertragspartnerin bzw. einem Vertragspartner des ausländischen Krankenversicherungsträgers in Anspruch nehmen, erfolgt nach medizinischer Bewilligung die Ausstellung des Portable Document (PD) S2 oder des entsprechenden bilateralen Formulars.

Mit dem PD S2 bzw. dem angeführten Formular können die Kosten der Leistung von der Leistungserbringerin bzw. dem Leistungserbringer mit dem jeweils zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger und im Anschluss mit der ÖGK verrechnet werden.

Einzig Selbstbehalte nach den Rechtsvorschriften des Behandlungsstaats sind von Ihnen selbst zu tragen. Eine Rückerstattung dieser Kosten durch die ÖGK ist nicht möglich.

Eine österreichische Rezeptgebührenbefreiung gilt im Ausland nicht!

Die medizinische Bewilligung setzt nach den europarechtlichen Vorgaben voraus, dass

- die betreffende Behandlung Teil der Leistungen ist, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnmitgliedstaats der betreffenden Person vorgesehen sind, und
- Ihre geplante Behandlung oder Untersuchung nicht innerhalb eines in Anbetracht Ihres Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufes Ihrer Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraumes in Österreich gewährt werden kann.

Haben Sie die gesamten Kosten oder einen Teil der Kosten der vorabgenehmigten Sachleistungen selbst getragen, können Sie eine Kostenerstattung beantragen. Der Antrag auf Kostenerstattung kann beim Träger des Aufenthaltsorts oder bei der ÖGK eingebracht werden. Ob und in welcher Höhe eine Kostenerstattung gebührt, kann erst nach Einreichen der Unterlagen beurteilt werden.

Nehmen Sie die Behandlung oder die Untersuchung in einer Privateinrichtung in Anspruch, müssen Sie die Kosten jedenfalls vorweg selbst bezahlen und können die Rechnung im Anschluss zur Prüfung einer Kostenerstattung einreichen. Ob und in welcher Höhe eine Kostenerstattung gebührt, kann erst nach Einreichen der Unterlagen beurteilt werden.

Unser Tipp: Nutzen Sie die Online-Einreichung über Meine ÖGK mittels ID Austria einfach, sicher und bequem von zu Hause aus mit www.meineoegk.at.

Geplante Behandlungen und Untersuchungen in einem Staat mit dem kein bilaterales Abkommen betreffend die Sachleistungsaushilfe besteht (Drittstaaten)

Nehmen Sie die Behandlung oder die Untersuchung in einem Drittstaat in Anspruch, müssen Sie die Kos-

ten jedenfalls vorweg selbst bezahlen und können die Rechnung im Anschluss zur Prüfung einer Kostenerstattung einreichen.

Ob und in welcher Höhe eine Kostenerstattung gebührt, kann erst nach Einreichen der Unterlagen beurteilt werden.

Physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Behandlungen

Die ÖGK bietet ihren Versicherten Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie nach vorhergehender Verordnung an. Sie hat neben den ÖGK-Gesundheitszentren in ganz Österreich unterschiedliche Vertragspartnerinnen und Vertragspartner wie z. B. freiberufliche Therapeutinnen und Therapeuten sowie Institute.

Dieses Angebot wird laufend ausgebaut. Nehmen Sie Leistungen von Therapeutinnen und Therapeuten in Anspruch, die keinen Vertrag mit der ÖGK haben, können Sie nach der Therapie eine Kostenerstattung beantragen.

Psychotherapeutische Behandlungen

Die ÖGK bietet ihren Versicherten und deren Angehörigen unter bestimmten Voraussetzungen Psychotherapie auf Kassenkosten an. Nähere Informationen zu den Angeboten in Ihrem Bundesland finden Sie auf unserer Internetseite unter www.gesundheitskasse.at.

Kostenzuschuss für Psychotherapie/klinisch-psychologische Behandlung

Für psychotherapeutische/klinisch-psychologische Leistungen bei frei praktizierenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten/klinischen Psychologinnen und Psychologen muss das Honorar vorab bezahlt werden. Die ÖGK leistet einen Kostenzuschuss gegen Vorlage der saldierten, detaillierten Honorarrechnung.

Die Höhe entnehmen Sie folgender Tabelle:

Kostenzuschuss	Leistung
19,30 Euro	Einzelsitzung (30 Minuten)
33,70 Euro	Einzelsitzung (60 Minuten)
8,50 Euro	Gruppensitzung (45 Minuten)
12,10 Euro	Gruppensitzung (90 Minuten)
20,50 Euro	Gruppensitzung (135 Minuten)
42,70 Euro	Familiensitzung (75 Minuten)
60,10 Euro	Familiensitzung (100 Minuten)

Den Antrag auf Kostenzuschuss erhalten Sie in unseren Kundenservicestellen. Sie finden ihn auch unter www.gesundheitskasse.at.

Voraussetzungen für die Psychotherapie:

- Das Vorliegen einer psychischen Störung, die als Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn anzusehen ist. Für eine reine Problemberatung in verschiedenen Fragen ist eine Kostenübernahme nicht möglich.
- Der schriftliche Nachweis, dass spätestens vor der 2. psychotherapeutischen Behandlung eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde. Diese Bestätigung kann formlos oder durch das dafür vorgesehene Formular erfolgen.
- Bei Behandlungen, die mehr als 10 Therapieeinheiten erfordern, ist ein Antrag auf Bewilligung der Psychotherapie für einen Kostenzuschuss erforderlich.

Es ist nicht möglich, gleichzeitig eine Therapie auf Rechnung in einer Vertragseinrichtung bzw. einem Gesundheitszentrum zu machen und einen Kostenzuschuss zu erhalten.

Klinisch-psychologische Behandlungen

Entsprechend der gesetzlichen Verpflichtung leistet die ÖGK bei Inanspruchnahme einer klinischen Psychologin/eines klinischen Psychologen einen Kostenzuschuss.
Die Voraussetzungen für klinisch-psychologische Behandlungen entsprechen dem Grunde nach jenen für die Psychotherapie.

Für klinisch-psychologische Behandlungen bei frei praktizierenden klinischen Psychologinnen und Psychologen muss das Honorar vorab bezahlt werden. Die ÖGK leistet einen Kostenzuschuss gegen Vorlage der saldierten, detaillierten Honorarrechnung analog der Höhe der Satzungstarife für Psychotherapie.

e-card

Die e-card ist Ihr persönlicher, sicherer Schlüssel zum Gesundheitssystem. Auf der e-card sind keine Gesundheits-

und Behandlungsdaten gespeichert, sondern ausschließlich Personendaten (Name, Titel, Geschlecht, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum). Zusätzlich ist seit 01.01.2020 auf neu ausgegebenen e-cards ein Foto der Karteninhaberin bzw. des Karteninhabers vorgesehen. Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.chipkarte.at/foto. Ändern sich Ihre Daten (Adresse, Name, Titel), bitten wir Sie, diese Änderungen mittels Kopie des geeigneten Dokuments in einer unserer Kundenservicestellen bekannt zu geben.

Auf der Rückseite der e-card befindet sich die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK). Mehr dazu erfahren Sie im Kapitel „Ärztliche Behandlung im Urlaub".

Für die e-card ist vom Gesetzgeber ein Service-Entgelt vorgesehen, das jeweils am 15.11. für das Folgejahr eingehoben wird. Für 2025 beträgt das Service-Entgelt 13,80 Euro (2026: 14,65 Euro). Das Service-Entgelt entfällt für bestimmte Personengruppen, wie beispielsweise geringfügig Beschäftigte, Pensionistinnen und Pensionisten sowie für Präsenz- und Zivildiener.

Sie haben Ihre e-card verloren?
Bei Diebstahl oder Verlust der e-card helfen Ihnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Serviceline gerne weiter. Diese ist unter der Rufnummer 050 124 33 11 von Montag bis Freitag zwischen 07.00 und 19.00 Uhr österreichweit zum Ortstarif erreichbar. Sobald Sie den Verlust Ihrer e-card melden, wird die Karte gesperrt. Ihre neue e-card wird Ihnen umgehend per Post zugestellt.

Natürlich können Sie auch über das Online-Service „e-card nachbestellen" auf www.meineoegk.at die Ausstellung einer neuen e-card wegen Verlusts, Diebstahls oder Beschädigung beantragen. Nutzen Sie diesen QR-Code.

Ärztliche Behandlung im Urlaub

Urlaub ist die schönste Zeit im Jahr. Vergessen Sie nicht auf den richtigen Krankenversicherungsschutz im Reisegepäck. Ob e-card oder Europäische Krankenversicherungskarte – seien Sie für den Ernstfall gerüstet, im Inland genauso wie im Ausland.

Sunny studio - stock.adobe.com

Urlaub im Inland

Wenn Sie Ihren Urlaub in Österreich verbringen, können Sie unter Vorlage der e-card ärztliche Hilfe bei unseren Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern in Anspruch nehmen.

Urlaub im Ausland

Auf der Rückseite der e-card ist die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) aufgedruckt, sofern die entsprechenden Vorversicherungszeiten vorliegen. Während des vorübergehenden Aufenthalts medizinisch notwendige Sachleistungen können mit der EKVK direkt bei Vertragspartnerinnen und Vertragspartnern im Ausland in Anspruch genommen werden. Diese einheitliche, personenbezogene Karte ist im Bedarfsfall direkt den Leistungserbringern (Ärztin oder Arzt, Krankenanstalt etc.) vorzulegen. Bedingung ist jedoch, dass die Leistungserbringerin bzw. der Leistungserbringer mit einer gesetzlichen Krankenkasse im Aufenthaltsland verrechnen kann. Selbstbehalte nach den Rechtsvorschriften des Behandlungsstaats sind jedenfalls selbst zu tragen.

Der Schutz der sozialen Krankenversicherung ist bei vorübergehendem Aufenthalt in vielen europäischen Ländern durch den Abschluss von zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen und dem Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bzw. die Europäische Union (EU) gewährleistet.

Derartige Abkommen bestehen derzeit mit folgenden Staaten:

- EU-Länder (Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (griechischer Teil))
- EWR-Länder (Island, Liechtenstein und Norwegen)
- Schweiz
- Großbritannien
- Länder mit bilateralem Abkommen

In Nordmazedonien können Leistungserbringer wie Ärztinnen und Ärzte direkt mit der EKVK in Anspruch genommen werden.

In Bosnien-Herzegowina, Serbien und Montenegro ist im Bedarfsfall die EKVK bei dem für den Urlaubsort zuständigen ausländischen Krankenversicherungsträger vorzulegen, um einen dort gültigen Behandlungsschein zu erhalten.

In der Türkei ist ein Urlaubskrankenschein notwendig, den Sie von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber oder der ÖGK erhalten. Auch dieser ist vor einer ärztlichen Behandlung beim ausländischen Krankenversicherungsträger gegen einen gültigen Behandlungsschein einzutauschen.

Alle Versicherten, die über eine ID Austria verfügen, können Urlaubskrankenscheine rund um die Uhr online auf der Homepage der ÖGK oder über die App Meine ÖGK selbst erstellen.

Staaten, mit denen Österreich kein Sozialversicherungsabkommen hat

Wenn Sie Ihren Urlaub in einem Staat verbringen, mit dem Österreich kein Sozialversicherungsabkommen hat oder für die Krankenbehandlung keine Vertragspartnerin bzw. keinen Vertragspartner in Anspruch nehmen, müssen Sie zunächst selbst für die anfallenden Kosten aufkommen.

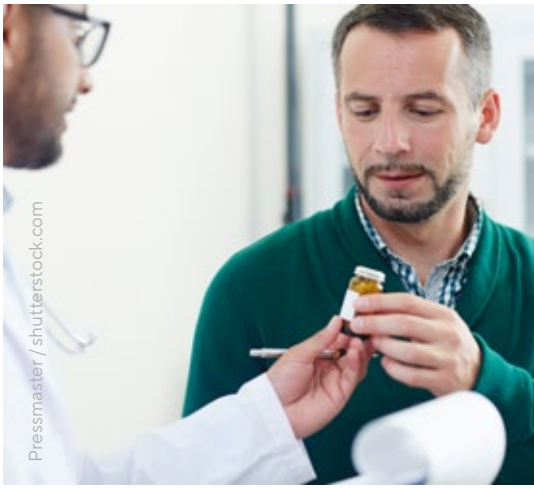
Die ÖGK gewährt in Fällen einer medizinisch notwendigen Kranken-

behandlung nach Vorlage saldierter Rechnungen eine Kostenerstattung in der Höhe von 80 Prozent des Betrages, den Sie im Inland aufzuwenden gehabt hätte.

Wird im Jahr 2025 notwendige Anstaltspflege im Ausland in Anspruch genommen, gebührt ein Pflegekostenzuschuss in der Höhe von 421,82 Euro pro Tag. Dieser Tagespauschalsatz verringert sich um 10 Prozent für Angehörige nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Liegen die Kosten unter dem täglichen Pauschalsatz, wird nur der tatsächliche Aufwand ersetzt.

Die ÖGK empfiehlt für Auslandsreisen in Staaten, mit denen keine Sozialversicherungsabkommen bestehen (z. B. USA oder China), unbedingt eine private Krankenversicherung abzuschließen. Da jedoch auch in den Vertragsstaaten unterschiedliche Regelungen bestehen und oftmals sehr hohe Kostenbeteiligungen anfallen, empfehlen wir zur Abdeckung dieser Beträge ebenfalls der Abschluss einer privaten Reiseversicherung.

Der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung sieht eine Kostenübernahme für Krankenrücktransporte nicht vor. Daher ist der Abschluss von entsprechenden Privatversicherungen schon bei der Buchung von Auslandsreisen besonders wichtig.


Pressmaster / shutterstock.com

Heilmittel

Um gesund zu werden, brauchen Sie in vielen Fällen Medikamente wie z. B. Tabletten oder Salben. Diese verschreibt Ihnen Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt und speichert das e-Rezept im e-card-System. Das Rezept kann in jeder öffentlichen Apotheke bzw. Hausapotheke auf Kosten der ÖGK eingelöst werden. Der Gesetzgeber sieht eine Rezeptgebühr in Höhe von derzeit 7,55 Euro pro Packung vor. Bestimmte Personen können sich von der Rezeptgebühr befreien lassen bzw. sind automatisch davon befreit.

Fast alle gebräuchlichen Medikamente sind frei verschreibbar, derzeit sind das rund 6.000 Präparate. Darüber hinaus gibt es bewilligungspflichtige Arzneien, für die Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt eine Genehmigung des Medizinischen Dienstes der ÖGK einholt.

Befreiung von der Rezeptgebühr

OHNE ANTRAG	MIT ANTRAG
Beispielsweise • Bezieherinnen und Bezieher einer Ausgleichszulage • Zivildienerinnen und Zivildiener • Bezieherinnen und Bezieher einer Leistung nach den Mindestsicherungs- und Sozialhilfegesetzen der Länder • Asylwerberinnen und Asylwerber	Für Personen, deren monatliche Nettoeinkünfte • 1.273,99 Euro (für Alleinstehende) • 2.009,85 Euro (für Ehepaare oder eingetragene Partnerschaften bzw. Lebensgemeinschaften) nicht übersteigen. Diese Beträge erhöhen sich unter bestimmten Voraussetzungen pro Kind um 196,57 Euro. Leben im Familienverband der bzw. des Versicherten Personen mit einem eigenen Einkommen, so ist dieses zu berücksichtigen.
Für Patientinnen und Patienten mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten. Hinweis: Diese Befreiung gilt nur für Medikamente, die zur Behandlung der anzeigepflichtigen übertragbaren Erkrankung erforderlich sind.	Für Personen, die infolge ihrer Krankheit überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, sofern die monatlichen Nettoeinkünfte • 1.465,09 Euro (für Alleinstehende) • 2.311,33 Euro (für Ehepaare oder eingetragene Partnerschaften bzw. Lebensgemeinschaften) nicht übersteigen. Diese Beträge erhöhen sich unter bestimmten Voraussetzungen pro Kind um 196,57 Euro Leben im Familienverband der bzw. des Versicherten Personen mit einem eigenen Einkommen, so ist dieses zu berücksichtigen.

Freiwillig versicherte Personen nach § 16 Abs. 1 ASVG, die eine Hilfe bzw. einen Zuschuss zur Sicherung des Lebensbedarfs von einem Sozialhilfeträger erhalten, und deren Angehörige können nicht von der Rezeptgebühr befreit werden.

Was ist ein Nettoeinkommen und wie wird es berechnet?
Unter einem Nettoeinkommen versteht man die Summe sämtlicher Einkünfte in Geld oder Geldeswert – vermindert um die gesetzlichen Abzüge (Sozialversicherungsbeiträge, Lohnsteuer). Bei der Berechnung des Nettoeinkommens der bzw. des Versicherten ist das Einkommen der im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartnerin bzw. des Ehepartners oder der eingetragenen Partnerin bzw. des Partners (Lebensgefährtin und Lebensgefährte) zur Gänze anzurechnen. Das Einkommen sonstiger mit der Antragstellerin bzw. dem Antragsteller im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen ist mit 12,5 Prozent zu berücksichtigen.

Rezeptgebührenobergrenze

Die ÖGK hilft, wo es geht: Für Versicherte mit hohem Bedarf an Medikamenten und geringem Einkommen gibt es eine zusätzliche Möglichkeit zur Befreiung von der Rezeptgebühr. Jede versicherte Person muss nur solange Rezeptgebühr zahlen, bis sie mit den aufaddierten bezahlten Rezeptgebühren in einem Kalenderjahr 2 Prozent des Jahresnettoeinkommens erreicht. Es besteht eine Mindestgrenze in Höhe des Ausgleichszulagen-Richtsatzes für Alleinstehende. Ab dem Überschreiten der Rezeptgebührenobergrenze ist die Person für den Rest des Jahres automatisch befreit. Die Einkünfte von mitversicherten Angehörigen (z. B. Ehegattin bzw. Ehegatte oder Kinder) werden bei der Berechnung des Nettoeinkommens nicht berücksichtigt. Rezeptgebühren, die vom Versicherten für Mitversicherte bezahlt wurden, werden für die Erreichung dieser Obergrenze mit eingerechnet.

Befreiungen aufgrund der Rezeptgebührenobergrenze enden grundsätzlich immer mit dem 31.12. eines Kalenderjahres. Daher sind ab 1.1. des Folgejahres die Rezeptgebühren von diesem Personenkreis wiederum bis zum Erreichen der Rezeptgebührenobergrenze zu bezahlen.

Wahlarztrezepte

Sie haben ein Medikament von einer Wahlärztin bzw. einem Wahlarzt, ohne abgeschlossenem Rezepturrechtsvertrag mit der ÖGK verordnet bekommen? Wahlärztinnen und Wahlärzte ohne einen solchen Vertrag mit der ÖGK können keine elektronischen Rezepte ausstellen, sondern stellen nach wie vor nur Rezepte in Papierform aus. Patientinnen und Patienten können diese Wahlarztrezepte für frei verschreibbare Medikamente in allen österreichischen Apotheken ganz einfach einlösen.

Zu dieser Arzneimittelgruppe zählen die meisten gängigen Medikamente. Lösen Sie ein Rezept von einer Wahlärztin bzw. einem Wahlarzt ohne Rezepturrechtsvertrag in einer Apotheke ein, wird dort durch das Stecken der e-card Ihre Anspruchsberechtigung und damit Ihr aktueller Versicherungsschutz geprüft. Mehr ist nicht nötig. Auch eine eventuelle Befreiung von der Rezeptgebühr ist auf diese Weise ganz einfach festzustellen. Wahlarztrezepte mit bewilligungspflichtigen Medikamenten sind wie bisher durch die Apotheken oder die Versicherten selbst an den Medizinischen Dienst der ÖGK zu richten.

Heilbehelfe

Sie brauchen eine Brille, orthopädische Schuheinlagen oder Kompressionsstrümpfe? Die ÖGK sichert Ihre Versorgung mit Heilbehelfen. Diese werden über ärztliche Verordnung gewährt, wenn ihre Kosten einen bestimmten Mindestbetrag überschreiten. Satzungsmäßig ist ein Höchstbetrag von 1.720,00 Euro für die Kosten festgesetzt, die von der ÖGK übernommen werden.

Die versicherte Person hat einen Kostenanteil im Ausmaß von 10 Prozent der Kosten des Behelfes zu tragen, mindestens jedoch 43,00 Euro. Für Personen, die ständig Versorgungsmittel benötigen, gibt es keinen Mindestselbstbehalt. 10 Prozent der Kosten für solche Heilbehelfe sind allerdings von der bzw. dem Versicherten zu tragen.

Der Kostenanteil bei Brillen und Kontaktlinsen beträgt mindestens 129,00 Euro. Bei Kindern über dem 15. Lebensjahr, die noch Angehörige im sozialversicherungsrechtlichen Sinn sind, gilt eine Kostenbeteiligung in Höhe von mindestens 43,00 Euro.

RossHelen / shutterstock.com

Der Kostenzuschuss der ÖGK erfolgt in Höhe der mit den Optikerinnen und Optikern vereinbarten Tarife. Der Selbstbehalt wird daher vom Tarif und nicht von den tatsächlichen Kosten des Sehbehelfes abgezogen.

Eine Kostenbeteiligung bei Heilbehelfen entfällt für

- Personen, die von der Entrichtung der Rezeptgebühr befreit sind (wegen Vorliegen einer besonderen sozialen Schutzbedürftigkeit)
- Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr (ein Tag vor dem 15. Geburtstag)
- Versicherte/Angehörige, für die erhöhte Familienbeihilfe gebührt, unabhängig vom Alter

Ausnahmen:

- Personen, die aufgrund der Überschreitung der Rezeptgebührenobergrenze von der Rezeptgebühr befreit sind, sind nicht vom Selbstbehalt befreit.
- Personen, die aufgrund von Bestimmungen im Kriegsopferversorgungsgesetz, Heeresversorgungsgesetz oder Opferfürsorgegesetz der ÖGK zugeteilt sind.

Hilfsmittel

Ob Prothesen oder Rollstühle, die ÖGK unterstützt mit Hilfsmitteln: Sollten Sie ein körperliches Gebrechen haben, verschreibt Ihnen Ihre Ärztin oder Ihr Arzt die notwendigen Hilfsmittel. Das gilt auch für Verstümmelungen und Verunstaltungen. Für manche Artikel ist eine vorherige Genehmigung der ÖGK vorgesehen. Im Regelfall leitet die Vertragspartnerin bzw. der Vertragspartner die erforderlichen Unterlagen an uns weiter. Zuschüsse für Hilfsmittel werden nicht gewährt, wenn sich eine andere Institution darum kümmert (z. B. Unfallversicherung, Pensionsversicherung, Kriegsopferversorgung).

Hinsichtlich der Kostenbeteiligung der Versicherten gilt das Gleiche wie für Heilbehelfe. Die ÖGK übernimmt die Kosten bis zu festgelegten Höchstbeträgen, das sind 1.720,00 Euro; bei Prothesen und Rollstühlen sind es 4.300,00 Euro. Der Kostenanteil der Versicherten bei orthopädischen Maßschuhen beträgt 58,14 Euro. Bestimmte Hilfsmittel, wie z. B. Krankenfahrstühle, werden von der ÖGK unter gewissen Voraussetzungen leihweise zur Verfügung gestellt.

Wenn Sie an Inkontinenz leiden, versorgen Sie unsere Vertragspartnerinnen und Vertragspartner mit saugenden Inkontinenzartikeln wie Windeln und Pants. Nähere Informationen hinsichtlich der Voraussetzungen und Kriterien finden Sie auf unserer Homepage www.gesundheitskasse.at.

Krankenhauspflege

Sie müssen ins Krankenhaus? Wenn und solange es die Krankheit erfordert, übernimmt die ÖGK die Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse einer landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalt (z. B. Landeskrankenhäuser, Ordensspitäler) oder in einer privaten Vertragskrankenanstalt (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds) zur Gänze.

Versicherte haben einen vom Rechtsträger der Krankenanstalt (z. B. Gemeinden, Länder) festzusetzenden und einzuhebenden Kostenbeitrag zu entrichten. Für mitversicherte Angehörige ist ein Kostenbeitrag in gesetzlich festgelegter Höhe von der bzw. dem Versicherten zu übernehmen. Sowohl der Kostenbeitrag für Versicherte als auch der Kostenbeitrag für Angehörige ist für längstens 28 Tage im Kalenderjahr zu zahlen.

Davon ausgenommen sind:
- Aufenthalte im Fall der Mutterschaft (Entbindungsaufenthalte bis zu 10 Tage)
- Aufenthalte zum Zweck der Organspende. Die ÖGK übernimmt darüber hinaus auch die für eine Organtransplantation notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten bei einer Organbank.
- Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Bei medizinisch notwendigen Behandlungen in Krankenanstalten, die weder landesgesundheitsfondsfinanziert sind noch dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds unterliegen und mit denen auch kein Vertragsverhältnis besteht (z. B. ausländische Krankenanstalten), leistet die ÖGK derzeit einen täglichen Pflegekostenzuschuss von 421,82 Euro, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten. Angehörige, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, erhalten einen um 10 Prozent verringerten Tagespauschalsatz.

Medizinische Hauskrankenpflege

Brauchen Sie Hilfe zu Hause? Versicherte und Angehörige können anstelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen. Sie kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen und muss durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erbracht werden. Sie umfasst daher nur medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen (z. B. Wundversorgung, Injektionen, Sondenernährung).

Unter die medizinische Hauskrankenpflege fällt somit keine Grundpflege des Erkrankten wie Körperpflege, Haare waschen oder Zähne putzen. Auch eine hauswirtschaftliche Versorgung wie Putzen, Kochen oder Betten machen ist ausgeschlossen.

Die medizinische Hauskrankenpflege ist eine spitalsersetzende Pflege und somit zeitlich limitiert. Sie kann für ein und denselben Versicherungsfall maximal 4 Wochen dauern. Darüber hinaus kann sie nach Vorliegen einer Bewilligung des Medizinischen Dienstes weiter gewährt werden.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

Wir wollen, dass Sie wieder in der Lage sind, möglichst ohne fremde Hilfe und Betreuung ein eigenständiges Leben zu führen. Deshalb haben wir im Anschluss an die Krankenbehandlung auch medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in unserem Leistungskatalog.

LightField Studios / shutterstock.com

Folgende Maßnahmen kommen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in Betracht:

- Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (Rehabilitationszentren)
- Gewährung von Prothesen, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln
- Ärztliche Hilfe sowie Heilmittel und Heilbehelfe im Zusammenhang mit den oben genannten medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation
- Reise- und Transportkosten (nach Satzungsbestimmungen und abhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen der Versicherten bzw. Angehörigen)

Die angeführten Leistungen sind im Vorhinein von der Versicherten bzw. dem Versicherten zu beantragen (Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt) und von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt medizinisch zu begründen. Die Prüfung und Bewilligung dieses Antrages erfolgt durch die ÖGK. Antragsformulare sind bei den Krankenanstalten, Ärztinnen und Ärzten sowie in den Kundenservicestellen der ÖGK erhältlich.

Bei der Unterbringung in Rehabilitationseinrichtungen ist eine Zuzahlung für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr zu leisten. Diese beträgt für das Jahr 2025 je nach Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension der Versicherten:

Zuzahlung	Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension	
täglich	von	bis
10,31 Euro	1.274,00 Euro	1.274,00 Euro
17,67 Euro	1.855,38 Euro	1.855,38 Euro
25,04 Euro	mehr als 2.436,76 Euro	

Die Zuzahlung entfällt bei

- geringem Einkommen (Bruttoerwerbseinkommen bis 1.273,99 Euro)
- Pensionistinnen und Pensionisten, die eine Ausgleichszulage erhalten
- Personen, deren im gemeinsamen Haushalt Ehegattin und Ehegatte bzw. eingetragene Partnerin und eingetragener Partner, eine Ausgleichszulage bezieht
- Begleitpersonen
- Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- Sekundärpatientinnen und -patienten bei der onkologischen, familienorientierten Rehabilitation
- Bezieherinnen und Beziehern einer Leistung nach den Mindestsicherungs- und Sozialhilfegesetzen der Länder
- Personen, bei denen eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gemäß den Richtlinien über die Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen der Rehabilitation vorliegt

Bei der Gewährung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation entfällt die Kostenbeteiligung der bzw. des Versicherten. Wenn medizinisch erforderlich, werden die Kosten dieser Behelfe zur Gänze von der ÖGK übernommen. Das Maß des Notwendigen darf dabei nicht überschritten werden.

Krankenstand

Ein Krankenstand heißt in der Sozialversicherung „Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit". Arbeitsunfähig ist, wer nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlimmerung seines Zustandes fähig ist, seiner die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung nachzugehen. Diese Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit stellt grundsätzlich eine Ärztin bzw. ein Arzt fest. Sie oder er stellt dann die Krankmeldung aus. Jede Dienstnehmerin bzw. jeder Dienstnehmer ist verpflichtet, die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber zu melden. Woran Sie bei einer Arbeitsunfähigkeit denken müssen:

Wer stellt die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit fest?

Ihre Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit wird grundsätzlich von der behandelnden Vertragsärztin bzw. vom behandelnden Vertragsarzt festgestellt und von ihr bzw. ihm der ÖGK gemeldet. Als Beginn der Arbeitsunfähigkeit gilt in der Regel der von der Ärztin bzw. vom Arzt festgestellte Tag. Die Meldung der Arbeitsunfähigkeit hat auch dann zu erfolgen, wenn Sie gegenüber der ÖGK keinen Anspruch

auf Krankengeld haben. Solange die Arbeitsunfähigkeit dem Krankenversicherungsträger nicht gemeldet ist, ruht der Anspruch auf Krankengeld.

Krankmeldung durch die Wahlärztin bzw. den Wahlarzt

Werden Sie von einer Wahlärztin oder einem Wahlarzt behandelt und bescheinigt Ihnen diese bzw. dieser die Arbeitsunfähigkeit, so müssen Sie diese unverzüglich der ÖGK melden. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit obliegt der ÖGK bzw. der von ihr hierzu beauftragten Ärztin bzw. dem von ihr hierzu beauftragten Arzt (Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit).

Krankmeldung im Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus

Bei einer ambulanten Krankenhausbehandlung gilt die ausgestellte Ambulanzkarte nicht als Krankmeldung. Die Feststellung einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit obliegt auch hier grundsätzlich der Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt.

Krankmeldung nach einem stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt

Sind Sie nach einem stationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt weiterhin arbeitsunfähig, müssen Sie sich im Anschluss grundsätzlich von einer Vertragsärztin oder einem Vertragsarzt die Arbeitsunfähigkeit bescheinigen lassen. Eine Krankmeldung nach einer bewilligungspflichtigen Operation ist nur dann möglich, wenn diese auch seitens der ÖGK bewilligt wurde.

Bitte unbedingt melden

Geben Sie bei Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt an, ob Ihre Krankheit auf einen Arbeitsunfall, die Folgen eines früheren Arbeitsunfalles, eine Berufskrankheit oder eine Dienstbeschädigung nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957), dem Heeresentschädigungsgesetz (HEG) oder dem Heeresversorgungsgesetz (HVG) bzw. auf einen Verkehrsunfall, einen Raufhandel oder auf die unmittelbare Folge von Trunkenheit (des Missbrauches von Suchtgiften) zurückzuführen ist. Bei bewusstem Verschweigen oder bewusst unwahren Angaben solcher für die Anspruchsfeststellung maßgeblicher Tatsachen müssen Sie zu Unrecht erbrachte Leistungen zurückzahlen.

Beachten Sie die ärztlichen Anordnungen

Sie werden von Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt behandelt und beraten.

Aber auch Sie müssen durch eine verantwortungsbewusste Lebensführung einen Beitrag zu Ihrer Gesundheit leisten. Deshalb sollten Sie sich während Ihrer Arbeitsunfähigkeit so verhalten, wie es Ihrer Genesung dienlich ist. Dazu gehört auch, dass die ärztlichen Anordnungen genau befolgt werden. So ist beispielsweise eine verordnete Bettruhe einzuhalten.

Meldepflicht

Versicherte, die Leistungen beziehen, sind verpflichtet, der ÖGK jede Änderung wie beispielsweise des Wohnsitzes, des Familienstandes oder der Anspruchsberechtigung für Angehörige binnen 2 Wochen zu melden. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ist binnen 7 Tagen zu melden (dies betrifft auch die Aufnahme bzw. Fortsetzung einer geringfügigen Beschäftigung). Jede Änderung des Aufenthaltsortes während der Arbeitsunfähigkeit ist vorab mitzuteilen. Beabsichtigen Sie während der Arbeitsunfähigkeit Österreich zu verlassen, bedarf dies der vorherigen Zustimmung durch den Medizinischen Dienst der ÖGK.

Krankenbesuchs- und Erhebungsdienst

Die ÖGK ist berechtigt, sich durch ihre Krankenbesucherinnen und Krankenbesucher von der Einhaltung der ärztlichen Anordnungen zu überzeugen. Befolgen Sie während der Arbeitsunfähigkeit die ärztlichen Anordnungen. Vermeiden Sie jedes Verhalten, das Ihre Genesung beeinträchtigen könnte.

Beispielsweise ist die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit in jenem Beruf, in dem die Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wurde, während der Arbeitsunfähigkeit nicht erlaubt. Die ÖGK ist im Interesse der Versichertengemeinschaft auch zur Überprüfung des Gesundheitszustandes berechtigt. Kommen Sie der Einladung zur ärztlichen Untersuchung unbedingt nach. Können Sie der Einladung aus wichtigen Gründen (z.B. Bettlägerigkeit) nicht Folge leisten, teilen Sie uns das unter Beilage einer Bestätigung der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes unverzüglich mit. Im Rahmen von Krankenkontrollen kann es erforderlich sein, dass Sie aufgefordert werden, Befunde zu übermitteln oder persönlich vor-

VGstockstudio / shutterstock.com

zusprechen. Hier besteht Mitwirkungspflicht gemäß § 366 ASVG.

Krankenstand während eines Auslandsaufenthalts

Werden Sie während eines Aufenthalts im Ausland krank, müssen Sie uns die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich melden. Die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt stellt Ihnen in der Regel die dafür erforderliche Bestätigung über Ihre Arbeitsunfähigkeit aus. Sie muss inhaltlich alle Merkmale einer österreichischen Krankmeldung aufweisen, wie insbesondere:

- Persönliche Daten (Name, Geburtsdatum)
- Beginn und Ende des Krankenstandes
- Diagnose, die zum Krankenstand geführt hat
- Stampiglie der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes
- Datum der Ausstellung
- Achtung: Ortswechsel im Krankenstand außerhalb Österreichs werden nur in Ausnahmefällen gewährt

Anhand der vorgelegten Unterlagen entscheidet die ÖGK über die Anerkennung des Krankenstandes. Im Einzelfall benötigen wir auch Behandlungsnachweise.

Gesundmeldung

Geben Sie die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit der ÖGK sofort bekannt. Grundsätzlich stellt die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt die Arbeitsfähigkeit fest und übermittelt uns diese elektronisch. Erfolgt die Meldung nicht auf elektronischem Weg, lassen Sie uns die Gesundmeldung bitte unverzüglich zukommen. Diese können Sie entweder direkt in unseren Kundenservicestellen abgeben oder uns beispielsweise per Post übermitteln. Sie können die Gesundmeldung auch direkt über Meine ÖGK (www.meineoegk.at) durchführen. Das geht einfach, schnell und bequem von zu Hause aus.

Krankengeld

Sollten Sie einmal länger krank sein, erhalten Sie nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen vorerst Ihr Entgelt von der Dienstgeberin bzw. vom Dienstgeber weiterbezahlt. Ist der Anspruch auf Entgeltfortzahlung erschöpft, zahlt Ihnen die ÖGK Krankengeld. Dieses soll ein zumindest teilweiser Ersatz des durch die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (Krankenstand) entfallenden beitragspflichtigen Arbeitsverdienstes sein. Anspruch auf Krankengeld haben daher grundsätzlich nur pflichtversicherte Personen. Das sind unter anderem Lehrlinge und Dienstnehmerinnen bzw. Dienstnehmer, aber auch Empfängerinnen und Empfänger einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung und Selbstversicherte bei geringfügiger Beschäftigung.

Dauer des Krankengeldanspruches
Krankengeld gebührt grundsätzlich ab dem 4. Tag einer Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eventueller Entgeltfortzahlungsansprüche aus dem Arbeits- bzw. Dienstverhältnis für die Dauer dieses Krankenstandes. Es gibt jedoch gesetzlich geregelte Höchstgrenzen.

Die gesetzliche Mindestanspruchsdauer beträgt 26 Wochen. Diese Anspruchsdauer erhöht sich auf 52 Wochen, wenn man innerhalb der letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit mindestens 6 Monate in der Krankenversicherung versichert war. Der Anspruch auf Krankengeld kann im Einzelfall durch ärztliche Begutachtung des Medizinischen Dienstes der ÖGK auf bis zu 78 Wochen ausgedehnt werden, sofern das Erreichen der Arbeitsfähigkeit bzw. die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess innerhalb dieses Zeitraumes zu erwarten sein wird.

Eine während des Krankengeldbezuges zuerkannte Pensionsleistung (Berufsunfähigkeits-, Invaliditäts- oder Alterspension) kann den Krankengeldbezug beenden.

Besonderheiten:
- Ihre Arbeitsunfähigkeit beginnt innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende Ihrer Krankenversicherung. Haben Sie daraus Krankengeldanspruch, gebührt das Krankengeld für maximal 26 Wochen.

Hi, ich bin ein KI-Bild.

- Liegen zwischen 2 Arbeitsunfähigkeiten, die auf dieselbe Erkrankung zurückzuführen sind, nicht mehr als 13 Wochen, dann werden diese Zeiten zusammengerechnet.

Höhe des Krankengeldes

Die Höhe des Krankengeldes hängt grundsätzlich von 3 Faktoren ab:

- der Bemessungsgrundlage (maximal bis zur monatlichen Höchstbeitragsgrundlage)
- der Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- ob Familienangehörige vorhanden sind

Die Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der beitragspflichtige Bruttoarbeitsverdienst, welcher der bzw. dem Versicherten in jenem Beitragszeitraum gebührte, der dem Ende des vollen Entgeltanspruches voranging. Sofern ein Anspruch auf Sonderzahlungen besteht und für die Dauer des Krankenstandes teilweise oder zur Gänze wegfällt, wird das Krankengeld um 17 Prozent erhöht.

Das Krankengeld beträgt

- vom 4. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit 50 Prozent,
- ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit 60 Prozent

der Bemessungsgrundlage.

Für Bezieherinnen und Bezieher einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung gebührt ein Krankengeld in der Höhe des letzten Leistungsbezuges aus dieser Versicherung. Das Krankengeld von Selbstversicherten nach § 19a ASVG beträgt täglich 6,60 Euro (jährlich veränderlicher Fixbetrag).

Wenn Sie eine Familie haben, können Sie zum Krankengeld unter Umständen einen Familienzuschlag erhalten. Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit ist das Krankengeld um 10 Prozent der Bemessungsgrundlage zu erhöhen, wenn mindestens ein Angehöriger ohne eigenes Einkommen vorhanden ist und die bzw. der Versicherte alleinerziehend ist oder die Ehegattin bzw. der Ehegatte (die Lebensgefährtin bzw. der Lebensgefährte) kein eigenes Einkommen hat. Wenn über den 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit hinaus Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, wird das Krankengeld erst ab dem Tag des gänzlichen Wegfalles des Entgeltanspruches erhöht. Hier ist ein Antrag notwendig.

Kein Anspruch auf Familienzuschlag besteht für Krankengeldbezieherinnen bzw. -bezieher aufgrund einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung bzw. Selbstversicherung gemäß § 19a ASVG.

BERECHNUNGSBEISPIEL FÜR KRANKENGELD

Herr Max Mustermann ist ab 07.11.2024 arbeitsunfähig. Er bezog im Oktober 2024 ein beitragspflichtiges Entgelt in der Höhe von 2.500,00 Euro. Der volle Entgeltanspruch ist bereits erschöpft. Zudem hat Herr Mustermann Anspruch auf jährlich zwei Sonderzahlungen.

Beitragsgrundlage ..... 2.500,00 Euro

Tageswert (1/30) ..... 83,33 Euro

Berücksichtigung der
Sonderzahlungen (Zuschlag 17 Prozent) ..... 14,17 Euro

Bemessungsgrundlage ..... 97,50 Euro

täglicher Krankengeldanspruch ab 10.11.2024 brutto ..... **48,75 Euro**
(50 Prozent der Bemessungsgrundlage)

täglicher Krankengeldanspruch ab 19.12.2024 brutto ..... **58,50 Euro**
(60 Prozent der Bemessungsgrundlage)

Herr Mustermann erhält ab 10.11.2024 ein tägliches Krankengeld in der Höhe von 48,75 Euro brutto und ab dem 19.12.2024 in der Höhe von 58,50 Euro brutto.

Besonderes Krankengeld

Anspruch auf besonderes Krankengeld haben Personen in einem aufrechten Dienstverhältnis,

- bei denen die Arbeitsunfähigkeit weiterhin vorliegt,
- bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches abgelaufen und kein neuerlicher Krankengeldanspruch gegeben ist,
- die einen ablehnenden Bescheid des Pensionsversicherungsträgers über eine beantragte Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erhalten,
- die eine Klage gegen die abgelehnte Pension eingebracht haben sowie
- keinen Anspruch auf Rehabilitationsgeld haben.

Ein Antrag ist erforderlich.

Dieses besondere Krankengeld wird längstens bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verfahrens vor den ordentlichen Gerichten gewährt, jedoch nur solange die Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit andauert.

Für Personen,

- deren Anspruch auf Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung während der Unterbringung in einer Krankenanstalt ruht,
- bei denen die Höchstdauer ihres Krankengeldanspruches abgelaufen ist und
- bei denen mangels Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit noch kein neuer Krankengeldanspruch entstanden ist,

besteht Anspruch auf ein besonderes Krankengeld in der zuletzt bezogenen Höhe für die Dauer notwendiger, unaufschiebbarer Krankenhausaufenthalte (Rehabilitationsaufenthalte im Anschlussheilverfahren). Es ist kein gesonderter Antrag erforderlich.

Wegfall des Krankengeldanspruches (Versagung)

Krankengeld gebührt nicht für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge einer Krankheit, die sich die bzw. der Versicherte durch schuldhafte Beteiligung an einem Raufhandel zugezogen hat, sofern diese Person nach § 91 Strafgesetzbuch (StGB) rechtskräftig verurteilt wurde. Es gebührt auch nicht als unmittelbare Folge von Trunkenheit oder Missbrauch von Suchtgiften.

Den im Inland wohnenden, bedürftigen, mitversicherten Angehörigen gebührt die Hälfte des Krankengeldes, das der versicherten Person

gebührt hätte, wenn ihr Unterhalt mangels anderweitiger Versorgung vorwiegend von der bzw. dem Versicherten bestritten wurde und diese an der Ursache dieser Versagung nicht schuldhaft beteiligt waren.

Ruhen des Krankengeldes

Der Anspruch auf das Krankengeld ruht,

- wenn und solange die Arbeitsunfähigkeit der ÖGK nicht gemeldet wird. Das wird in der Regel von der Ärztin bzw. vom Arzt für Sie erledigt.
- wenn und solange die Dienstgeberin bzw. der Dienstgeber den Lohn oder das Gehalt weiterbezahlt (dienstrechtliche Ansprüche). Dabei gilt: Halber Lohn-/Gehaltsanspruch bedeutet halbes Krankengeld.
- wenn und solange von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber noch eine Urlaubsersatzleistung oder Kündigungsentschädigung erhalten wird.
- wenn und solange Übergangsgeld aus der Pensions- bzw. Unfallversicherung bezogen wird.
- wenn und solange Pflegekarenzgeld bezogen wird.
- wenn und solange Zivil- oder Präsenzdienst geleistet wird.
- wenn und solange einer Ladung zur kontrollärztlichen Untersuchung unentschuldigt nicht Folge geleistet wird.
- wenn wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung nicht befolgt oder Anordnungen der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes verletzt wurden.
- solange von der Pensionsversicherungsanstalt oder der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt Übergangsgeld bezogen wird.
- solange Rehabilitationsgeld bezogen wird.
- wenn trotz Vorliegen der Voraussetzungen die Inanspruchnahme einer Anstaltspflege abgelehnt wird.
- wenn Haft bzw. Untersuchungshaft vorliegt.

Auszahlung

Um Ihnen das Krankengeld auszahlen zu können, benötigen wir von Ihnen folgende Unterlagen:

- Krankmeldung
- Eine „Arbeits- und Entgeltbestätigung“, die Angaben über die Einkommenshöhe und die Dauer einer eventuellen Entgeltfortzahlung enthält. Diese wird von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber ausgestellt.
- Bezieherinnen und Bezieher einer Geldleistung nach dem Arbeitslosenversicherungsgesetz benötigen keine „Arbeits- und Entgeltbestätigung“. Die erforderlichen Daten werden der ÖGK vom Arbeitsmarktservice (AMS) elektronisch zur Verfügung gestellt.

Vergessen Sie bitte auch nicht, uns Ihre Bankverbindung bekanntzugeben.

Nach den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes ist das Krankengeld lohnsteuerpflichtig (mit Ausnahme der Leistung von Krankengeld

aus einer Leistung der Arbeitslosenversicherung). Das tägliche Krankengeld ist bis zu einem Betrag von 30,00 Euro lohnsteuerfrei. Die ÖGK ist verpflichtet, von dem über dem Betrag von täglich 30,00 Euro liegenden Krankengeld 20 Prozent an Lohnsteuer einzubehalten und dem Finanzamt abzuführen. Die Höhe der einbehaltenen Lohnsteuer können Sie der Krankenstandsbescheinigung entnehmen. Diese erhalten Sie zum Ende der Arbeitsunfähigkeit.

Wiedereingliederungsgeld

Wiedereingliederungsteilzeit

Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, die länger physisch oder psychisch krank sind, können mit der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber eine Wiedereingliederungsteilzeit vereinbaren. Zur Erleichterung der Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag können Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer nach langer Krankheit ihre Arbeitszeit vorläufig herabsetzen und somit schrittweise in den Arbeitsprozess zurückkehren.

Vintage Images / shutterstock.com

Zur finanziellen und sozialversicherungsrechtlichen Absicherung der betroffenen Personen sind gesetzliche Begleitmaßnahmen vorgesehen. Den Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern steht neben dem entsprechend der Arbeitszeitreduktion gebührenden Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung ein Wiedereingliederungsgeld aus Mitteln der Krankenversicherung zu.

Anspruchsvoraussetzungen:

- Mindestens 6-wöchige durchgehende Arbeitsunfähigkeit.
- Das aufrechte Beschäftigungsverhältnis muss schon vor Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit seit mindestens 3 Monaten durchlaufend bestehen – keine Änderung des Dienstvertrages.
- Schriftliche Vereinbarung zwischen der Dienstnehmerin bzw. dem Dienstnehmer und der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber. Diese Vereinbarung muss auch einen Wiedereingliederungsplan beinhalten, in dem Beginn, Dauer und Ausmaß der Beschäftigung festgehalten werden müssen (keine Änderung des Dienstvertrages – abgesehen von der Änderung der Arbeitszeit).
- Medizinische Stellungnahme durch den Arbeitsmedizinischen Dienst oder Beratungen durch „fit2work“.

- Ärztliche Bestätigung über die wiedererlangte Arbeitsfähigkeit.
- Das reduzierte Gehalt muss über der Geringfügigkeitsgrenze liegen (ausgenommen Lehrlinge).
- Die reduzierte Wochenarbeitszeit beträgt mindestens 12 Stunden.
- Grundsätzlich muss die Wiedereingliederungsteilzeit spätestens einen Monat nach dem Ende der zumindest 6-wöchigen Arbeitsunfähigkeit angetreten werden.
- Die medizinische Zweckmäßigkeit muss gegeben sein (Genehmigung durch den Medizinischen Dienst der ÖGK).
- Die letzte Inanspruchnahme einer Wiedereingliederungsteilzeit muss mindestens 18 Monate zurückliegen.

Die Wiedereingliederungsteilzeit darf nicht vereinbart werden für die Dauer

- eines Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz
- einer Karenz nach dem Mutterschutzgesetz bzw. Väter-Karenzgesetz
- eines Präsenz- oder Zivildienstes
- einer Altersteilzeit
- einer Teilpension (erweiterte Altersteilzeit)

Weiters besteht derzeit kein Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld für Personen, die nicht dem Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG) bzw. vergleichbaren Regelungen unterliegen.

Die Reduktion der Arbeitszeit muss grundsätzlich mindestens 25 Prozent, maximal 50 Prozent betragen. Für arbeitsrechtliche Fragen wenden Sie sich bitte an die Arbeiterkammer: www.arbeiterkammer.at

Wiedereingliederungsgeld

Das Wiedereingliederungsgeld gebührt als teilweiser Ersatz für jenes Einkommen, das durch die Reduzierung der Arbeitszeit wegfällt. Als Berechnungsgrundlage wird das der Dienstnehmerin bzw. dem Dienstnehmer jeweils zustehende erhöhte Krankengeld herangezogen. Dies entspricht 60 Prozent der Bemessungsgrundlage, welche in der Regel das Entgelt (inklusive anteiliger Berücksichtigung der Sonderzahlungen) darstellt.

Infolge der Teuerungswelle wird durch das Teuerungs-Entlastungspaket III die Bemessungsgrundlage des Wiedereingliederungsgeldes ab dem 01.01.2025 um 4,6 Prozent erhöht (sofern diese im vorangegangenen Jahr liegt). Das Wiedereingliederungsgeld gebührt dann anteilig, und zwar entsprechend der vereinbarten wöchentlichen Normalarbeitszeit.

Nach den Bestimmungen des österreichischen Einkommensteuergesetzes ist das Wiedereingliederungsgeld lohnsteuerpflichtig. Das tägliche Wiedereingliederungsgeld ist bis zu einem Betrag von 30,00 Euro lohnsteuerfrei. Liegt das Wiedereingliederungsgeld täglich über 30,00 Euro,

ist die ÖGK verpflichtet, von dem über dem Betrag von 30,00 Euro liegenden Wiedereingliederungsgeld 20 Prozent an Lohnsteuer einzubehalten und dem Finanzamt abzuführen.

Bei der Beantragung des Wiedereingliederungsgeldes ist zu beachten: Die Wiedereingliederungsvereinbarung, der Wiedereingliederungsplan und allfällige medizinische Unterlagen sind rechtzeitig vor Antritt der Wiedereingliederungsteilzeit per Post oder E-Mail an die ÖGK zu übermitteln bzw. persönlich in einer Kundenservicestelle abzugeben. Die Wiedereingliederungsteilzeit kann frühestens am Tag nach der Zustellung der Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes angetreten werden.

Rehabilitationsgeld

Anstatt sie vorzeitig in Pension zu schicken, soll gesundheitlich beeinträchtigten Menschen durch gezielte berufliche und/oder medizinische Maßnahmen der Rehabilitation ein längerer Verbleib im Erwerbsleben ermöglicht werden. Bei vorübergehender Berufsunfähigkeit (Invalidität) wird statt einer befristeten Berufsunfähigkeitspension (Invaliditätspension) das Rehabilitationsgeld ausbezahlt.

Das Rehabilitationsgeld wird jenen Personen gewährt,

- für die von der Pensionsversicherung vorübergehend eine Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit für mindestens 6 Monate mit Bescheid festgestellt wurde,
- für die eine berufliche Rehabilitation nicht zumutbar und zweckmäßig ist und
- die ab 01.01.1964 geboren sind.

Höhe und Dauer des Rehabilitationsgeldes

Beim Rehabilitationsgeld handelt es sich grundsätzlich um eine zeitlich unbefristete Leistung, bis der Pensionsversicherungsträger mit Bescheid entscheidet, dass

- keine (vorübergehende) Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit mehr vorliegt oder
- nun eine berufliche Rehabilitation angezeigt ist oder
- dauernde Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit vorliegt.

Die Höhe orientiert sich grundsätzlich wie das Krankengeld am Einkommen aus der letzten Beschäftigung, wobei im Unterschied zum Krankengeld beim Rehabilitationsgeld eine Mindesthöhe (= Ausgleichszulagenrichtsatz) vorgesehen ist. Auch beim Rehabilitationsgeld wird durch das Teuerungs-Entlastungspaket III die Bemessungsgrundlage (sofern diese im vorangegangenen Jahr liegt) ab dem 01.01.2025 um 4,6 Prozent erhöht.

Rehabilitationsgeld ist nach den Bestimmungen des österreichischen Einkommensteuergesetzes bis zu einer Höhe von täglich 30,00 Euro

Studio Romantic / shutterstock.com

lohnsteuerfrei. Gebührt ein höheres Rehabilitationsgeld, so ist für den 30,00 Euro übersteigenden Betrag Lohnsteuer in der Höhe von 20 Prozent zu leisten.

Zusammentreffen mit Krankengeld

Besteht ein Anspruch auf Rehabilitationsgeld während eines Krankengeldanspruches, ruht das Krankengeld.

Zusammentreffen mit Erwerbseinkommen

Wird während des Rehabilitationsgeldbezuges eine für die Bemessung nicht maßgebliche Erwerbstätigkeit mit einem monatlichen Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze (551,10 Euro) ausgeübt, gebührt nur ein Teilrehabilitationsgeld.

Ruhen des Rehabilitationsgeldes

Der Anspruch auf Rehabilitationsgeld ruht,

- wenn und solange aus einer für die Bemessung des Rehabilitationsgeldes maßgeblichen Erwerbstätigkeit die Dienstgeberin bzw. der Dienstgeber den Lohn bzw. das Gehalt weiterbezahlt (dienstrechtliche Entgeltfortzahlungsansprüche) bzw. die maßgebliche Erwerbstätigkeit weiterhin ausgeübt wird. Es gilt: Halber Lohn-/Gehaltsanspruch bedeutet halbes Rehabilitationsgeld.
- wenn und solange von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber noch eine Urlaubsersatzleistung oder eine Kündigungsentschädigung erhalten wird.

Der Anspruch auf Rehabilitationsgeld kann ruhen, wenn Sie die im Rahmen des Case Managements vorgesehenen Abläufe oder Maßnahmen vereiteln oder verzögern, indem Sie Ihren Mitwirkungsverpflichtungen wiederholt nicht nachkommen. Denn im Rahmen eines Case Managements wird die rehabilitierende Person von der zuständigen Case Managerin bzw. dem zuständigen Case Manager kontaktiert und eingeladen, damit der Bedarf der erforderlichen medizinischen Maßnahmen festgestellt und ein Versorgungsplan erstellt werden kann.

Entziehung
Der Pensionsversicherungsträger kann Ihnen das Rehabilitationsgeld entziehen, wenn Sie Ihre Mitwirkung an der Rehabilitation verweigern.

Kur und Erholung

Die ÖGK kann unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit geeignete Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gewähren. Es handelt sich dabei um freiwillige Leistungen. Dafür kommen insbesondere Kuraufenthalte sowie Erholungsaufenthalte in Betracht. Die angeführten Leistungen sind im Vorhinein von der Versicherten bzw. von dem Versicherten zu beantragen und von der behandelnden Ärztin bzw. von dem behandelnden Arzt medizinisch zu begründen (Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt).

ÖGK

Die Prüfung und Bewilligung dieses Antrages erfolgt durch die ÖGK. Entsprechende Antragsformulare liegen bei den Ärztinnen und Ärzten sowie in den ÖGK-Kundenservicestellen auf. Für nähere Informationen kontaktieren Sie bitte die Ärztin bzw. den Arzt Ihres Vertrauens. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den ÖGK-Kundenservicestellen helfen Ihnen auch gerne weiter.

Bei der Unterbringung in Vertragseinrichtungen, eigenen Einrichtungen der ÖGK und Einrichtungen anderer Sozialversicherungsträger ist eine Zuzahlung zu leisten. Diese beträgt für das Jahr 2025 je nach Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension der Versicherten:

Zuzahlung	Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension	
täglich	von	bis
10,31 Euro	1.274,00 Euro	1.274,00 Euro
17,67 Euro	1.855,38 Euro	1.855,38 Euro
25,04 Euro	mehr als 2.436,76 Euro	

Die Zuzahlung entfällt bei
- geringem Einkommen (Bruttoerwerbseinkommen bis 1.273,99 Euro).
- Pensionistinnen und Pensionisten, die eine Ausgleichszulage erhalten.
- Personen, deren im gemeinsamen Haushalt Ehegattin und Ehegatte bzw. eingetragene Partnerin und eingetragener Partner, eine Ausgleichszulage bezieht.
- Bezieherinnen und Beziehern einer

Leistung nach den Mindestsicherungs- und Sozialhilfegesetzen der Länder.
- Personen, bei denen eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit gemäß den Richtlinien über die Befreiung von Zuzahlungen bei Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit vorliegt.

Transportkosten

Die ÖGK übernimmt Transportkosten im Inland, wenn ärztlich bescheinigt wird, dass die bzw. der gehunfähig erkrankte Versicherte oder Angehörige aufgrund ihres bzw. seines körperlichen oder geistigen Zustandes kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen kann, auch nicht mit einer Begleitperson.

Transportkosten werden in Höhe der vertraglich festgelegten Tarife für folgende Beförderungen übernommen:
- Zur Anstaltspflege in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt bzw. aus dieser Krankenanstalt in die Wohnung der bzw. des Erkrankten.
- Bei aus medizinischen Gründen notwendiger Überstellung zur stationären Behandlung von einer Krankenanstalt in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt.
- Zur ambulanten Behandlung zur nächstgelegenen geeigneten Vertragsärztin bzw. zum nächstgelegenen geeigneten Vertragsarzt, der nächstgelegenen geeigneten

Vertrags- bzw. Gruppenpraxis oder zur nächstgelegenen geeigneten (Vertrags-)Einrichtung bzw. in die Wohnung der bzw. des Erkrankten zurück.
- Zur körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen und Hilfsmitteln.

Wenn sich die bzw. der Erkrankte zum Zeitpunkt der notwendigen Beförderung vorübergehend nicht an ihrem bzw. seinem Wohnsitz aufgehalten hat, übernimmt die ÖGK die Kosten des Transportes von der Krankenanstalt in die Wohnung der bzw. des Erkrankten bis zur Höhe der Kosten des Transportes von diesem Aufenthaltsort (Ereignis- oder Unfallort) in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt.

Folgende Transportarten sind möglich:
- Krankenbeförderung
- Einfacher Krankentransport
- Qualifizierter Krankentransport bzw. Rettungstransport
- Notarzttransport

Die jeweilige Art des Transportes ist aufgrund des körperlichen oder geistigen Zustandes der bzw. des Erkrankten ärztlich zu bescheinigen. Wird ein privates Kraftfahrzeug benützt, ersetzt die ÖGK Kosten in Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes.

Bei Inanspruchnahme einer Wahlkrankenanstalt, einer Wahlärztin bzw. eines Wahlarztes, einer Wahlgruppenpraxis oder einer Wahleinrichtung werden die Transportkosten höchstens mit dem Betrag ersetzt, der bei Inanspruchnahme der nächstgelegenen entsprechenden (Vertrags-)Einrichtung zu ersetzen gewesen wäre.

Die Kosten für Lufttransporte im Inland werden bis zur nächstgelegenen geeigneten Krankenanstalt übernommen, wenn aufgrund des Zustandes der bzw. des Erkrankten oder der Dringlichkeit des Falles eine Beförderung auf dem Landweg nicht zu verantworten gewesen wäre. Die medizinische Notwendigkeit des Lufttransportes muss ärztlich bescheinigt und von der ÖGK anerkannt worden sein.

Bergungskosten und die Kosten der Beförderung bis ins Tal werden bei Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik nicht ersetzt. Aus diesem Grund wird empfohlen, eine entsprechende Vorsorge zu treffen, da ein Notfall sonst schnell zu einem finanziellen Problem werden kann.

Ein Kind kommt

Sie bekommen ein Baby? Wenn Sie Nachwuchs erwarten, sind Sie bei uns gut versorgt. Die ÖGK bietet weiblichen Versicherten eine Reihe von Leistungen. Dazu zählen Sachleistungen und das Wochengeld bzw. Sonderwochengeld. Weibliche (mitversicherte) Angehörige haben einen Anspruch auf Sachleistungen.

Der Versicherungsfall der Mutterschaft tritt ein:

- Mit Beginn der 8. Woche vor der voraussichtlichen Entbindung. Zu diesem Zeitpunkt beginnt auch das absolute Beschäftigungsverbot nach den Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes.
- Im Einzelfall mit dem Tag, an dem aufgrund eines fachärztlichen, arbeitsinspektionsärztlichen oder amtsärztlichen Zeugnisses festgestellt wird, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung oder Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre (individuelles Beschäftigungsverbot).
- Mit dem Tag der Entbindung, wenn diese vor dem Beginn der 8. Woche vor der voraussichtlichen Entbindung stattgefunden hat.
- Mit Beginn der 8. Woche vor der tatsächlichen Entbindung, wenn der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt wurde.

Sachleistungen

Bei Mutterschaft haben Sie Anspruch auf folgende Leistungen:

- Ärztlicher Beistand, Hebammenbeistand, Beistand durch diplomierte Kinderkranken- oder Säuglingspflegerinnen und -pfleger
- Heilmittel (Medikamente) und Heilbehelfe
- Pflege in einer Krankenanstalt bzw. in einem Entbindungsheim

Die ÖGK bezahlt für die Entbindung, die Pflege in einem Spital oder Entbindungsheim für maximal 10 Tage. Während dieser Zeit entfällt für Versicherte auch bei Pflege von Angehörigen der Kostenanteil in Höhe von 10 Prozent.

Wochengeld

Laut dem Mutterschutzgesetz dürfen unselbstständig erwerbstätige Frauen während der letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung und während der ersten 8 Wochen nach der Entbindung von ihrer Dienstgeberin bzw. ihrem Dienstgeber nicht beschäftigt werden.

Nach Früh- oder Mehrlingsgeburten sowie einer Kaiserschnittentbindung verlängert sich die Frist nach der Entbindung auf 12 Wochen.

Während dieses Beschäftigungsverbots besteht ein Anspruch auf Wochengeld. Wenn bei einer Fortsetzung der Beschäftigung Leben oder Gesundheit der Mutter oder des Kindes gefährdet sind, verlängert sich die Dauer des Beschäftigungsverbotes. Das Wochengeld gebührt dann vor dem Beginn der Achtwochenfrist. Dazu ist ein Attest einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Gynäkologie bzw. Innere Medizin erforderlich. In besonderen Fällen ist eine amts- oder arbeitsinspektionsärztliche Bestätigung erforderlich.

Höhe des Wochengeldes

Für die Höhe des Wochengeldes ist der Nettoarbeitsverdienst aus den letzten 13 Wochen (3 Kalendermonaten) vor dem Eintritt des Versicherungsfalles maßgebend. Dieser Arbeitsverdienst ist zunächst – nach dem Ausmaß der zustehenden Sonderzahlungen – um 14 Prozent, um 17 Prozent oder um 21 Prozent zu erhöhen. Von diesem erhöhten Nettoverdienst wird der Tagesdurch-

schnitt ermittelt, den die ÖGK als tägliches Wochengeld ausbezahlt.

Um den Anspruch auf Wochengeld geltend zu machen, ist eine von der Ärztin bzw. dem Arzt ausgestellte Bestätigung über den voraussichtlichen Tag der Entbindung an die ÖGK zu übermitteln. Überdies benötigen wir eine von der Dienstgeberin bzw. dem Dienstgeber ausgefüllte Arbeits- und Entgeltbestätigung. Nach der Entbindung ist bei der ÖGK eine vom Standesamt ausgefertigte Geburtsurkunde einzureichen. Bei einer Frühgeburt bzw. bei einer Geburt durch Kaiserschnitt ist die Vorlage einer entsprechenden Bestätigung vom Krankenhaus erforderlich.

Solange Anspruch auf Fortbezug des Entgeltes besteht, ruht der Anspruch auf Wochengeld.

Bezieherinnen von Arbeitslosengeld erhalten als Wochengeld einen Betrag in Höhe des um 80 Prozent angehobenen Geldbezuges aus der Arbeitslosenversicherung. Das Wochengeld von Selbstversicherten gem. § 19a ASVG beträgt täglich 11,87 Euro (jährlich veränderlicher Fixbetrag).

Bezieherinnen von Kinderbetreuungsgeld erhalten unter Umständen ein Wochengeld in Höhe des täglichen Kinderbetreuungsgeldes.

Sonderwochengeld

Sonderwochengeld gebührt, wenn ein neuerlicher Versicherungsfall der Mutterschaft während einer Karenz nach dem Mutterschutzgesetz oder nach vergleichbaren österreichischen Rechtsvorschriften, jedoch nach Bezugsende des Kinderbetreuungsgeldes, eintritt und nur aufgrund der aktuellen Karenzierung kein Anspruch auf Wochengeld besteht. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld gewählt wird, aber eine längere Karenz in Anspruch genommen wird.

Auch ehemalige Wochengeldbezieherinnen aufgrund einer Selbstversicherung nach § 19a ASVG haben Anspruch auf Sonderwochengeld.

Das Sonderwochengeld gebührt für denselben Zeitraum wie das Wochengeld.

Wird während der Karenz ein fach-, arbeitsinspektions- oder amtsärztliches Zeugnis ausgestellt, das nachweist, dass das Leben oder die Gesundheit von Mutter oder Kind bei Aufnahme einer Beschäftigung gefährdet wäre, gebührt das Sonderwochengeld frühestens ab dem Tag nach Beendigung der Karenz.

Sonderwochengeld gebührt in der Höhe von 60 Prozent der Bemessungsgrundlage, welche aus dem der Karenz vorangegangenen Arbeitsverdienst, gedeckelt durch die Höchstbeitragsgrundlage, gebildet wird.

Für ehemals Selbstversicherte nach § 19a ASVG gebührt das Sonderwochengeld in der Höhe von 6,60 Euro (Wert 2025).

In bestimmten Fällen hat die Höhe des Sonderwochengeldes auch Einfluss auf die Berechnung des Wochengeldes. Personen, die zwar Wochengeld erhalten, aber im Bemessungszeitraum des Wochengeldes entweder
- noch teilweise in Karenz waren oder
- Arbeitszeit herabgesetzt haben,

erhalten Wochengeld in Höhe des Sonderwochengeldes, sofern dieses höher ist.

Während des Bezugs von Sonderwochengeld besteht eine Teilversicherung in der Krankenversicherung.

Das Sonderwochengeld wurde rückwirkend ab 01.09.2022 eingeführt und ist anzuwenden, wenn der Versicherungsfall der Mutterschaft nach dem 31.08.2022 eingetreten ist. Ein rückwirkender Anspruch kann bis 30.06.2025 bei der ÖGK geltend gemacht werden.

Um Sonderwochengeld zu erhalten, ist eine Bestätigung über den (voraussichtlichen) Entbindungstermin und ein schriftlicher Antrag auf (rückwirkende) Beantragung des Sonderwochengeldes an die ÖGK zu übermitteln.

Kinderbetreuungsgeld

Leistungen nach dem Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG) und dem Familienzeitbonusgesetz (FamZeitbG) sind:
- Kinderbetreuungsgeld-Konto (KBG-Konto) oder einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld (eaKBG)
- Beihilfe zum KBG-Konto
- Partnerschaftsbonus
- Familienzeitbonus

Evgeny Atamanenko / shutterstock.com

Kinderbetreuungsgeld-Konto (pauschale Leistung)

Durch das Kinderbetreuungsgeld-Konto 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.

Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld

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.

Mit jedem System sind unterschiedliche Auswirkungen z. B. im Bereich des Zuverdienstes bzw. der ergänzenden Leistungen (z. B. Mehrlingszuschlag, Beihilfe) verbunden, sodass es notwendig ist, die Unterschiede abzuwägen, um die bestmögliche individuelle Variante zu wählen:

Allgemeine Anspruchsvoraussetzungen für das Kinderbetreuungsgeld

- Anspruch und Bezug der Familienbeihilfe für das Kind,
- Lebensmittelpunkt von antragstellendem Elternteil und Kind in Österreich,

- Ein auf Dauer angelegter (mindestens 91-tägiger) gemeinsamer Haushalt mit dem Kind und idente Hauptwohnsitzmeldungen an dieser Adresse,
- Durchführung und rechtzeitige Vorlage der Eltern-Kind-Pass- Untersuchungen und
- Einhaltung der Zuverdienstgrenze pro Kalenderjahr.

Für Nichtösterreicherinnen und Nichtösterreicher ist zusätzlich ein rechtmäßiger Aufenthalt in Österreich (NAG-Karte) bzw. die Erfüllung bestimmter asylrechtlicher Voraussetzungen notwendig.

Bei getrenntlebenden Eltern ist zusätzlich eine Obsorgeberechtigung (mit überwiegender Betreuung des Kindes) und ein Bezug der Familienbeihilfe durch den antragstellenden Elternteil erforderlich.

Das Kinderbetreuungsgeld wird frühestens ab dem Tag der Geburt des Kindes ausbezahlt. Ein entsprechender Antrag ist bei dem zuletzt zuständigen Krankenversicherungsträger zu stellen. Bei verspätet eingebrachten Anträgen wird das Kinderbetreuungsgeld rückwirkend für höchstens 182 Tage ausbezahlt.

Bezugsvariante Pauschales Kinderbetreuungsgeld als Konto

- Bei Bezug von nur einem Elternteil: zwischen 365 und maximal 851 Tage
- Bei Bezug von beiden Elternteilen: zwischen 456 (365 + 91) und maximal 1.063 Tage (851 + 212)

HÖHE DES TÄGLICHEN KINDERBETREUUNGSGELDES
höchstens 41,14 Euro
mindestens 17,65 Euro

Der Tagessatz hängt von der gewählten Bezugsdauer ab. Je länger man bezieht, desto geringer ist der Tagesbetrag. Die Höhe der Leistung ergibt sich also aus der individuell gewählten Leistungsdauer. Die Anspruchsdauer kann auf Antrag des beziehenden Elternteils bis zu 91 Tage vor Ablauf der gewählten Bezugsdauer einmal geändert werden. Der zweite Elternteil ist auch an diese Änderung gebunden.

Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich das Kinderbetreuungsgeld für das zweite und jedes weitere Mehrlingskind um 50 Prozent des jeweiligen Tagsatzes.

Zuverdienstgrenze beim pauschalen Kinderbetreuungsgeld als Konto
Beim pauschalen Kinderbetreuungsgeld als Konto gibt es neben der absoluten Zuverdienstgrenze von 18.000,00 Euro pro Jahr eine individuelle Zuverdienstgrenze. Diese beträgt 60 Prozent des Gesamtbetrages der maßgeblichen Einkünfte für das Kalenderjahr vor der Geburt, in dem kein Kinderbetreuungsgeld bezogen wurde (begrenzt auf maximal drei Kalenderjahre vor der Geburt des Kindes).

Grundlage für die Ermittlung der individuellen Zuverdienstgrenze sind die Daten aus dem Steuerbescheid des Kalenderjahres vor der Geburt des Kindes, in dem kein Kinderbetreuungsgeld bezogen wurde. Achtung: Ein Steuerbescheid für das betreffende Jahr liegt unter Umständen nur nach Durchführung einer Arbeitnehmerveranlagung vor. Informieren Sie sich dazu bitte bei Ihrem Finanzamt.

Bezugsvariante Kinderbetreuungsgeld als Ersatz des Erwerbseinkommens

- Bei Bezug von einem Elternteil längstens für 365 Tage ab der Geburt des Kindes
- Bei Bezug von beiden Elternteilen längstens für 426 Tage ab der Geburt des Kindes

fizkes / shutterstock.com

HÖHE DES TÄGLICHEN KINDERBETREUUNGSGELDES
höchstens 80,12 Euro
mindestens 41,14 Euro

Bei Mehrlingsgeburten ist keine Erhöhung des Tagesbetrags vorgesehen. Die Zuverdienstgrenze beim einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld liegt bei 8.600,00 Euro jährlich.

Für beide Bezugsarten gilt: Zwischen den Elternteilen kann zweimal gewechselt werden. Die Mindestbezugsdauer eines Blocks beträgt 61 Tage. Ein gleichzeitiger Bezug von 31 Tagen ist möglich. Dieser verkürzt jedoch die Gesamtanspruchsdauer.

Besondere Voraussetzungen für den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes als Ersatz des Erwerbseinkommens

- Tatsächliche Ausübung einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit (kranken- und pensionsversicherungspflichtig) in den letzten 182 Tagen vor Eintritt des Mutterschutzes bzw. vor der Geburt des Kindes sowie kein Bezug von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung in diesem Zeitraum
- Vorläufiger Tagessatz: 80 Prozent des Wochengeldes
- Zusätzlich erfolgt eine Vergleichsrechnung

KINDERBETREUUNGS-GELD-KONTO	EINKOMMENSABHÄNGIGES KINDERBETREUUNGSGELD
Höhe und Anspruchsdauer Die Bezugsdauer des Kinderbetreuungsgeldes als Konto kann innerhalb eines vorgegebenen Rahmens flexibel gewählt werden: • Grundvariante bei Inanspruchnahme durch einen Elternteil: 365 Tage ab Geburt des Kindes; Beide Elternteile: 456 Tage ab Geburt des Kindes; Tagesbetrag: 41,14 Euro • Längste Variante bei Inanspruchnahme durch einen Elternteil: 851 Tage ab Geburt des Kindes Beide Elternteile: 1.063 Tage ab Geburt des Kindes; Tagesbetrag: 17,65 Euro In der kürzesten Variante beträgt das Kinderbetreuungsgeld 41,14 Euro täglich, in der längsten Variante 17,65 Euro täglich. Je länger man bezieht, umso geringer ist der Tagesbetrag. Die Höhe der Leistung ergibt sich aus der individuell gewählten Leistungsdauer. Vom gesamten zur Verfügung stehenden Betrag pro Kind sind 20 Prozent nicht übertragbar dem zweiten Elternteil vorbehalten (in der kürzesten Variante 91 Tage).	**Höhe und Anspruchsdauer** Auch beim einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld gilt das Tageprinzip: • Anspruch max. 365 Tage ab Geburt • Höhe max. 80,12 Euro täglich Die Erwerbstätigkeit in den 182 Kalendertagen unmittelbar vor der Geburt des Kindes bzw. vor dem Mutterschutz muss durchgehend eine in Österreich kranken- und pensionsversicherungspflichtige sein. Für die von der ÖGK durchgeführte Günstigkeitsrechnung werden die Einkünfte aus dem letzten Kalenderjahr vor der Geburt des Kindes zugrunde gelegt. Vom gesamten zur Verfügung stehenden Betrag pro Kind sind 20 Prozent nicht übertragbar dem zweiten Elternteil vorbehalten (61 Tage).

Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld-Konto
Anspruch auf Beihilfe zum pauschalen Kinderbetreuungsgeld-Konto haben

- alleinstehende Elternteile, wenn sie eine Urkunde vorlegen, aus der der andere Elternteil hervorgeht bzw. wenn sie in Ermangelung einer derartigen Urkunde eine entsprechende Erklärung abgeben. Sie müssen eine Erklärung abgeben, dass keine Partnerschaft mit dem anderen Elternteil oder einer anderen Person besteht. Der Zuverdienst des beziehenden Elternteils darf 8.600,00 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen.
- Paare, das sind Mütter/Väter, die verheiratet sind oder in einer Lebensgemeinschaft leben. Der Zuverdienst des beziehenden Elternteils darf 8.600,00 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen. Der Zuverdienst des anderen Elternteils (Partnerin bzw. Partner) darf 18.000,00 Euro pro Kalenderjahr nicht übersteigen.

Voraussetzung für die Gewährung der Beihilfe ist die Zuerkennung des Kinderbetreuungsgeldes. Bezieherinnen und Bezieher des einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeldes erhalten keine Beihilfe.

Die Beihilfe wird für maximal 365 Tage ab erstmaliger Antragstellung in Höhe von 6,06 Euro täglich ausbezahlt.

Partnerschaftsbonus
Wenn beide Eltern zu annähernd gleichen Teilen (50:50 bis 60:40) Kinderbetreuungsgeld bezogen haben, gibt es einen Partnerschaftsbonus von 500,00 Euro pro Elternteil. Ein entsprechender Antrag muss binnen 124 Tagen ab dem letzten Tag der maximal möglichen Bezugsdauer für beide Elternteile in der gewählten Variante gestellt werden.

Familienzeitbonus
Familienzeit ist eine 28- bis 31-tägige Unterbrechung der Erwerbsausübung. Anspruch auf den Bonus hat ein Vater (auch Adoptiv- oder Pflegevater) für sein Kind, wenn

- für dieses Kind Anspruch auf Familienbeihilfe besteht und Familienbeihilfe auch tatsächlich bezogen wird.
- er, das Kind und der andere Elternteil den Lebensmittelpunkt in Österreich haben.
- er sich im gesamten Anspruchszeitraum in Familienzeit befindet.
- er, das Kind und der andere Elternteil im auf Dauer angelegten gemeinsamen Haushalt leben sowie

idente Hauptwohnsitzmeldungen haben.
- er in den letzten 182 Tagen vor Bezugsbeginn eine kranken- und pensionsversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit ausgeübt und in diesem Zeitraum keine Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung erhalten hat.
- er, das Kind und der andere Elternteil, sofern diese nicht österreichische Staatsbürger sind, einen Aufenthaltstitel nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz bzw. nach dem Asylgesetz 2005 nachweisen können.
- Ein Antrag auf Familienzeit muss innerhalb von 91 Tagen ab der Geburt des Kindes gestellt werden. Der Familienzeitbonus kann nicht gleichzeitig mit dem Kinderbetreuungsgeld bezogen werden. Die Höhe des Bonus beträgt täglich 54,87 Euro. Während der Familienzeit besteht eine Kranken- und Pensionsversicherung.

Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen

Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen helfen dabei, die Gesundheit der werdenden Mutter und ihrer Kinder zu schützen. Die rasche Erkennung und Behandlung möglicher Krankheiten ist wesentliche Aufgabe der Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen.

Werden die 10 vorgeschriebenen Eltern-Kind-Pass-Untersuchungen nicht rechtzeitig durchgeführt bzw. nachgewiesen, wird der Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld je Elternteil um 1.300,00 Euro (plus 650,00 Euro für jedes weitere Mehrlingskind) gekürzt. Das gilt sowohl für das KBG-Konto als auch für das einkommensabhängige Kinderbetreuungsgeld.

Gesunde Zähne

Haben Sie Zahnschmerzen, schiefe Zähne oder fehlt Ihnen gar einer? In den Zahngesundheitszentren der ÖGK sowie bei den Vertragszahnbehandlerinnen und Vertragszahnbehandlern werden folgende Leistungen angeboten.
- Konservierende-chirurgische Zahnbehandlung
- Kieferorthopädie
- Zahnersatz

Diese sind nach Vorlage der e-card kostenlos. Bei manchen Leistungen ist jedoch ein Patientenanteil vorgesehen oder sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen.

Nadino / shutterstock.com

Konservierende-chirurgische Zahnbehandlung

Die kostenlose konservierende-chirurgische Zahnbehandlung in den Zahngesundheitszentren der ÖGK bzw. bei den Vertragszahnbehandlerinnen und -behandlern umfasst unter anderem

- die Untersuchung des Zustandes der Zähne samt Anfertigung von Röntgenbildern und der zahnärztlichen Beratung
- Zahnfüllungen aus Kunststoff im Frontzahnbereich
- Wurzelbehandlungen
- operative Eingriffe
- Entfernung von Zähnen und Zahnwurzeln
- Zahnsteinentfernung
- Mundhygiene für Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 10. und dem vollendeten 18. Lebensjahr.

Werden Leistungen von einer Wahlzahnärztin bzw. einem Wahlzahnarzt im In- oder Ausland erbracht, die zu den Vertragsleistungen zählen, müssen Sie die Rechnung zunächst selbst bezahlen und danach einreichen. Sie erhalten von der ÖGK eine Kostenerstattung in der Höhe von 80 Prozent der entsprechenden Vertragstarife.

Kieferorthopädie und Zahnspangen

Durch den regelmäßigen Besuch bei Ihrer Zahnärztin oder Ihrem Zahnarzt werden Zahnfehlstellungen rechtzeitig erkannt. Kieferregulierungen (Zahnspangen) korrigieren Fehlstellungen der Zähne. Ihre Zahnärztin bzw. Ihr Zahnarzt entscheidet, welche Art der Kieferregulierung am besten geeignet ist. Zur Auswahl stehen abnehmbare und festsitzende Kieferregulierungen sowie kleine kieferorthopädische Behelfe. In bestimmten Fällen erhalten die Kinder eine „Gratis-Zahnspange".

Sowohl für abnehmbare als auch festsitzende Zahnspangen gilt: Generelle Voraussetzung für eine Kostenbeteiligung der ÖGK ist, dass der Therapievorschlag eingereicht und vom Zahnmedizinischen Dienst der ÖGK bewilligt wird. Die Einreichung übernimmt meist die behandelnde Zahnärztin bzw. der behandelnde Zahnarzt. Fragen Sie zur Sicherheit nach.

„Gratis-Zahnspange" für Kinder und Jugendliche

Die „Gratis-Zahnspange" wird von der ÖGK bei medizinischer Notwendigkeit bezahlt. Diese wird anhand des international gültigen IOTN-Index (Index of Orthodontic Treatment Needs) bestimmt, der eine Einteilung in die Schweregrade IOTN 1 bis 5 vornimmt. Bei einer Fehlstellung der Schweregrade 4 oder 5 übernimmt die ÖGK die Kosten.

Die Regelung inkludiert zwei Kassenleistungen:

1. Die frühkindliche kieferorthopädische Behandlung bei schweren Fehlstellungen erfolgt bis zum Alter von etwa zehn Jahren und wird in der Regel mithilfe von abnehmbaren Zahnspangen durchgeführt („Interzeptive Behandlung“).
2. Die festsitzende Zahnspange für Kinder und Jugendliche zwischen ungefähr 12 und 18 Jahren („Kieferorthopädische Hauptbehandlung“).

Zwischen dem Abschluss einer „Interzeptiven Behandlung“ und dem Beginn der „Kieferorthopädischen Hauptbehandlung“ muss mindestens ein Jahr Behandlungsunterbrechung liegen. Vor Beginn der „Kieferorthopädischen Hauptbehandlung“ muss eine neuerliche Feststellung des Grades der Fehlstellung des Kiefers von der Vertragskieferorthopädin bzw. dem Vertragskieferorthopäden vorgenommen werden. Ob ein Kind noch eine frühkindliche Behandlung mit abnehmbarer Zahnspange oder eine festsitzende Zahnspange erhält, hängt von der Entwicklung des Kiefers ab.

„Interzeptive Behandlungen“ werden bei Zahnärztinnen und Zahnärzten oder Kieferorthopädinnen und Kieferorthopäden durchgeführt, die einen Vertrag mit der ÖGK haben. Auch die Zahngesundheitszentren der ÖGK bieten diese an vielen Standorten an.

auleena - stock.adobe.com

Die „Kieferorthopädische Hauptbehandlung“ gibt es ausschließlich bei Vertragskieferorthopädinnen und Vertragskieferorthopäden sowie in fast allen ÖGK-Zahngesundheitszentren.

Alle Informationen über die Zahnspange bei Zahnärztinnen bzw. Zahnärzten oder Kieferorthopädinnen bzw. Kieferorthopäden ohne Kassenvertrag und eine eventuelle Kostenerstattung finden Sie auf der unter www.gesundheitskasse.at.

Abnehmbare Zahnspange
Bei Vertragszahnärztinnen und -ärzten übernimmt die ÖGK 70 Prozent der Kosten, das sind derzeit 798,00Euro (Tarif 2025) pro Behandlungsjahr. 30 Prozent zahlt die Patientin bzw. der Patient selbst, das sind 342,00 Euro pro Behandlungsjahr. Aligner-Therapien gelten nicht als abnehmbare Zahnspangen. Die ÖGK übernimmt dafür keine Kosten.

Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzte können ihr Honorar frei festlegen. Ein Preisvergleich lohnt sich daher. Die ÖGK empfiehlt ihren Versicherten, einen Kostenvoranschlag einzuholen. Die ÖGK erstattet 80 Prozent des Kassenanteils, also derzeit 638,40 Euro (Tarif 2025) pro Behandlungsjahr zurück. Das ist ein Fixbetrag und hat nichts damit zu tun, wie viel die Wahlzahnärztin bzw. der Wahlzahnarzt tatsächlich verrechnet.

Bitte beachten Sie: Manche Vertragskieferorthopädinnen und Vertrags-

kieferorthopäden sind gleichzeitig Wahlzahnärztinnen bzw. Wahlzahnärzte. Wenn Ihr Kind eine abnehmbare Zahnspange bekommt und keinen Anspruch auf eine „Gratis-Zahnspange" hat, gelten bei diesen Vertragskieferorthopädinnen und Vertragskieferorthopäden dieselben Bedingungen wie bei Wahlzahnärztinnen und Wahlzahnärzten. Das heißt: Sie müssen die Rechnung zunächst selbst bezahlen und können in der Folge die saldierte Honorarnote zur Kostenerstattung einreichen. Fragen Sie im Zweifelsfall Ihre Vertragskieferorthopädin bzw. Ihren Vertragskieferorthopäden, ob sie bzw. er die abnehmbare Zahnspange als Vertragszahnärztin bzw. Vertragszahnarzt oder als Wahlzahnärztin bzw. Wahlzahnarzt erbringt.

Festsitzende Zahnspange

Sind die Voraussetzungen für die „Gratis-Zahnspange" nicht erfüllt, gilt Folgendes: Für eine festsitzende Zahnspange ist ein Kostenzuschuss von aktuell bis zu 798,00 Euro (Tarif 2025) pro Behandlungsjahr möglich. Ob es sich bei der Behandlerin bzw. beim Behandler um eine Zahnärztin bzw. einen Zahnarzt oder eine Kieferorthopädin bzw. einen Kieferorthopäden mit oder ohne Kassenvertrag handelt, spielt keine Rolle. Sie müssen den Kostenzuschuss bei der ÖGK beantragen und dafür die saldierte Rechnung einreichen. Eine Bewilligung durch den Zahnmedizinischen Dienst der ÖGK ist unbedingt erforderlich.

Zahnersatz

Im Allgemeinen wird zwischen **abnehmbarem Zahnersatz** (z. B. Zahnprothesen) und **festsitzendem Zahnersatz** (z. B. Kronen) unterschieden. Festsitzender Zahnersatz ist keine Vertragsleistung. Ihre Zahnärztin oder Ihr Zahnarzt weiß, welcher Zahnersatz am besten für Sie geeignet ist.

Abnehmbarer Zahnersatz

Die ÖGK bezahlt für ihre Versicherten und deren mitversicherte Angehörige einen abnehmbaren Zahnersatz samt medizinisch notwendiger Halteelemente (Klammerzahnkrone).

Für die Anfertigung eines Zahnersatzes stellt Ihnen Ihre behandelnde Vertragszahnärztin bzw. Ihr behandelnder Vertragszahnarzt (Vertragseinrichtung) das Formular „Antrag auf Kostenübernahme für Zahnersatz" aus. Vor Beginn der Behandlung müssen Sie eine Genehmigung bei der ÖGK einholen.

Bei abnehmbarem Zahnersatz ist eine Kostenbeteiligung durch die Patientin bzw. den Patienten vorgesehen. 25 Prozent der tariflichen Kosten bezahlen Sie als Selbstbehalt bei der Behandlung durch eine Vertragszahnärztin oder einen Vertragszahnarzt. Das betrifft

- Kunststoff- und Metallgerüstprothesen sowie deren Reparatur,
- Voll-Metallkronen an Klammerzähnen und
- Verblend-Metall-Keramikkronen bei Teilprothesen.

Die Vertragszahnärztin bzw. der Vertragszahnarzt oder eine Vertragseinrichtung verrechnet den Kassenanteil direkt mit der ÖGK und stellt Ihnen nur den Patientenanteil in Rechnung.

Wenn Sie eine Wahlzahnärztin oder einen Wahlzahnarzt in Anspruch nehmen, bezahlen Sie die Leistungen zunächst selbst. Danach können Sie die Honorarnote (samt Zahlungsnachweis) bei der ÖGK zur Kostenerstattung einreichen. Sie erhalten von der ÖGK 80 Prozent der um den Selbstbehalt verminderten tariflichen Kosten erstattet.

Festsitzender Zahnersatz
Festsitzender Zahnersatz wie Kronen, Brückenpfeiler, Brückenglieder und Stiftzähne, gegossene Stiftaufbauten, Implantate etc. sind keine Leistungen der ÖGK. Die Kosten dieser Privatleistungen müssen zur Gänze von der Patientin bzw. dem Patienten bezahlt werden.

In medizinisch begründeten Sonderfällen wird ein Zuschuss geleistet, wenn vor der Behandlung die Bewilligung durch den Zahnmedizinischen Dienst der ÖGK eingeholt wurde. Das ist etwa der Fall bei

- Patientinnen und Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Tumorpatientinnen und -patienten in der postoperativen Rehabilitation
- Patientinnen und Patienten nach polytraumatischen Kieferfrakturen in der posttraumatischen Rehabilitation
- Patientinnen und Patienten mit extremen Kieferverhältnissen (z. B. die Verkümmerung des Kieferkammes)
- Aplasie im Bereich der Zähne eins bis fünf im Ober- bzw. Unterkiefer

Gratis-Mundhygiene für Kinder und Jugendliche

Für Versicherte und mitversicherte Angehörige zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr und dem vollendeten 18. Lebensjahr übernimmt die ÖGK einmal pro Jahr (im Abstand von mindestens zwölf Monaten) die Kosten für Mundhygiene. Nimmt eine Patientin oder ein Patient dieser Personengruppe eine kieferorthopädische Behandlung mit festsitzenden Geräten in Anspruch, übernimmt die ÖGK zweimal pro Jahr die Kosten für Mundhygiene. Zwischen den beiden Terminen müssen mindestens sechs Monate liegen. Die Gratis-Mundhygiene kann bei allen Vertragszahnärztin-

nen und -ärzten sowie in den Zahngesundheitszentren der ÖGK in Anspruch genommen werden. Bei Wahlzahnärztinnen und -ärzten erhalten Sie eine Kostenerstattung in der Höhe von 80 Prozent des Vertragstarifes, im Jahr 2025 sind das 53,36 Euro.

Service plus

Telefonische Gesundheitsberatung 1450

Gesundheitliche Probleme am Wochenende oder plötzlich auftretende Symptome können beunruhigen. Wenn mitten in der Nacht oder am Wochenende Schmerzen auftauchen, ein Insektenstich anschwillt oder es im Bauch krampft, sind Menschen oft unsicher, ob sie medizinische Hilfe suchen sollen und welche Anlaufstelle in dieser Situation die richtige wäre.

Die telefonische Gesundheitsberatung bietet in solchen Fällen rasche und kompetente Unterstützung. Unter der Rufnummer 1450 beraten besonders geschulte, diplomierte Krankenpflegepersonen direkt am Telefon. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter helfen schnell und unbürokratisch. Sie bieten Hilfestellung und Antworten bei allen gesundheitlichen Fragen und führen die Betroffenen dorthin, wo sie für ihr gesundheitliches Problem die beste Betreuung erhalten.

Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 ist ein Gemeinschaftsprojekt des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, der Sozialversicherung und der Bundesländer.

Das Service am Telefon ist ganz einfach:

- Rufen Sie die Nummer 1450 ohne Vorwahl über das Handy oder Festnetz – an 365 Tagen im Jahr, zu jeder Tages- und Nachtzeit.
- Mittels eines standardisierten Abfrageschemas stellt das besonders geschulte, diplomierte Krankenpflegepersonal fest, worum es sich bei Ihrem Anliegen handelt.
- Sobald die Dringlichkeit und eine passende Vorgehensweise festgestellt wurden, plant das Team die weitere Versorgung mit Ihnen. Die Empfehlungen reichen von Tipps zur Selbstbehandlung über die Konsultation einer niedergelassenen (Fach-)Ärztin oder eines niedergelassenen (Fach-)Arztes bis hin zum Besuch einer Spitalsambulanz. Sollte sich Ihr Problem als akut herausstellen, wird der Rettungsdienst verständigt.

Das Service ist kostenlos. Sie bezahlen nur die üblichen Gesprächskosten gemäß Ihrem Telefontarif.

Wenn's weh tut! 1450. Weitere Informationen erhalten Sie auch unter www.gesundheitskasse.at oder www.1450.at.

Online für Sie da

Website und Social Media
Die ÖGK ist rund um die Uhr für Sie da. Die Website bietet für Versicherte, Dienstgeberinnen und Dienstgeber sowie Vertragspartnerinnen und Vertragspartner umfassende Informationen, Services und Neuigkeiten. Schauen Sie doch einfach rein – es lohnt sich: www.gesundheitskasse.at

Besuchen Sie uns auch auf
- Facebook: www.facebook.com/gesundheitskasse.at
- LinkedIn: www.linkedin.com/company/gesundheitskasse/
- Instagram: @gesundheitskasse_at.
- YouTube: www.youtube.com/c/österreichischegesundheitskasse

Praktische (Gesundheits-)Tipps, Geschichten über die ÖGK und ihre 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Rezepte und interaktive Elemente wie Umfragen oder Quizzes warten auf Sie. Wir sind eine wachsende Community – seien Sie ein Teil davon. Wir freuen uns über Ihre Likes, Shares und Kommentare!

Ihr Wunschtermin bei der ÖGK
Einfach, schnell, sicher: Die Versicherten der ÖGK haben die Möglichkeit, persönliche Beratungstermine in den meisten Kundenservicestellen online zu vereinbaren. Diese Möglichkeit besteht für das Thema e-card mit Foto sowie für leistungsrechtliche Fragen zum Krankenstand, zur Mitversicherung, zur Rezeptgebührenbefreiung oder zu Schwangerschaft und Geburt. Der große Vorteil für Sie: Allfällige Wartezeiten werden vermieden, Ihre Beraterin bzw. Ihr Berater steht Ihnen sofort zur Verfügung. Und sollte einmal etwas dazwischenkommen, können Sie den Termin ganz einfach online wieder stornieren.

Wählen Sie auf der Seite www.gesundheitskasse.at/termin einfach Ihren Wunschtermin für Ihr Anliegen aus. Bei der ersten Buchung eines Termins müssen Sie einmalig ein Kundenprofil anlegen.

Online-Service und App: Meine ÖGK
Anträge stellen, Bestätigungen ausdrucken, Informationen abrufen – wo früher viel Papier und weite Wege notwendig waren, kommt heute Meine ÖGK zum Einsatz. Das umfangreiche 24-Stunden-Service steht allen Versicherten der ÖGK kostenlos zur Verfügung.

Über Meine ÖGK können Sie bequem Ihre Anliegen rund um die Krankenversicherung erledigen.

- Rechnungen von Wahlärztinnen oder Wahlärzten einreichen
- Kostenerstattungen anzeigen
- Versicherungszeiten einsehen (Versicherungsdatenauszug)

- Kinderbetreuungsgeld beantragen
- Selbstversicherung beantragen
- Kur-, Erholungs- bzw. Rehabilitationsantrag einreichen
- Bezahlte Rezeptgebühren anzeigen
- Krankenbehandlungen anzeigen
- Pensionskonto abfragen und noch viel mehr

Ihre persönlichen Daten sind durch neueste Sicherheitsstandards geschützt. Für eine Anmeldung bei Meine ÖGK (www.meineoegk.at) benötigen Sie die ID Austria.
Nähere Infos zu ID Austria erhalten Sie auf www.oesterreich.gv.at/id-austria/.

Meine ÖGK gibt es auch als App. Finden Sie Ärztinnen, Ärzte und Apotheken in Ihrer Nähe, buchen Sie Termine online oder kontaktieren Sie uns - einfach QR-Code scannen und Meine ÖGK-App herunterladen.

Ombudsstelle

Wenn man krank ist, ist rasche und unbürokratische Hilfe wichtig. Die Ombudsstellen der ÖGK in den Bundesländern sind Ihre Anlaufstellen, wenn Sie Rat und Unterstützung suchen. Sie vermitteln bei Missverständnissen und Unstimmigkeiten und arbeiten eng mit anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen zusammen, um zufriedenstellende Lösungen für alle Beteiligten zu finden. Ziel ist hohe Servicequalität für Versicherte auf Basis gesetzlicher Bestimmungen und medizinischer Entscheidungen. Auch mit Anregungen, Feedback und Lob sind Sie hier richtig. Die Ombudsstelle für Ihr Bundesland finden Sie unter www.gesundheitskasse.at/ombudsstelle.

Unterstützungsfonds

Hilfe in Notlagen: Die ÖGK möchte Menschen in finanziellen Notlagen helfen und bietet deshalb freiwillige Zuschüsse aus dem Unterstützungsfonds (U-Fonds) an. Bei finanziellen Belastungen im Zusammenhang mit einer Krankheit oder medizinischen Behandlung, die zu einer Kassenleistung führt, können Versicherte einen Zuschuss beantragen. Dabei werden die Familien- und Einkommens- und Vermögensverhältnisse der betroffenen Person berücksichtigt.

Für einen Zuschuss aus dem Unterstützungsfonds ist ein schriftlicher

PeopleImages.com - Yuri A / shutterstock.com

Antrag notwendig, dem entsprechende Unterlagen beizulegen sind.

Wesentlich sind unter anderem die Einkommensnachweise von allen im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen (z. B. Lohn- und Gehaltszettel, Pensionsnachweis) sowie Rechnungen und Kostenvoranschläge.

Nähere Informationen zum Unterstützungsfonds erhalten Sie in unseren Kundenservicestellen sowie unter www.gesundheitskasse.at.

ELGA – die elektronische Gesundheitsakte

Die elektronische Gesundheitsakte ELGA vernetzt Gesundheitsdaten, die im Gesundheitssystem an verschiedenen Stellen bestehen. Das bedeutet, dass die Gesundheitsdaten nicht zentral gespeichert werden, sondern lediglich die Information, dass entsprechende Gesundheitsdaten zur Verfügung stehen und von berechtigten Gesundheitsdiensteanbietern (niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Labore etc.) abgerufen werden können. Die Datensicherheit ist jederzeit gewährleistet: Der Zugriff auf ELGA-Daten unterliegt strengsten Zugangsbeschränkungen, der Datentransport erfolgt ausschließlich verschlüsselt. Die Kommunikation zwischen den ELGA-Gesundheitsdiensteanbietern muss über eigene Gesundheitsnetze erfolgen. Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit, über das ELGA-Zugangsportal www.gesundheit.gv.at ihre eigenen Gesundheitsdaten einzusehen – durch ID Austria ist das jederzeit und überall möglich. Sie überblicken außerdem, wer welche Daten angesehen hat, können Datenzugriffe steuern und außerdem Dokumentenverweise löschen. Es besteht die Möglichkeit, der Teilnahme an ELGA ganz oder auch teilweise zu widersprechen.

ELGA bietet Patientinnen und Patienten schnelle und unkomplizierte Hilfe: Behandelnde Ärztinnen und Ärzte, Spitäler, Apotheken oder Pflegeeinrichtungen sind dank ELGA in der Lage, rasch und unkompliziert Vorbefunde, Entlassungsberichte oder aktuell eingenommene Medikamente von Versicherten einzusehen. Diese Informationen unterstützen die medizinische, pflegerische oder therapeutische Behandlung und Betreuung – vor allem dann, wenn mehrere Gesundheitseinrichtungen oder Berufsgruppen für eine Behandlung zusammenarbeiten. Die großen Vorteile: Ärztinnen und Ärzten stehen auf einfachem und schnellem Weg Informationen für eine bestmögliche Behandlung zur Verfügung. Das gilt auch bei Notfällen. Zudem können Doppel- oder gar Mehrfachuntersuchungen vermieden werden.

ELGA ist ein gemeinsames Projekt von Bund, Ländern und der österreichischen Sozialversicherung. Weitere Informationen erhalten Sie unter www.elga.gv.at.

e-Medikation

Wer mehrere Medikamente gleichzeitig einnehmen muss, kann schon einmal die Übersicht verlieren. Das kann aber mitunter gefährlich sein, denn manche Wirkstoffe haben Wechselwirkungen – sei es bei rezeptpflichtigen Arzneimitteln oder auch rezeptfreien Produkten.

Die e-Medikation ist ein Teil von ELGA und erhöht die Sicherheit bei der Einnahme von Medikamenten. Sowohl die Patientin oder der Patient selbst als auch Ärztinnen und Ärzte, Ambulanzen oder Spitäler haben damit einen aktuellen Überblick über verordnete und in der Apotheke abgegebene Medikamente – auch wechselwirkungsrelevante rezeptfreie Arzneimittel.

Ärztinnen und Ärzte sehen auf einen Blick, welche Präparate andere Ärztinnen und Ärzte bereits verordnet haben und in der Apotheke abgeholt wurden. Die Apotheken können ebenfalls zugreifen und so eine bessere Beratung beim zusätzlichen Kauf von rezeptfreien Medikamenten anbieten.

Denn mangelnde Informationen über den Medikamentenstatus von Patientinnen und Patienten können zu Mehrfachverordnungen, unerwünschten Wechselwirkungen durch die Inhaltsstoffe oder zu einer Überdosierung der Wirkstoffe führen. Wichtig ist dabei, dass dafür in der Apotheke die e-card gesteckt wird. Nur dann können rezeptfreie Medikamente in der e-Medikationsliste auch gespeichert werden.

e-Impfpass

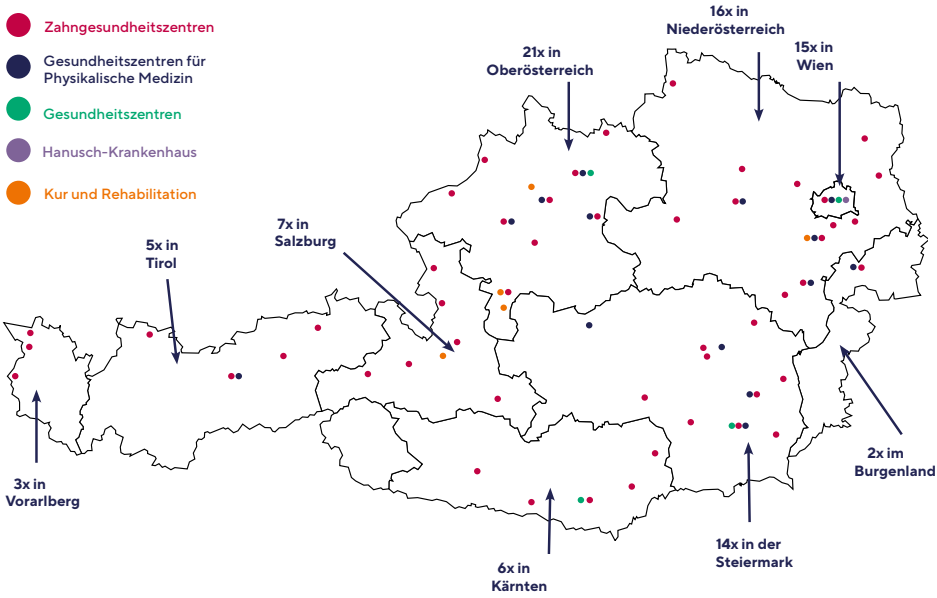
Der Wechsel vom Krankenschein zur e-card hat es vorgemacht – nun soll auch der Papier-Impfpass langfristig der Vergangenheit angehören. Mit dem e-Impfpass erhält jede Bürgerin und jeder Bürger ein Instrument zur Gesundheitsvorsorge, das ihre oder seine Impfungen dokumentiert und personalisierte Impfempfehlungen liefert. Die Impfdaten werden in einem zentralen österreichischen Impfregister gespeichert.

e-Rezept

Das Einlösen eines Rezeptes in der Apotheke ist ohne Papierrezept möglich. Mit dem Stecken der e-card, dem Scan des QR-Codes oder der Eingabe der e-Rezept-ID in der Apotheke wird die verschriebene Medikation automatisch abgerufen. Dadurch können das e-Rezept eingelöst und die damit verbundene Rezeptgebühr erfasst werden. Auf Wunsch bekommen Patientinnen und Patienten ihr Rezept in den Ordinationen aber weiter auf Papier ausgedruckt. Ein großer Vorteil des e-Rezeptes: Die Anrechnung der Rezeptgebühren auf das Rezeptgebührenkonto erfolgt tagesaktuell. Schon am Tag nach Überschreiten der Rezeptgebührenobergrenze sind Patientinnen und Patienten von der Rezeptgebühr befreit.

Meine Gesundheitseinrichtungen

Die ÖGK betreibt 89 eigene Gesundheitseinrichtungen in ganz Österreich. 4.800 hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Pflegekräfte, Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Technikerinnen und Techniker sowie Verwaltungskräfte leisten einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Versorgung der Menschen in Österreich. Die Gesundheitseinrichtungen der ÖGK stehen Versicherten aller Kassen zur Verfügung.



Meine Zahngesundheitszentren

Die **61 Zahngesundheitszentren** bieten österreichweit modernste Zahnmedizin an und sind technisch bestens ausgestattet. Ihr Angebot reicht von Mundhygiene über die konservative Zahnbehandlung bis zu Prothesen, Implantaten und Kieferorthopädie. Im Notfall helfen die Zahngesundheitszentren den Patientinnen und Patienten rasch und kompetent.

www.gesundheitskasse.at/zgz

Mein Hanusch-Krankenhaus

Das **Hanusch-Krankenhaus** in Wien-Penzing ist ein modernes Schwerpunktkrankenhaus. Zehn Abteilungen mit zahlreichen Stationen, Ambulanzen und Tageskliniken sowie Instituten und Zentren bieten Spitzenmedizin an. Zudem sind am Krankenhaus auch Forschungseinrichtungen für Augenheilkunde, Kardiologie, Hämatologie und Osteologie angesiedelt. Im Hanusch-Krankenhaus der ÖGK werden jährlich rund 200.000 Patientinnen und Patienten betreut und rund 20.000 Operationen nach modernsten medizinischen Standards durchgeführt.

Bettenführende Abteilungen im Hanusch-Krankenhaus:

- Innere Medizin (1. Medizinische Abteilung)
- Kardiologie (2. Medizinische Abteilung)
- Hämatologie und Onkologie (3. Medizinische Abteilung)
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Augenheilkunde
- Chirurgie und Gefäßchirurgie
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Gynäkologie
- Orthopädie und Traumatologie
- Urologie

www.hanusch-krankenhaus.at

Meine Gesundheitszentren

In den **7 Gesundheitszentren** in Wien, Linz, Klagenfurt und Graz arbeiten Expertinnen und Experten aus vielen verschiedenen Fachrichtungen unter einem Dach zusammen. Das Angebot reicht von der Augenheilkunde bis zum Wundmanagement. Vorsorgemedizin ist uns besonders wichtig. Die Wiener Gesundheitszentren arbeiten eng mit dem Hanusch-Krankenhaus zusammen, um eine durchgehende medizinische Behandlung über verschiedene Ebenen hinweg zu gewährleisten.

www.gesundheitskasse.at/gz

Übersicht über das Angebot der Gesundheitszentren

Angebot	Landstraße	Mariahilf
Allgemeinmedizin	✓	✓
Augenheilkunde	✓	✓
Chirurgie		
Dermatologie	✓	✓
Diabetes	✓	✓
Endoskopie		✓
Ernährungsberatung	✓	✓
Gastroenterologie		✓
Gefäßmedizin	✓	✓
Gynäkologie	✓	✓
Hämatologie	✓	✓
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	✓	✓
Innere Medizin		✓
Interdisziplinäre Onkologische Nachsorge-Ambulanz		✓
Jugendlichenuntersuchung		✓
Kardiologie	✓	✓
Kinderheilkunde		
Kinder- und Jugendpsychotherapie		✓
Labor	✓	✓
Logopädie		
Lungenheilkunde		✓
Mutter-Kind-Pass-Stelle		
Neurologie		✓
Nuklearmedizin		
Orthopädie		✓
Osteokogie-Endokrinologie		
Psychiatrie		✓
Psychotherapie	✓	✓
Radiologie		✓
Rheumatologie		✓
Schilddrüse	✓	
Urologie	✓	✓
Vorsorgeuntersuchung	✓	✓
Wundmanagement	✓	

*Leistungen werden über die Innere Medizin angeboten.
**Leistungen werden über die Chirurgie angeboten.

Favoriten	Floridsdorf	Graz	Klagenfurt	Linz
✓	✓			
✓	✓	✓		
✓		✓		
✓	✓	✓		
✓	✓	✓*	✓*	
✓		✓	✓*	
✓	✓	✓*		
✓		✓	✓*	
✓	✓	✓**		
✓	✓	✓		
	✓	✓*		
✓	✓	✓		
✓	✓	✓	✓*	
		✓		
✓	✓	✓*	✓*	
✓	✓			
✓	✓	✓	✓*	
	✓			
✓		✓*		
		✓		
✓	✓	✓		
✓		✓*		
	✓	✓		
	✓			✓
✓	✓	✓	✓	
	✓	✓		
✓		✓*	✓*	
✓	✓	✓		
✓	✓	✓	✓	✓
✓	✓	✓		

Meine Gesundheitszentren für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Die **15 Gesundheitszentren für Physikalische Medizin und Rehabilitation** unterstützen die Patientinnen und Patienten, durch Verbesserung ihrer Beweglichkeit und Kraft wieder möglichst schmerzfrei und selbstständig leben zu können. Es kommen immer auf den Patienten oder die Patientin individuell abgestimmte Behandlungskonzepte zum Einsatz. Die Bandbreite reicht von der Bewegungstherapie in der Gruppe über die Elektrotherapie und manuelle Therapie bis zur Einzelheilgymnastik und medizinischen Trainingstherapie. Im Gesundheitszentrum Neubau in Wien bietet die ÖGK Multimodale Schmerztherapie an. In Oberösterreich und Innsbruck besteht zusätzlich ein ergotherapeutisches und logopädisches Angebot. In Oberösterreich ist auch eine ambulante Rehabilitation möglich.

www.gesundheitskasse.at/pmr

Meine Gesundheitszentren für Erholung, Gesundheitsvorsorge Aktiv, Kur und Rehabilitation

In den **5 Gesundheitszentren für Erholung, Gesundheitsvorsorge Aktiv, Kur und Rehabilitation** finden die Patientinnen und Patienten einfühlsame und kompetente Unterstützung, um neue Kräfte zu sammeln. Spezialangebote richten sich an pflegende Angehörige und gehörlose Menschen.
www.gesundheitskasse.at/kur-reha

An den 5 Standorten steht ein breites, aber unterschiedliches Angebot zur Verfügung:

Mein Peterhof, Baden

- Stationäre Rehabilitation Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie
- Stationäre Pneumologische Rehabilitation, z. B. Long-Covid-Syndrom mit Atembeschwerden
- Ambulante Rehabilitation: Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie

© Alexandra Kromus

Mein Gesundheitszentrum Linzerheim, Bad Schallerbach

- Gesundheitsvorsorge aktiv (GVA)
- Kur für Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie
- Stationäre Raucherentwöhnung
- ANNA - Angehörige nehmen Auszeit: Erholung für pflegende Angehörige

Mein Gesundheitszentrum Tisserand, Bad Ischl

Erholungsaufenthalte:

- nach Operationen und schweren Erkrankungen
- nach Krebstherapien
- bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates z.B. nach Operationen und Verletzungen, bei Arthrose, Rheuma oder Osteoporose
- bei Erschöpfungszuständen
- Kur für gehörlose Menschen (Team beherrscht Gebärdensprache)
- ANNA – Angehörige nehmen Auszeit: Erholung für pflegende Angehörige
- EMMA – Eltern mit Kind machen Auszeit: Erholung für Eltern von Kindern mit Beeinträchtigung mit Kinderbetreuung in den Sommermonaten

Mein Gesundheitszentrum Hanuschhof, Bad Goisern

- Gesundheitsvorsorge aktiv (GVA)
- Kur bei chronischem Schmerzsyndrom
- Kur zur Burnout-Prophylaxe
- Kur und Erholung bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, z.B. nach Operationen oder Verletzungen und Rheuma
- ANNA - Angehörige nehmen Auszeit: Erholung für pflegende Angehörige
- Ambulante multimodale physikalische Therapien nach Operationen, z.B. Hüft- oder Knieendoprothesen

Mein Gesundheitszentrum Goldegg

Erholungsaufenthalte:

- nach Operationen
- nach Krebstherapien
- bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, z.B. nach Operationen und Verletzungen, bei Arthrose, Rheuma oder Osteoporose
- bei Erschöpfungszuständen, z.B. behandelte Depressionen, Angststörungen, Post-/Long-Covid-Syndrom
- bei Stoffwechselerkrankungen, z.B. Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen

Andrew Phelps

Meine Gesundheitseinrichtungen und Kundenservicestellen

Von Jennersdorf bis Dornbirn, von Mistelbach bis Hermagor: Die ÖGK ist überall im Land für Sie da – und immer in Ihrer Nähe. Auf den folgenden Seiten finden Sie die Adressen und Telefonnummern der Kundenservicestellen und Gesundheitseinrichtungen der ÖGK auf einen Blick, übersichtlich gegliedert nach Bundesländern und Postleitzahlen. Kontaktieren Sie uns, wenn Sie Hilfe und Beratung brauchen!

WIEN

Mein Zahngesundheitszentrum Innere Stadt **1010** Wien, Renngasse 15	Tel. +43 5 0766-1140400
Kundenservice Leopoldstadt **1020** Wien, Lassallestraße 9b	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Gesundheitszentrum Landstraße **1030** Wien, Strohgasse 28	Tel. +43 5 0766-1140300
Mein Zahngesundheitszentrum Landstraße **1030** Wien, Strohgasse 28	Tel. +43 5 0766-1140360
Mein Gesundheitszentrum Mariahilf **1060** Wien, Mariahilfer Straße 85-87	Tel. +43 5 0766-1140600
Kundenservice Mariahilf **1060** Wien, Mariahilfer Straße 85-87	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Zahngesundheitszentrum Mariahilf **1060** Wien, Mariahilfer Straße 85-87	Tel. +43 5 0766-1140759 Tel. +43 5 0766-1140760
Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Neubau **1070** Wien, Andreasgasse 3	Tel. +43 5 0766-1115070

Mein Gesundheitszentrum Favoriten **1100** Wien, Wienerbergstraße 13	Tel. +43 5 0766-111722
Kundenservice Favoriten **1100** Wien, Ada-Christen-Gasse 12	Tel. +43 5 0766-118000
Kundenservice Wienerberg **1100** Wien, Wienerbergstraße 15-19	Tel. +43 5 0766-110
Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Favoriten **1100** Wien, Wienerbergstraße 13	Tel. +43 5 0766-114290
Mein Zahngesundheitszentrum Favoriten **1100** Wien, Wienerbergstraße 13	Tel. +43 5 0766-114291
Kundenservice Simmering **1110** Wien, Guglgasse 8, Gasometer B	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Zahngesundheitszentrum Simmering **1110** Wien, Herbortgasse 22	Tel. +43 5 0766-1140100
Kundenservice Meidling **1120** Wien, Schönbrunner Schloßstraße 2, Tür 201	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Hanusch-Krankenhaus **1140** Wien, Heinrich-Collin-Straße 30	Tel. +43 1 910 21
Kundenservice Penzing **1140** Wien, Hütteldorfer Straße 112	Tel. +43 5 0766-118000

Mein Zahngesundheitszentrum Hernals **1170** Wien, Rhigasgasse 8	Tel. +43 5 0766-1140150
Kundenservice Döbling **1190** Wien, Heiligenstädter Straße 31	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Gesundheitszentrum Floridsdorf **1210** Wien, Karl-Aschenbrenner-Gasse 3	Tel. +43 5 0766-1140200
Kundenservice Floridsdorf **1210** Wien, Franz-Jonas-Platz 11	Tel. +43 5 0766-118000
Mein Zahngesundheitszentrum Floridsdorf **1210** Wien, Karl-Aschenbrenner-Gasse 3	Tel. +43 5 0766-1140260
Kundenservice Aspern **1220** Wien, Erzherzog-Karl-Straße 250	Tel. +43 5 0766-118000
Kundenservice Kagran **1220** Wien, Kagraner Platz 1	Tel. +43 5 0766-118000
Kundenservice Kinderbetreuungsgeld Wien **1220** Wien, Kagraner Platz 1	Tel. +43 5 0766-1114070
Mein Zahngesundheitszentrum Liesing **1230** Wien, Dr.-Neumann-Gasse 9	Tel. +43 5 0766-1187830

NIEDERÖSTERREICH

Kundenservice Stockerau **2000** Stockerau, Parkgasse 17	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Hollabrunn **2020** Hollabrunn, Pfarrgasse 11	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Korneuburg **2100** Korneuburg, Bankmannring 22	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Mistelbach **2130** Mistelbach, Roseggerstraße 46	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Mistelbach **2130 Mistelbach, Roseggerstraße 46**	**Tel. +43 5 0766-121360**
Kundenservice Gänserndorf **2230** Gänserndorf, Umfahrungsstraße Nord 3	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Gänserndorf **2230 Gänserndorf, Umfahrungsstraße Nord 3**	**Tel. +43 5 0766-120560**
Kundenservice Schwechat **2320** Schwechat, Sendnergasse 9	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Schwechat **2320 Schwechat, Sendnergasse 9**	**Tel. +43 5 0766-122360**
Kundenservice Mödling **2340** Mödling, Josef-Schleussner-Straße 4	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Mödling **2340 Mödling, Josef-Schleussner-Straße 4**	**Tel. +43 5 0766-121460**

Kundenservice Bruck an der Leitha
2460 Bruck an der Leitha, Stefaniegasse 4 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Peterhof Baden
2500 Baden, Sauerhofstraße 9-15 Tel. +43 2252 48177

Kundenservice Baden
2500 Baden, Vöslauer Straße 14 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Baden
2500 Baden, Vöslauer Straße 14 Tel. +43 5 0766-120275
Tel. +43 5 0766-120279

Mein Zahngesundheitszentrum Baden
2500 Baden, Vöslauer Straße 14 Tel. +43 5 0766-120260

Kundenservice Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Stockhammergasse 23 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Zahngesundheitszentrum Neunkirchen
2620 Neunkirchen, Stockhammergasse 23 Tel. +43 5 0766-121560

Kundenservice Wr. Neustadt
2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Wr. Neustadt
2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 Tel. +43 5 0766-122275

Mein Zahngesundheitszentrum Wr. Neustadt
2700 Wr. Neustadt, Wiener Straße 69 Tel. +43 5 0766-122260

Kundenservice St. Pölten
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin St. Pölten
3100 St. Pölten, Kremser Landstraße 3 Tel. +43 5 0766-126661
Tel. +43 5 0766-126669

Mein Zahngesundheitszentrum St. Pölten **3100** St. Pölten, Kremser Landstraße 3	Tel. +43 5 0766-121860
Kundenservice Lilienfeld **3180** Lilienfeld, Liese Prokop Straße 11	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Scheibbs **3270** Scheibbs, Bahngasse 1	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Amstetten **3300** Amstetten, Anzengruberstraße 8	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Amstetten **3300** Amstetten, Anzengruberstraße 8	Tel. +43 5 0766-120160
Kundenservice Waidhofen an der Ybbs **3340** Waidhofen an der Ybbs, Zelinkagasse 19	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Pöchlarn **3380** Pöchlarn, Regensburger Straße 21	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Klosterneuburg **3400** Klosterneuburg, Hermannstraße 6	Tel. +43 5 0766-126100
Kundenservice Tulln **3430** Tulln, Zeiselweg 2-6	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Tulln **3430** Tulln, Zeiselweg 2-6	Tel. +43 5 0766-122060
Kundenservice Krems **3500** Krems, Dr.-Josef-Maria-Eder-Gasse 3	Tel. +43 5 0766-126100
Mein Zahngesundheitszentrum Krems **3500** Krems, Dr.-Josef-Maria-Eder-Gasse 3	Tel. +43 5 0766-121060

Kundenservice Horn
3580 Horn, Hopfengartenstraße 21/2 Tel. +43 5 0766-126100

Kundenservice Waidhofen an der Thaya
3830 Waidhofen an der Thaya,
Raiffeisenpromenade 2E/1b Tel. +43 5 0766-126100

Kundenservice Zwettl
3910 Zwettl, Weitraer Straße 15 Tel. +43 5 0766-126100

Kundenservice Gmünd
3950 Gmünd, Hamerlinggasse 25 Tel. +43 5 0766-126100

Mein Zahngesundheitszentrum Gmünd
3950 Gmünd, Hamerlinggasse 25 Tel. +43 5 0766-120660

OBERÖSTERREICH

Kundenservice Weyer
3335 Weyer, Marktplatz 8 Tel. +43 5 0766-14323970

Mein Gesundheitszentrum Linz
4020 Linz, Garnisonstraße 1a Tel. +43 5 0766-14503100

Kundenservice Linz
4020 Linz, Gruberstraße 77 Tel. +43 5 0766-14

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin und Rehabilitation Linz
4020 Linz, Garnisonstraße 1a Tel. +43 5 0766-14503100

Mein Zahngesundheitszentrum Linz
4020 Linz, Derfflingerstraße 2a Tel. +43 5 0766-14103300

Mein Zahngesundheitszentrum für Kinder und Jugendliche Linz
4020 Linz, Garnisonstraße 1a — Tel. +43 5 0766-14103400

Mein Zahngesundheitszentrum Linz Voest
4020 Linz, Stahlstraße 2-4 — Tel. +43 5 0766-14253300

Kundenservice Linz Kleinmünchen
4030 Linz, Zeppelinstraße 60 — Tel. +43 5 0766-14233700

Mein Zahngesundheitszentrum Linz Kleinmünchen
4030 Linz, Zeppelinstraße 60 — Tel. +43 5 0766-14233300

Kundenservice Linz Urfahr
4040 Linz, Hauptstraße 16-18 — Tel. +43 5 0766-14243900

Kundenservice Traun
4050 Traun, Bahnhofstraße 15 — Tel. +43 5 0766-14353900

Kundenservice Eferding
4070 Eferding, Stephan-Fadinger-Straße 4 — Tel. +43 5 0766-14143900

Kundenservice Rohrbach
4150 Rohrbach, Stadtplatz 16 — Tel. +43 5 0766-14303900

Kundenservice Bad Leonfelden
4190 Bad Leonfelden, Ringstraße 77 — Tel. +43 5 0766-14243970

Kundenservice Gallneukirchen
4210 Gallneukirchen, Reichenauerstraße 1a, 1. OG — Tel. +43 5 0766-14243970

Kundenservice Steyregg
4221 Steyregg, Weißenwolffstraße 3, 1. OG — Tel. +43 5 0766-14243970

Kundenservice Pregarten
4230 Pregarten, Tragweiner Straße 29 — Tel. +43 5 0766-14283900

Kundenservice Freistadt **4240** Freistadt, Sankt-Peter-Straße 6	Tel. +43 5 0766-14163900
Mein Zahngesundheitszentrum Freistadt **4240 Freistadt, Sankt-Peter-Straße 6**	**Tel. +43 5 0766-14163300**
Kundenservice Perg **4320** Perg, Gartenstraße 14	Tel. +43 5 0766-14273900
Kundenservice Grein **4360** Grein, Rathausgasse 1	Tel. +43 5 0766-14273970
Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin und Rehabilitation Steyr **4400 Steyr, Sepp-Stöger-Straße 11**	**Tel. +43 5 0766-14323100**
Mein Zahngesundheitszentrum Steyr Automotive **4400 Steyr, Schönauerstraße 5**	**Tel. +43 5 0766-14333300**
Mein Zahngesundheitszentrum Steyr **4400 Steyr, Sepp-Stöger-Straße 11**	**Tel. +43 5 0766-14323300**
Kundenservice Steyr **4400** Steyr, Sepp-Stöger-Straße 11	Tel. +43 5 0766-14323900
Kundenservice Losenstein **4460** Losenstein, Eisenstraße 45	Tel. +43 5 0766-14323970
Kundenservice Großraming **4463** Großraming, Kirchenplatz 1	Tel. +43 5 0766-14323970
Kundenservice Enns **4470** Enns, Linzer Straße 21	Tel. +43 5 0766-14153900
Kundenservice Neuhofen an der Krems **4501** Neuhofen an der Krems, Sportallee 58	Tel. +43 5 0766-14353970
Kundenservice Bad Hall **4540** Bad Hall, Kirchenstraße 11	Tel. +43 5 0766-14113900

Kundenservice Kremsmünster
4550 Kremsmünster, Linzer Straße 7 Tel. +43 5 0766-14193970

Kundenservice Kirchdorf an der Krems
4560 Kirchdorf an der Krems,
Steiermärker Straße 30 Tel. +43 5 0766-14193900

Kundenservice Windischgarsten
4580 Windischgarsten, Hauptstraße 5 Tel. +43 5 0766-14193970

Kundenservice Wels
4600 Wels, Hans-Sachs-Straße 4 Tel. +43 5 0766-14373900

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin und Rehabilitation Wels
4600 Wels, Hans-Sachs-Straße 4 **Tel. +43 5 0766-14373100**

Mein Zahngesundheitszentrum Wels
4600 Wels, Hans-Sachs-Straße 4 **Tel. +43 5 0766-14373300**

Kundenservice Lambach
4650 Lambach, Salzburger Straße 16 Tel. +43 5 0766-14203900

Kundenservice Laakirchen
4663 Laakirchen, Rathausplatz 1 Tel. +43 5 0766-14173970

Kundenservice Schwanenstadt
4690 Schwanenstadt, Stadtplatz 54 Tel. +43 5 0766-14363970

Mein Gesundheitszentrum Linzerheim Bad Schallerbach
4701 Bad Schallerbach, Grieskirchner Straße 6 **Tel. +43 5 0766-14425500**

Kundenservice Grieskirchen
4710 Grieskirchen, Trattnach-Arkade 1 Tel. +43 5 0766-14183900

Kundenservice Peuerbach
4722 Peuerbach, Rathausplatz 1 Tel. +43 5 0766-14183970

Kundenservice Schärding **4780** Schärding, Max-Hirschenauer-Straße 18	Tel. +43 5 0766-14313900
Mein Zahngesundheitszentrum Schärding **4780** Schärding, Max-Hirschenauer-Straße 18	Tel. +43 5 0766-14313300
Kundenservice Ebensee **4802** Ebensee, Hauptstraße 34	Tel. +43 5 0766-14383900
Kundenservice Gmunden **4810** Gmunden, Miller-von-Aichholz-Straße 46	Tel. +43 5 0766-14173900
Mein Zahngesundheitszentrum Gmunden **4810** Gmunden, Miller-von-Aichholz-Straße 46	Tel. +43 5 0766-14173300
Mein Gesundheitszentrum Tisserand Bad Ischl **4820** Bad Ischl, Kaltenbachstraße 31	Tel. +43 5 0766-14415500
Kundenservice Bad Ischl **4820** Bad Ischl, Bahnhofstraße 12	Tel. +43 5 0766-14383900
Mein Zahngesundheitszentrum Bad Ischl **4820** Bad Ischl, Bahnhofstraße 12	Tel. +43 5 0766-14383300
Mein Gesundheitszentrum Hanuschhof Bad Goisern **4822** Bad Goisern, Unterjoch 18	Tel. +43 5 0766-14405500
Kundenservice Bad Goisern **4822** Bad Goisern, Untere Marktstraße 1	Tel. +43 5 0766-14383900
Kundenservice Gosau **4824** Gosau, Vordertalstraße 30	Tel. +43 5 0766-14383900
Kundenservice Vöcklabruck **4840** Vöcklabruck, Franz-Schubert-Straße 31	Tel. +43 5 0766-14363900

**Mein Gesundheitszentrum für
Physikalische Medizin und Rehabilitation Vöcklabruck**
4840 Vöcklabruck, Franz-Schubert-Straße 31 Tel. +43 5 0766-14363100

Mein Zahngesundheitszentrum Vöcklabruck
4840 Vöcklabruck, Franz-Schubert-Straße 31 Tel. +43 5 0766-14363300

Kundenservice Ried
4910 Ried, Marktplatz 3 Tel. +43 5 0766-14293900

Kundenservice Ostermiething
5121 Ostermiething, Bergstraße 30 Tel. +43 5 0766-14393970

Kundenservice Mattighofen
5230 Mattighofen, Brauereistraße 8a Tel. +43 5 0766-14263900

Kundenservice Braunau
5280 Braunau am Inn, Jahnstraße 1 Tel. +43 5 0766-14393900

Mein Zahngesundheitszentrum Braunau
5280 Braunau am Inn, Jahnstraße 1 Tel. +43 5 0766-14393300

Kundenservice Mondsee
5310 Mondsee, Kirchengasse 16 Tel. +43 5 0766-14363970

SALZBURG

Kundenservice Salzburg **5020** Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10	Tel. +43 5 0766-178000
Mein Zahngesundheitszentrum Salzburg **5020** Salzburg, Engelbert-Weiß-Weg 10	Tel. +43 5 0766-175555
Kundenservice Hallein **5400** Hallein, Burgfriedstraße 2	Tel. +43 5 0766-178200
Mein Zahngesundheitszentrum Hallein **5400** Hallein, Burgfriedstraße 2	Tel. +43 5 0766-178282
Kundenservice Bischofshofen **5500** Bischofshofen, Gasteinerstraße 29	Tel. +43 5 0766-178300
Mein Zahngesundheitszentrum Bischofshofen **5500** Bischofshofen, Gasteinerstraße 29	Tel. +43 5 0766-178383
Kundenservice Tamsweg **5580** Tamsweg, Bahnhofstraße 7	Tel. +43 5 0766-178574
Mein Zahngesundheitszentrum Tamsweg **5580** Tamsweg, Bahnhofstraße 7	Tel. +43 5 0766-178586
Mein Gesundheitszentrum Goldegg **5622** Goldegg im Pongau, Hofmark 51a	Tel. +43 5 0766-175200
Kundenservice Zell am See **5700** Zell am See, Ebenbergstraße 3	Tel. +43 5 0766-178450
Mein Zahngesundheitszentrum Zell am See **5700** Zell am See, Ebenbergstraße 3	Tel. +43 5 0766-178484
Mein Zahngesundheitszentrum Mittersill **5730** Mittersill, Felberstraße 1	Tel. +43 5 0766-178601

TIROL

Mein Gesundheitszentrum für Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie Innsbruck
6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 8
Tel. +43 5 0766-182003
Tel. +43 5 0766-182004

Kundenservice Innsbruck
6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 2
Tel. +43 5 0766-180
Tel. +43 5 0766-182004

Mein Zahngesundheitszentrum Innsbruck
6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 8
Tel. +43 5 0766-182200

Kundenservice Schwaz
6130 Schwaz, Ullreichstraße 1a
Tel. +43 5 0766-183512

Mein Zahngesundheitszentrum Schwaz
6130 Schwaz, Postgasse 2
Tel. +43 5 0766-183541

Kundenservice Zell am Ziller
6280 Zell am Ziller, Aufeld 1b
Tel. +43 5 0766-183112

Kundenservice Wörgl
6300 Wörgl, Poststraße 6c
Tel. +43 5 0766-183612

Mein Zahngesundheitszentrum Wörgl
6300 Wörgl, Poststraße 6c
Tel. +43 5 0766-183641

Kundenservice Kufstein
6330 Kufstein, Kronthalerstraße 4
Tel. +43 5 0766-183712

Kundenservice Kitzbühel
6370 Kitzbühel, Achenweg 16
Tel. +43 5 0766-183812

Kundenservice Telfs
6410 Telfs, Untermarktstraße 48
Tel. +43 5 0766-183132

Kundenservice Imst
6460 Imst, Dr.-Carl-Pfeiffenberger-Straße 24 Tel. +43 5 0766-183312

Kundenservice Landeck
6500 Landeck, Fischerstraße 40 Tel. +43 5 0766-183412

Kundenservice Reutte
6600 Reutte, Dr.-Machenschalk-Straße 1 Tel. +43 5 0766-183212

Mein Zahngesundheitszentrum Reutte
6600 Reutte, Dr.-Machenschalk-Straße 1 **Tel. +43 5 0766-183241**

Kundenservice Lienz
9900 Lienz, Bründlangerweg 1 Tel. +43 5 0766-183912

VORARLBERG

Kundenservice Bludenz
6700 Bludenz, Bahnhofstraße 12 Tel. +43 5 0766-194420

Kundenservice Schruns
6780 Schruns, Veltlinerweg 5 Tel. +43 5 0766-196422

Kundenservice Feldkirch
6800 Feldkirch, Bahnhofstraße 30 Tel. +43 5 0766-193420

Mein Zahngesundheitszentrum Feldkirch
6800 Feldkirch, Bahnhofstraße 30 **Tel. +43 5 0766-193810**

Kundenservice Dornbirn
6850 Dornbirn, Jahngasse 4 Tel. +43 5 0766-190

Mein Zahngesundheitszentrum Dornbirn
6850 Dornbirn, Jahngasse 4 **Tel. +43 5 0766-191810**

Kundenservice Egg
6863 Egg, Bundesstraße 1039 Tel. +43 5 0766-195421

Kundenservice Bregenz
6900 Bregenz, Heldendankstraße 10 Tel. +43 5 0766-192420

Mein Zahngesundheitszentrum Bregenz
6900 Bregenz, Heldendankstraße 10 **Tel. +43 5 0766-192810**

Kundenservice Hirschegg
6992 Hirschegg, Walserstraße 260 Tel. +43 5 0766-195415

BURGENLAND

Kundenservice Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5 Tel. +43 5 0766-130

Mein Gesundheitszentrum für
Physikalische Medizin und Rehabilitation Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5 **Tel. +43 5 0766-131960**

Mein Zahngesundheitszentrum Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße 5 **Tel. +43 5 0766-131980**

Kundenservice Neusiedl am See
7100 Neusiedl am See, Gartenweg 26 Tel. +43 5 0766-133200

Kundenservice Oberpullendorf
7350 Oberpullendorf, Gymnasiumstraße 15 Tel. +43 5 0766-133400

Kundenservice Oberwart
7400 Oberwart, Waldmüllergasse 1/1 Tel. +43 5 0766-133500

Kundenservice Güssing
7540 Güssing, Hauptplatz 1 Tel. +43 5 0766-133600

Kundenservice Jennersdorf
8380 Jennersdorf, Bahnhofring 5 Tel. +43 5 0766-133700

STEIERMARK

Mein Gesundheitszentrum Graz
8010 Graz, Friedrichgasse 18 Tel. +43 5 0766-158901

Kundenservice Graz
8010 Graz, Josef-Pongratz-Platz 1 Tel. +43 5 0766-153000

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Graz
8010 Graz, Friedrichgasse 18 Tel. +43 5 0766-155373

Mein Zahngesundheitszentrum Graz
8010 Graz, Friedrichgasse 18 Tel. +43 5 0766-155508

Kundenservice Frohnleiten
8130 Frohnleiten, Römerpark 3 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Weiz
8160 Weiz, Schubertgasse 2 Tel. +43 5 0766-157777

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Weiz
8160 Weiz, Schubertgasse 2 Tel. +43 5 0766-157895

Mein Zahngesundheitszentrum Weiz
8160 Weiz, Schubertgasse 2 Tel. +43 5 0766-157880

Kundenservice Hartberg
8230 Hartberg, Ressavarstraße 68 Tel. +43 5 0766-157777

Mein Zahngesundheitszentrum Hartberg **8230** Hartberg, Ressavarstraße 68	Tel. +43 5 0766-157380
Kundenservice Fürstenfeld **8280** Fürstenfeld, Hauptplatz 12	Tel. +43 5 0766-157777
Kundenservice Feldbach **8330** Feldbach, Ringstraße 25	Tel. +43 5 0766-157777
Mein Zahngesundheitszentrum Feldbach **8330** Feldbach, Ringstraße 25	Tel. +43 5 0766-157230
Kundenservice Leibnitz **8430** Leibnitz, Augasse 21	Tel. +43 5 0766-157777
Kundenservice Mureck **8480** Mureck, Rathaus/Stadtamt, Hauptplatz 30	Tel. +43 5 0766-157777
Kundenservice Deutschlandsberg **8530** Deutschlandsberg, Fabrikstraße 10	Tel. +43 5 0766-157777
Kundenservice Voitsberg **8570** Voitsberg, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 48	Tel. +43 5 0766-157777
Mein Zahngesundheitszentrum Köflach **8580** Köflach, Kärntner Straße 9	Tel. +43 5 0766-157530
Kundenservice Bruck an der Mur **8600** Bruck an der Mur, Dr.-Theodor-Körner-Straße 25	Tel. +43 5 0766-157777
Mein Zahngesundheitszentrum Bruck an der Mur **8600** Bruck an der Mur, Dr.-Theodor-Körner-Straße 25	Tel. +43 5 0766-157130
Kundenservice Kapfenberg **8605** Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11	Tel. +43 5 0766-157777

Mein Zahngesundheitszentrum Kapfenberg
8605 Kapfenberg, Friedrich-Böhler-Straße 11 Tel. +43 5 0766-157950

Kundenservice Mariazell
8630 Mariazell, Hermann-Geist-Platz 1 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Kindberg
8650 Kindberg, Vösendorfplatz 1 Tel. +43 5 0766-157777

Mein Gesundheitzentrum für Physikalische Medizin Kindberg
8650 Kindberg, Vösendorfplatz 1 Tel. +43 5 0766-157970

Kundenservice Mürzzuschlag
8680 Mürzzuschlag, Sparkassenplatz 3 Tel. +43 5 0766-157777

Mein Zahngesundheitszentrum Mürzzuschlag
8680 Mürzzuschlag, Sparkassenplatz 3 Tel. +43 5 0766-157780

Kundenservice Leoben
8700 Leoben, Mühltaler Straße 22 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Knittelfeld
8720 Knittelfeld, Friedensstraße 1 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Judenburg
8750 Judenburg, Burggasse 118 Tel. +43 5 0766-157777

Mein Zahngesundheitszentrum Judenburg
8750 Judenburg, Burggasse 118 Tel. +43 5 0766-157430

Kundenservice Eisenerz
8790 Eisenerz, Hammerplatz 1 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Trofaiach
8793 Trofaiach, Luchinettigasse 6 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Murau
8850 Murau, Bundesstraße 7 Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Liezen
8940 Liezen, Ausseer Straße 42a — Tel. +43 5 0766-157777

Mein Gesundheitszentrum für Physikalische Medizin Liezen
8940 Liezen, Ausseer Straße 42a — **Tel. +43 5 0766-157680**

Kundenservice Schladming
8970 Schladming, Vorstadtgasse 119 — Tel. +43 5 0766-157777

Kundenservice Bad Aussee
8990 Bad Aussee, Bahnhofstraße 237 — Tel. +43 5 0766-157777

KÄRNTEN

Mein Gesundheitszentrum Klagenfurt
9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8
Innere Medizin — Tel. +43 5 0766-165400
Vorsorgeuntersuchung — Tel. +43 5 0766-165440
Radiologie — Tel. +43 5 0766-165300

Mein Zahngesundheitszentrum Klagenfurt
9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8 — **Tel. +43 5 0766-165050**

Kundenservice Klagenfurt
9021 Klagenfurt am Wörthersee, Kempfstraße 8 — Tel. +43 5 0766-161000

Kundenservice Völkermarkt
9100 Völkermarkt, Seenstraße 2 — Tel. +43 5 0766-164700

Mein Zahngesundheitszentrum Völkermarkt
9100 Völkermarkt, Seenstraße 2 — **Tel. +43 5 0766-165200**

Kundenservice St. Veit an der Glan
9300 St. Veit an der Glan, Platz am Graben 4 — Tel. +43 5 0766-164600

Kundenservice Wolfsberg **9400** Wolfsberg, Roßmarkt 13	Tel. +43 5 0766-164800
Mein Zahngesundheitszentrum Wolfsberg **9400 Wolfsberg, Roßmarkt 13**	**Tel. +43 5 0766-165250**
Kundenservice Villach **9500** Villach, Zeidler-von-Görz-Straße 3	Tel. +43 5 0766-164400
Mein Zahngesundheitszentrum Villach **9500 Villach, Zeidler-von-Görz-Straße 3**	**Tel. +43 5 0766-165100**
Kundenservice Feldkirchen **9560** Feldkirchen, 10.-Oktober-Straße 24	Tel. +43 5 0766-164500
Kundenservice Hermagor **9620** Hermagor, Egger Straße 7	Tel. +43 5 0766-164300
Kundenservice Spittal an der Drau **9800** Spittal an der Drau, Feldstraße 1	Tel. +43 5 0766-164200
Mein Zahngesundheitszentrum Spittal **9800 Spittal an der Drau, Feldstraße 1**	**Tel. +43 5 0766-165150**

Medieninhaber, Herausgeber und Redaktion:
Österreichische Gesundheitskasse, Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
www.gesundheitskasse.at/impressum

Hersteller: ÖGK Hausdruckerei Wien
Wienerbergstraße 15-19, 1100 Wien
Druck: Samson Druck GmbH
Satz- und Druckfehler vorbehalten.

1_12_99/19_20.02.2025