

Information 2016

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse bietet Schutz und Sicherheit vom ersten Lebenstag bis ins hohe Alter. Überzeugen Sie sich selbst vom umfassenden Leistungsangebot der sozialen Krankenversicherung.

GESUNDHEIT IST UNSER ZIEL

ANSPRECHPARTNER

Leistungsangelegenheiten

Abteilungsleitung	1102	AL Christian Karner
	1101	AL Stv. Günter Wenzl
Auslandsbetreuungsscheine	1137	Angelika Strauß
Chefarzt	1050	Dr. Werner Krischka
Chefarzt-Stellvertreterin	1051	Dr. Susanne Reimann
Chefärztlicher Dienst, Sekretariat	1052	Maria Dogruer
E-Card	1198	Service-Hotline
Geldleistungen	1112	Doris Wesselich
Geldleistungen	1122	Sylvia Diroll
Geldleistungen	1123	Barbara Kiss
Hilfsmittel - Bewilligung	1134	Elke Baldauf
Hilfsmittel - Direktbezug	1903	Erika Fertsak
Kinderbetreuungsgeld	1152	Edith Schwarzel
Kinderbetreuungsgeld EU/EWR	1153	Nadine Bauer
Kontrollärztlicher Dienst	1161	Martina Adam
Krankenkontrolle	1160	Stefan Ehrenreiter
Kur- und Erholungsaufenthalte	1119	Monika Binder
Mitversicherung	1139	Simon Limbeck
Regressangelegenheiten	1808	Martin Reiff
Rezeptgebührenbefreiung	1106	Angelika Dirnbauer
Unfallfragebögen	1805	Eva Graf
Wahlarztrechnungen	1133	Rene Hergovich
Wochengeld	1118	Stefanie Meixner
Zahnersatz - Bewilligung	1134	Elke Baldauf
Zahnersatz - Kostenersatz	1114	Manuela Kovacs
	1117	Manuela Hutter

Melde-, Versicherungs- und Beitragsangelegenheiten

Abteilungsleitung	1200	AL Gerhard Zvonarits
	1201	AL Stv. Herbert Gelbmann
Lohnabgabenprüfung - Innendienst	1203	Michael Grill
	1231	Stefanie Lapatschek
Beitragswesen	1230	Kurt Pollak
Meldewesen	1247	Viola Mayer
Betriebliche Mitarbeitervorsorge	1211	Ramona Ivancsits
	1247	Viola Mayer
Lohnzettel-Sozialversicherung	1249	Maria Taschner
	1246	Yasmin Trukschitz
Freiwillige Versicherung	1212	Leopold Rainprecht
Versichertenstammdaten	1234	Iris Heigl

Alle Klappen können direkt nach unserer Rufnummer 02682/608 durchgewählt werden.

Liebe Leserinnen und Leser,

die Gewährleistung eines zeitgemäßen und versichertennahen Krankenversicherungsschutzes war und ist oberstes Ziel der Burgenländischen Gebietskrankenkasse.

Als größter Krankenversicherungsträger im Burgenland betreut die BGKK rund 212.000 Menschen (ca. 162.000 Versicherte und etwa 50.000 zumeist beitragsfrei mitversicherte Angehörige).

Für die Finanzierung aller Versicherungsleistungen stehen der Kasse nur die Krankenversicherungsbeiträge zur Verfügung. Sie hebt zwar - um Verwaltungskosten zu sparen - auch die Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherungsbeiträge sowie die sonstigen Beiträge und Umlagen ein, leitet diese aber unverzüglich an die zuständigen Stellen weiter.

Die vorliegende Broschüre dient der Information und gibt Ihnen Aufschluss darüber, welchen Schutz und welche Hilfe die BGKK bietet. Sämtliche in dieser Broschüre enthaltenen Angaben beziehen sich auf die geltenden Bestimmungen nach dem Stand vom 1. Jänner 2016.

Wenn Sie mehr wissen wollen oder neben Rat auch Hilfe benötigen, dann steht Ihnen unser geschultes Fachpersonal in der Hauptstelle oder in den Außenstellen gerne zur Verfügung.

Hartwig ROTH
Obmann

Mag. Christian MODER
Direktor

INHALTSVERZEICHNIS

1 MITVERSICHERUNG	5
2 VORSORGE	7
Vorsorge (Gesunden) untersuchung	7
Jugendlichenuntersuchung	7
Zeckenschutzimpfung	7
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit	8
3 KRANKHEIT	11
Ärztliche Hilfe	11
Wahlärzte	13
Psychotherapie	14
Heilmittel (Medikamente)	15
Rezeptgebührenbefreiung	16
Heilbehelfe und Hilfsmittel	17
Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation	19
Anstaltspflege (Krankenhausaufenthalt)	20
Medizinische Hauskrankenpflege	21
Transportkosten	21
Krankengeld	24
Rehabilitationsgeld	26
Krankenbehandlung im Ausland	26
4 MUTTERSCHAFT	27
Mutterschaftsleistungen	27
Wochengeld	27
Mutter-Kind-Pass	28
Kinderbetreuungsgeld	28
5 ZÄHNE	30
Zahnbehandlung, Zahnersatz	30
Kieferorthopädische Behandlungen (Zahnspangen)	31
6 BEITRÄGE	32
7 FREIWILLIGE VERSICHERUNG	36
8 INFORMATION UND SERVICE	39
Die BGKK im Überblick	39
Case Management	41
Das GesundheitsInfoZentrum der BGKK (GIZ)	42

MITVERSICHERUNG

Der Kreis der geschützten Personen ist größer als der Kreis der Versicherten. Leistungen aus der sozialen Krankenversicherung gebühren nicht nur dem Versicherten, sondern auch - **zumeist ohne zusätzliche Beitragsleistung** - bestimmten, im Wesentlichen zum Kreis der Familie gehörende Personen (Angehörige).

1

Dem Versicherten steht für seine Angehörigen ein Leistungsanspruch zu, wenn diese ihren **gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben und nicht selbst in einer gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind**.

Für kinderlose Ehegatten und haushaltsführende Erwachsene ist ein Zusatzbeitrag einzuheben. Dieser beträgt 3,4 % der Beitragsgrundlage des Versicherten und wird dem Versicherten monatlich vom Versicherungsträger vorgeschrieben.

Ausnahmen

Kein Zusatzbeitrag ist zu entrichten, wenn der mitversicherte Angehörige

- sich aktuell der Kindererziehung widmet oder
- sich in der Vergangenheit mindestens vier Jahre lang der Kindererziehung gewidmet hat oder
- Pflegegeld zumindest in der Höhe der Pflegestufe 3 erhält oder
- den Versicherten pflegt, der zumindest Pflegegeld in der Höhe der Pflegestufe 3 erhält.

Falls im Text nur die männliche Form angeführt wird, bezieht sich diese Form sowohl auf Männer als auch auf Frauen.

MITVERSICHERUNG

Angehörigeneigenschaft

1

Kinder gelten bis zur **Vollendung des 18. Lebensjahres** als Angehörige. Darüber hinaus, **solange sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres**. Ist ein Kind infolge Krankheit oder Gebrechen erwerbsunfähig oder nach der Beendigung der Schul- oder Berufsausbildung erwerbslos, verlängert sich die Angehörigeneigenschaft.

Die Mitversicherung ist bei der Gebietskrankenkasse **zu beantragen**. Davon ausgenommen sind nur Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Dem Antrag müssen amtliche Dokumente (in Kopie) oder Nachweise beigelegt werden, zB Nachweis über die Familienbeihilfe, Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Meldzettel, Schulbesuchsbestätigung oder ähnliches.

Jeder mitversicherte Angehörige erhält eine **eigene Versicherungsnummer sowie eine eigene E-Card**. Auskünfte in allen Fragen der Mitversicherung erhalten Sie unter der Rufnummer 02682/608-1139 DW.

Bitte verwenden Sie
in allen Angelegenheiten
der Sozialversicherung immer
die Versicherungsnummer!

Vorsorge (Gesunden) untersuchung

Versicherte haben für sich und ihre Angehörigen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr Anspruch auf jährlich eine Vorsorgeuntersuchung. Die Vorsorgeuntersuchung dient der Verhütung bzw. der frühzeitigen Erkennung bestimmter Gesundheitsrisiken wie zB Arteriosklerose, Herz-Kreislaufkrankungen, Mamma-Karzinom, Prostatakarzinom, Diabetes mellitus, Alkoholmissbrauch, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel sowie bestimmte Hör- und Sehstörungen.

Vorsorgeuntersuchungen können Allgemeinmediziner, Internisten und Lungenfachärzte (Vertragsärzte und Wahlärzte mit Vorsorgevertrag) kostenlos durchführen. Bei Bedarf können Chirurgen, Gynäkologen oder ein Labor zugezogen werden.

Jugendlichenuntersuchung

Die Jugendlichenuntersuchung ist vorgesehen für pflichtversicherte (berufstätige) Jugendliche (Lehrlinge) im Alter zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr. Zur Überwachung ihres Gesundheitszustandes werden die Jugendlichen einmal jährlich zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen.

Zeckenschutzimpfung

Die BGKK leistet zu den Kosten einer Impfung (aktive Immunisierung) gegen FSME-Frühsummermeningoencephalitis (Zeckenschutzimpfung) einen Kostenzuschuss von € 3,70. Wird der Impfstoff von der Apotheke bezogen, vermindert sich der Kaufpreis um € 3,70.

Weitere Informationen zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie Tipps für gesunde Ernährung und Bewegung finden Sie auf unserer Homepage unter www.bgkk.at unter dem Stichwort Vorsorge.

VORSORGE

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sind freiwillig gewährte Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf welche kein Rechtsanspruch besteht. Diese Leistungen können nur bei medizinischer Notwendigkeit erbracht werden.

Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit können nur über einen schriftlichen und medizinisch ausreichend begründeten Antrag geleistet werden. Das notwendige Antragsformular liegt bei allen Vertragsärzten auf.

Als Maßnahmen kommen vor allem in Betracht:

Kuraufenthalte können zur Verhinderung einer unmittelbar drohenden Krankheit oder einer Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit gewährt werden. Gravierender Unterschied zum Erholungsaufenthalt ist, dass beim Kuraufenthalt auch medizinische Leistungen erbracht werden.

Erholungsaufenthalte dienen der Erholung nach Operationen, bei allgemeiner Schwäche nach langwierigen Erkrankungen. Viel Ruhe, allenfalls verbunden mit einer entsprechenden Diät und Bewegung in frischer Luft, soll zur Genesung beitragen.

Für Kur- und Erholungsaufenthalte ist vom Versicherten eine **Zuzahlung** zu leisten. Diese wird bei Antritt des Aufenthaltes von der Kuranstalt eingehoben und ist abhängig vom **Bruttoerwerbseinkommen bzw. der Bruttopension**:

Zuzahlung	Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension	
	von	bis
€ 7,78	€ 882,78	€ 1.464,16
€ 13,33	€ 1.464,17	€ 2.045,55
€ 18,90	mehr als € 2.045,55	

Ausgleichszulagenbezieher oder Personen, deren **Einkommen unter € 882,78** monatlich liegt, sind von der Zuzahlung **befreit**.

Der Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung gewinnt auch bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse immer mehr an Bedeutung. Verschiedene neue – aber auch bekannte ältere – Projekte tragen diesem Gedanken Rechnung. Gemeinsames Ziel aller Projekte ist es dabei, die burgenländische Bevölkerung dabei zu unterstützen, möglichst lange gesund zu bleiben bzw. durch gezielte Vorsorge Krankheiten bereits im Ansatz zu erkennen, um damit die Heilungschancen zu verbessern. Im Rahmen des **burgenländischen Impfprogramms** werden alle wichtigen Impfungen zur Grundimmunisierung von Kindern (Diphtherie-Tetanus-Keuchhusten, Haemophilus influenzae B, Hepatitis B, Polio, Mumps-Masern-Röteln, HPV, Pneumokokken und Meningokokken) von den burgenländischen Ärzten flächendeckend und kostenlos angeboten. Damit wird allen Kindern ein optimaler Impfschutz gewährleistet. Die **Diabetikerbetreuung „Modell Burgenland“** soll allen burgenländischen Diabetikern den Umgang mit ihrer Krankheit erleichtern. Seit 2014 werden für diagnostizierte Diabetiker Grundschulungen in allen burgenländischen Spitälern angeboten. Dabei werden die Ursachen und Symptome sowie die Therapie der Krankheit erläutert. Außerdem wird den betroffenen Personen eine gesunde Lebensweise vermittelt, damit die bedrohlichen Folgeschäden von Diabetes vermieden bzw. verringert werden. Die laufende Betreuung durch die niedergelassenen Ärzte gewährleistet sowohl eine Verlaufs- als auch eine Qualitätskontrolle. Im Rahmen der Aktion **„Burgenland gegen Dickdarmkrebs“** werden alle 40- bis 80-jährigen Burgenländer eingeladen, einmal im Jahr eine Vorsorgeuntersuchung auf nicht sichtbares (okkultes) Blut im Stuhl durchführen zu lassen, um so frühzeitig Gewächse im Dickdarm erkennen und entfernen zu können. Jedes Jahr werden rund 160.000 Burgenländer zu dieser kostenlosen Vorsorgeuntersuchung eingeladen. Seit 2014 wird auch im Burgenland das bundesweite Brustkrebs-Früherkennungsprogramm **„früh erkennen“** angeboten. Dabei werden alle Frauen zwischen 45 und 69 Jahren alle zwei Jahre persönlich zu einer Vorsorgemammographie eingela-

VORSORGE

2

den. Das Einladeschreiben ersetzt dabei die herkömmliche Überweisung zum Radiologen. Alle an diesem Programm teilnehmenden Ärzte erfüllen strenge Qualitätsvorgaben; die Röntgenbilder werden unabhängig von zwei Radiologen befundet. Dadurch sind höchste Qualitätsstandards sichergestellt. Frauen mit auffälligen Befunden werden unverzüglich zur weiteren Abklärung oder Behandlung in zertifizierte Behandlungszentren überwiesen. Eine neue Kooperation der Kasse mit dem Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit – PGA sichert eine langfristige Betreuung der burgenländischen Gemeinden in Gesundheitsfragen im Rahmen des Projektes „**Gesundes Dorf**“. Zielsetzung ist der begleitete Aufbau von örtlichen Strukturen zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf kommunaler Ebene. Spezifische Angebote der Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben bietet das Projekt „**BetriebsFitService**“, das mit der Sportunion Burgenland als Partner seit 2014 angeboten wird. Im verstärktem Ausmaß widmet sich die BGKK auch dem Thema der gesunden Ernährung. Mit der Vorsorgeaktion „**G'scheit essen**“ im Burgenland bietet die Kasse in Kooperation mit dem Land Burgenland allen Burgenländerinnen und Burgenländern eine kostenlose Ernährungsberatung sowie Informationen über gesunde Ernährung an. Das Projekt „**Richtig essen von Anfang an – Burgenland**“ ergänzt um das Thema „**Babys erste Löffelchen - Ernährung in der Stillzeit und im Beikostalter**“, lädt Schwangere, Stillende und deren Angehörige ein, an kostenlosen Ernährungsberatungen für Mutter und Kind teilzunehmen. Die Aktion „**Klick dich schlank mit KiloCoach**“ bietet abnehmwilligen Personen erstmals ein wissenschaftlich erprobtes onlinegestütztes Abnehmprogramm. Bei Erfolg ersetzt die Burgenländische Gebietskrankenkasse die Kosten für dieses Programm zu 80 %.

Das **Rauchertelefon** bietet individuelle Unterstützung zum Rauchstopp. Speziell ausgebildete Psychologinnen informieren und beraten rund um das Thema Nikotin und Raucherentwöhnung.

KRANKHEIT



Ärztliche Hilfe

Gegen Vorlage der E-Card oder eines Überweisungsscheines können Versicherte und mitversicherte Angehörige die Hilfe eines Vertragsarztes auf Kosten der Kasse in Anspruch nehmen. Allein im Burgenland stehen **141 Ärzte für Allgemeinmedizin, 91 Fachärzte, 74 Zahnärzte und 1 Dentist** zur Verfügung. Ein Verzeichnis aller burgenländischen Vertragsärzte liegt in jeder Dienststelle der BGKK auf oder kann im Internet unter www.bgkk.at – Arzt- und Vertragspartnersuche abgerufen werden. Aber auch die Vertragsärzte aller anderen Gebietskrankenkassen (durch den Hinweis „Alle Kassen“ gekennzeichnet) können auf unsere Kosten konsultiert werden.

Rauchertelefon

Montag bis Freitag 10:00 bis 18:00 Uhr, Tel. 0810 810 013
 österreichweit max. € 0,10 pro Minute
 E-Mail: info@rauchertelefon.at; Internet: www.rauchertelefon.at

KRANKHEIT

Der ärztlichen Hilfe sind folgende Leistungen gleichgestellt:

- Physiotherapeutische Behandlungen
- Logopädische Behandlungen
- Ergotherapeutische Behandlungen
- Psychotherapeutische Behandlungen
- Diagnostische Leistungen eines klinischen Psychologen

3

Serviceentgelt

Das Serviceentgelt beträgt im Jahr 2017 € 11,10 und wird im November 2016 eingehoben. Dieses Serviceentgelt wird je nach Versichertengruppe vom Dienstgeber für die bei ihm beschäftigten Personen, vom Arbeitsmarktservice für die gemeldeten Arbeitslosen bzw. von der Krankenkasse für die Bezieher einer Geldleistung eingehoben.

Ausgenommen vom Serviceentgelt sind

- Pensionisten
- Mitversicherte Kinder
- Personen, welche von der Rezeptgebühr befreit sind

In einem Kalendervierteljahr erlaubt die E-Card einmal die Behandlung durch einen Arzt für Allgemeinmedizin und drei weitere Behandlungen durch je einen Facharzt unterschiedlicher Facharztsparten. Weitere Fachärzte können in diesem Quartal nur mit einer Überweisung beansprucht werden. Der Arzt ist berechtigt, die Identität des Patienten anhand eines Lichtbildausweises zu prüfen. Wird die E-Card einmal vergessen, muss dem Arzt die Versicherungsnummer genannt und der Arztkontakt durch Unterschrift bestätigt werden. Der Arzt ist auch berechtigt, einen Kostenersatz zu fordern, der bei Nachbringen der E-Card innerhalb von 14 Tagen wieder erstattet wird.

Folgende Leistungen müssen vor der Inanspruchnahme vom Chefarzt genehmigt werden:

- ✓ Logopädische Behandlung ab der 2. Sitzung
- ✓ Ergotherapie ab der 2. Behandlungseinheit
- ✓ Physiotherapie in Instituten, Kuranstalten und bei freiberuflichen Therapeuten ab der 21. Anwendung, jedenfalls ab der 7. Sitzung, in Form von Hausbesuchen ab der 1. Sitzung
- ✓ Psychotherapie ab der 11. Sitzung
- ✓ Medizinische Hauskrankenpflege ab der 5. Woche
- ✓ Geplante Behandlung oder Untersuchung im Ausland
- ✓ CT- und MRT-Untersuchungen bei Zuweisung durch Allgemeinmediziner
- ✓ nuklearmedizinische Untersuchung
- ✓ HELP-Therapie
- ✓ Kosmetische Behandlungen
- ✓ Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung sowie Geschlechtsumwandlung
- ✓ Operative Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- ✓ Krankentransporte ausgenommen in Fällen der Ersten Hilfe und zur Dialyse, Chemo- oder Strahlentherapie
- ✓ Heimdialyse

Wahlärzte

Wird ein Wahlarzt, das ist ein Arzt **ohne Kassenvertrag**, konsultiert, muss das Honorar selbst bezahlt werden. Die Kasse ersetzt entsprechend der gesetzlichen Regelung gegen Vorlage der Honorarnote höchstens **80% jenes Betrages, den ein Vertragsarzt für die angeführten Leistungen erhalten hätte**. Dazu benötigen wir die mit einem Zahlungsvermerk oder -beleg versehene Rechnung. Auf der Rechnung müssen **Name und Versicherungsnummer des Patienten und des Versicherten, Diagnose und Art der Behandlung** aufscheinen. Sollten Sie Kopien für Versicherungen, Finanzamt oder sich selbst benötigen, fertigen Sie diese bitte **vorher** an.

Die Kostenerstattung erfolgt erst nach Abrechnung unserer Vertragspartner - ca. 3 Monate nach Quartalsende.

KRANKHEIT

Psychotherapie

Im Rahmen einer Krankenbehandlung kann auch psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen werden. Für die Diagnosebereiche **psychosomatische Erkrankungen, Suchtkrankheiten, neurotische Störungen und Psychosen** werden die Kosten übernommen, **nicht** aber bei Erziehungs-, Berufs-, Partnerschafts- oder Sexualproblemen oder zur Persönlichkeitsentwicklung. Voraussetzung für eine psychotherapeutische Betreuung ist eine ärztliche Untersuchung spätestens vor der zweiten Sitzung, vor der 11. Sitzung ist eine chefärztliche Genehmigung einzuholen.

Im Burgenland gibt es die Möglichkeit, psychotherapeutische Beratung und Behandlungen auch als Sachleistung, d.h. ohne Vorfinanzierung oder Zuzahlung der Patienten, in Anspruch zu nehmen. In Zusammenarbeit mit dem „Institut Psychotherapie im ländlichen Raum“ stehen insgesamt 47 Therapeuten zur Verfügung. Anspruchsberechtigt sind alle im Burgenland wohnhaften oder bei burgenländischen Krankenversicherungsträgern versicherten Personen. Der Patient muss jene Angaben zur Verfügung stellen, mit denen festgestellt werden kann, dass eine Befindensstörung mit Krankheitswert vorliegt. Die Inanspruchnahme kann direkt oder auf ärztliche Zuweisung erfolgen. Die Zeiten für Terminvereinbarungen und Erstgespräche sind:

GHZ-Eisenstadt	(02682) 68471	Dienstag	09.00 - 11.00 Uhr
BGKK-Neusiedl	(02167) 2584	Dienstag	09.00 - 10.00 Uhr
BGKK-Oberpullend.	(02612) 42205	1. u. 3. Montag im Monat	13.00 - 15.00 Uhr
BGKK-Oberwart	(03352) 32413	Mittwoch 3. u. 4. Freitag im Monat	16.00 - 17.00 Uhr 12.00 - 13.00 Uhr
BGKK-Güssing	(03322) 42273	Donnerstag	13.30 - 14.30 Uhr

Nähere Informationen erhalten Sie unter 02682/63010 oder zu den angegebenen Zeiten in den Beratungsstellen.

Wird ein freiberuflich tätiger Psychotherapeut in Anspruch genommen, muss dieser selbst bezahlt werden. Die Kasse leistet folgende Zuschüsse:

- Einzelsitzung zu 60 Minuten€ 21,80
- Einzelsitzung zu 30 Minuten€ 12,72
- Gruppensitzung (max. 8 Pers.) zu 90 Minuten€ 7,27
- Gruppensitzung (max. 8 Pers.) zu 45 Minuten€ 5,09

3

Heilmittel (Medikamente)

Heilmittel sind Medikamente, die Ihnen auf einem Kassenrezept vom behandelnden Arzt verordnet werden. Diese können Sie in jeder öffentlichen Apotheke gegen Entrichtung der Rezeptgebühr von **€ 5,70** pro Packung beziehen. Die meisten gebräuchlichen Heilmittel sind frei verschreibbar. Nur bestimmte Arzneien unterliegen einer vorherigen chefärztlichen Bewilligung. Von einem **Wahlarzt** ohne Rezepturrecht ausgestellte Rezepte können von einem Vertragsarzt bzw. von den Chef- oder Kontrollärzten der Burgenländischen Gebietskrankenkasse den Kassenrezepten gleichgestellt werden.

Warum Chefarztspflicht

- weil es für fast jede Krankheit auch ein bewilligungsfreies Medikament gibt;
- weil es wirkstoffgleiche Medikamente mit verschiedenen Preisen gibt;
- weil die Kasse gesetzlich dazu verpflichtet ist, auf eine ökonomische Verschreibweise zu achten;
- weil man dadurch die Kostenentwicklung bei Medikamenten in Grenzen halten kann.

Der verordnende Arzt ist verpflichtet, eine erforderliche Bewilligung über das elektronische Bewilligungssystem beim Chefarzt der Kasse selbst einzuholen. Die Antwort erfolgt längstens binnen 30 Minuten.

KRANKHEIT

Befreiung von der Rezeptgebühr

Die Befreiung von der Rezeptgebühr gilt automatisch auch als Befreiung vom Serviceentgelt. Befreit sind

ohne Antrag	auf Antrag
3 ■ Ausgleichszulagenbezieher	Personen, deren monatliche Nettoeinkünfte für ■ Alleinstehende: € 882,78 ■ Ehepaare bzw. Lebensgefährten: € 1.323,58 nicht übersteigen. Diese Beträge erhöhen sich pro Kind um € 136,21.
■ Personen mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten	Personen, welche infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen und deren monatliche Nettoeinkünfte für ■ Alleinstehende: € 1.015,20 ■ Ehepaare bzw. Lebensgefährten: € 1.522,12 nicht übersteigen. Diese Beträge erhöhen sich pro Kind um € 136,21.

Rezeptgebührendeckelung

Rezeptgebühren müssen pro Kalenderjahr nur mit einem Ausmaß von 2 % des Jahres-Nettoeinkommens entrichtet werden. Dazu wird für jeden Versicherten ein eigenes elektronisches Rezeptgebührenkonto geführt, aus dem der Arzt ersieht, ab wann keine Rezeptgebühr mehr einzuheben ist.

Heilbehelfe und Hilfsmittel

Heilbehelfe sind Behelfe, die zur Heilung oder Linderung eines Krankheitszustandes dienen. Die Kasse bezahlt vom Bruchband bis zur orthopädischen Schuheinlage mehr als 1.200 verschiedene Heilbehelfe in einfacher und zweckmäßiger Ausführung.

Für den Bezug ist eine ärztliche Verordnung notwendig. Die meisten Heilbehelfe erhalten Sie bei unseren Vertragspartnern, wie zB Bandagisten, Orthopädietechniker, Orthopädieschuhmacher, Optiker usw. Artikel zur Diabetikerversorgung, Spritzen und Lanzetten stellt die Kasse direkt zur Verfügung.

Bei der Anschaffung hat der Versicherte einen Kostenanteil im Ausmaß von 10 % der Kosten des Behelfes - mindestens jedoch € 32,40 - zu übernehmen; die Kasse übernimmt die Kosten sodann bis zu einem Betrag von € 810,00. Dies gilt auch für notwendige Reparaturen. Liegt der Preis über dieser Grenze, müssen die Mehrkosten wieder vom Versicherten selbst bezahlt werden.

Für Brillen übernimmt die Kasse maximal Kosten bis zu € 486,00, für Kontaktlinsen bis maximal € 162,00 pro Stück. Der Kostenanteil beträgt € 97,20. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber für Gleitsichtgläser und für Trifokalbrillen eine Kostenübernahme durch die Krankenversicherung ausgeschlossen.

Die Kostenbeteiligung entfällt für

- Kinder unter 15 Jahren bzw. für behinderte Kinder und Vollwaisen;
- Personen, die von der Rezeptgebühr befreit sind.

KRANKHEIT

Hilfsmittel sind Behelfe, die die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile übernehmen bzw. die mit einem Gebrechen verbundene körperliche Beeinträchtigung mildern oder beseitigen. Die Kasse zahlt Zuschüsse zu den ärztlich verordneten, notwendigen Hilfsmittel, wie zB Prothesen, Krankenfahrstühle usw., nach vorheriger Bewilligung.

3

Bei Produkten, für die es keine tarifliche Regelung gibt, muss zusätzlich ein Kostenvoranschlag einer Lieferfirma vorgelegt werden. Keine Zuschüsse werden von der Kasse übernommen, wenn die Hilfsmittel von anderer Seite, zB der Unfall- oder Pensionsversicherung, zur Verfügung gestellt werden.

Auch bei den Hilfsmittel hat der Versicherte einen Kostenanteil zu tragen, der sich an den Regelungen bei den Heilbehelfen orientiert. Bestimmte Hilfsmittel werden von der Kasse leihweise zur Verfügung gestellt; in diesen Fällen hat der Versicherte keinen Kostenanteil zu tragen. Darüber hinaus ist in der Krankenordnung eine Mindestgebrauchsdauer für Hilfsmittel festgelegt. Vor Ablauf dieser Mindestgebrauchsdauer wird das gleiche Hilfsmittel neu nur gewährt, wenn dies aus besonderen Gründen notwendig geworden ist. In diesem Fall ist jedenfalls die vorherige Bewilligung der Kasse einzuholen.

Nähere Informationen über Heilbehelfe und Hilfsmittel erhalten Sie telefonisch unter:

02682/608, DW 1134 für Bewilligungen oder
02682/608, DW 1903 für Direktbezug.

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation

Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation werden in der Krankenversicherung nach pflichtgemäßem Ermessen im Anschluss an eine Krankenbehandlung gewährt.

Durch diese Maßnahmen soll der Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen so weit wieder hergestellt werden, dass sie in der Lage sind, einen ihnen angemessenen Platz in der Gemeinschaft möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

Als Maßnahmen kommen in Betracht:

- Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (Rehabilitationszentren)
- Körperersatzstücke, orthopädische Behelfe und andere Hilfsmittel
- Ärztliche Hilfe sowie Heilmittel und Heilbehelfe

Anträge

Die angeführten Leistungen werden nur über Antrag einer Krankenanstalt bzw. des behandelnden Arztes nach chef(kontroll) ärztlicher Bewilligung erbracht. Bei der Gewährung von **Heilbehelfen und Hilfsmittel** im Rahmen der medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation **entfällt die Kostenbeteiligung** des Versicherten und es gelten auch **keine betraglichen Höchstgrenzen**. Anträge auf Unterbringung in Rehabilitationszentren sind zunächst beim jeweiligen Pensionsversicherungsträger oder Unfallversicherungsträger (nach Arbeitsunfällen) einzubringen. Gewähren diese die Maßnahmen nicht selbst, leiten sie den Antrag an den zuständigen Krankenversicherungsträger zur Entscheidung weiter.

Für Rehabilitationaufenthalte ist eine **Zuzahlung** für maximal 28 Tage pro Jahr zu leisten. Bei einem monatlichen Bruttoeinkommen unter **€ 882,78** entfällt die Zuzahlung.

KRANKHEIT

Zuzahlung	Bruttoerwerbseinkommen bzw. Bruttopension	
täglich	von	bis
€ 7,78	€ 882,78	€ 1.464,16
€ 13,33	€ 1.464,17	€ 2.045,55
€ 18,90	mehr als € 2.045,55	

3

Anstaltspflege (Krankenhausaufenthalt)

Wenn es die Art und Schwere einer Krankheit erfordern, übernimmt die Kasse die Kosten für einen Spitalsaufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse. Für die Aufnahme ist eine Einweisung des behandelnden Arztes oder einer Krankenhausambulanz erforderlich. Die Behandlung von Patienten der BGKK kann in jedem öffentlichen Krankenhaus in Österreich erfolgen. Vor dem Spitalsantritt ist bei geplanten Behandlungen in einem ausländischen Krankenhaus eine **chefärztliche Genehmigung** einzuholen.

Für privat bezahlte Krankenhausaufenthalte im Ausland werden derzeit € 215,86 pro Tag vergütet. Aufenthalte in Privat- oder Tageskliniken werden seit 2002 über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds abgerechnet. Die bezahlten Rechnungen sind aber weiterhin bei der Kasse einzureichen.

Kostenbeteiligung

Versicherte müssen an den Rechtsträger der Krankenanstalten einen täglichen Kostenbeitrag (Verpflegskostenbeitrag) leisten:

Pro Tag ⇨ maximal für 28 Tage im Kalenderjahr € 9,68
Bei Rezeptgebührenbefreiung entfällt diese Kostenbeteiligung.

Für die Anstaltspflege von **Angehörigen** entfällt der Verpflegskostenbeitrag, dafür ist eine Zuzahlung zu den Pflegegebühren zu leisten.

Pro Tag ⇨ maximal für 28 Tage im Kalenderjahr € 18,10

Diese Kostenbeteiligung entfällt bei Organspende und beim Versicherungsfall der Mutterschaft (Entbindung).

Medizinische Hauskrankenpflege

Wenn und solange es die Krankheit zulässt, ist an Stelle von Anstaltspflege medizinische Hauskrankenpflege zu gewähren. Die Inanspruchnahme ist nur auf **ärztliche Anordnung** möglich und darf nur durch diplomiertes Krankenpflegepersonal erbracht werden.

Medizinische Hauskrankenpflege umfasst **ausschließlich medizinische Leistungen** und qualifizierte Pflegeleistungen wie beispielsweise Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung. Körperpflege und hauswirtschaftliche Verrichtungen, wie Betten machen oder Essen kochen, gelten nicht als medizinische Hauskrankenpflege und werden daher nicht von der Kasse bezahlt.

Medizinische Hauskrankenpflege wird für ein und denselben Versicherungsfall der Krankheit für die Dauer von **vier Wochen** gewährt. Darüber hinaus kann sie nach Vorliegen einer chefärztlichen Bewilligung verlängert werden.

Die Hauskrankenpflege wird im Burgenland über die Sozialabteilung der Bgld. Landesregierung organisiert. Für den Anteil der medizinischen Hauskrankenpflege überweist die Kasse einen Pauschalbetrag direkt an das Land. Werden andere, private Pflegedienste in Anspruch genommen, so leistet die Kasse gegen Vorlage der saldierten Originalhonorarnote sowie dem Pflegeplan, in dem die Pflegetage dokumentiert sind, einen Kostenzuschuss von **€ 8,64** bis zur Dauer von 45 Minuten, für jede weitere volle Viertelstunde erhöht sich dieser Zuschuss um **€ 2,88**.

Transportkosten

Ist auf Grund des Gesundheitszustandes die Benützung öffentlicher Verkehrsmittel nicht zumutbar - auch nicht mit einer Begleitperson, übernimmt die Kasse die Kosten für einen Krankentransport. Für jeden Krankentransport wird pro Hin- und Rückfahrt ein Selbstbehalt von **€ 11,40** eingehoben. Serientransporte zur Dialyse, Chemo- und Strahlentherapie und Blaulichttransporte werden zur Gänze übernommen. Für einen Transport mit einem privaten PKW leistet die Kasse einen **Kostenzuschuss** in der Höhe des halben amtlichen Kilometergeldes (**derzeit € 0,21 pro km**).

KRANKHEIT

Alle Transporte - **ausgenommen Notfälle** - müssen vom Arzt verordnet und **vor Antritt chef-(kontroll)ärztlich bewilligt werden**. Dies ist in allen Dienststellen der Gebietskrankenkasse möglich. Diese Bewilligungspflicht gilt für alle Transporte mit Rettung, Taxi oder privatem PKW.

3 Arbeitsunfähig - was dann?

Arbeitsunfähig infolge Krankheit ist, wer nicht oder nur mit Gefahr einer Verschlechterung seines Zustandes fähig ist, seiner Beschäftigung nachzugehen. Diese Arbeitsunfähigkeit darf nur ein Arzt feststellen. Die Vertragsärzte der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) sind vertraglich verpflichtet, Krank- und Gesundheitsmeldungen elektronisch an die Kasse zu übermitteln. Ihr Arzt ist daher im Regelfall verpflichtet, der Kasse das Ende der Arbeitsunfähigkeit schon mit der Krankmeldung bekanntzugeben. Ist das Ende Ihres Krankenstandes klar absehbar, wird von Ihrem Arzt das tatsächliche Ende angegeben. Ansonsten trägt Ihr Arzt ein voraussichtliches Ende ein, mit dem – sofern keine weitere Verlängerungsmeldung Ihres behandelnden Arztes bei der Kasse einlangt – der Krankenstand beendet ist.

Warten Sie daher nicht auf eine Einladung zur kontrollärztlichen Begutachtung, um die Dauer Ihrer Arbeitsunfähigkeit feststellen zu lassen, denn mit dem von Ihrem Arzt angegebenen Ende der Arbeitsunfähigkeit wird auch Ihr Krankenstand beendet.

Sollte sich während des Krankenstandes Ihr Gesundheitszustand verschlechtern, müssen Sie unbedingt mit Ihrem behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen, der – bei einer entsprechenden medizinischen Indikation – die Verlängerung des Krankenstandes an die BGKK übermittelt.

Auch nach einem Krankenhaus- oder Kuraufenthalt müssen Sie sich - wenn Sie weiterhin arbeitsunfähig sind - vom Arzt eine Krankenstandsbestätigung ausstellen lassen. Eine Ambulanzkarte ersetzt die Krankmeldung nicht!

Jeder Dienstnehmer ist verpflichtet, seinen Dienstgeber unverzüglich von der Arbeitsunfähigkeit zu informieren.

Verhalten im Krankenstand

Nach den sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften haben Sie während Ihrer Arbeitsunfähigkeit die Anordnungen Ihres behandelnden Arztes oder des kontrollärztlichen Dienstes der Kasse einzuhalten. Gönnen Sie sich Ruhe und gehen Sie nur aus, wenn es der Arzt erlaubt. Meiden Sie anstrengende Tätigkeiten (zB Hausarbeit); Gaststättenbesuche sind nur zur Einnahme von Mahlzeiten gestattet. Jedes Verhalten, das Ihre Genesung beeinträchtigt, ist zu vermeiden. Die Nichtbeachtung dieser Bestimmungen kann ein Ruhen des Krankengeldes zur Folge haben.

3

Kontrollarzt

Bedenken Sie, dass die kontrollärztliche Untersuchung nicht dazu da ist, Ihnen Schwierigkeiten zu bereiten, sondern eine gesetzlich vorgesehene Maßnahme, um zu vermeiden, dass Leistungen missbräuchlich beansprucht und das soziale Netz zu Unrecht ausgenutzt wird.

So verhalten Sie sich richtig:

Von der Diagnose, die Ihr Arzt auf der Krankmeldung angegeben hat, hängt es ab, wann die Weisung zum Kontrollarzt erfolgt. Wenn Sie vor dem Untersuchungstermin wieder arbeitsfähig sind, lassen Sie sich vom Hausarzt abschreiben.

Wenn Sie nicht zum Kontrollarzt kommen können, weil Sie nicht ausgeh- oder reisefähig sind, einen wichtigen Arzttermin oder Behandlungen haben, melden Sie sich bei Ihrem Hausarzt und bei der Kasse. Sie erhalten dann einen neuen Termin. Wird eine Ladung zum Kontrollarzt ohne wichtigen Grund nicht befolgt, wird der Krankenstand sofort beendet.

KRANKHEIT

Wenn Sie zum Kontrollarzt kommen, nehmen Sie bitte Krankenstandsbestätigung, Befunde, Ambulanzkarten und Behandlungsnachweise (zB bei physikalischen Therapien) mit.

Der Kontrollarzt wird nach Begutachtung befinden, ab wann Sie wieder arbeitsfähig sind oder einen Termin für eine Nachuntersuchung vereinbaren.

3

*Sollten Sie der Meinung sein, dass Sie trotz Abschreibung durch den Kontrollarzt arbeitsunfähig sind, wenden Sie sich **SOFORT** an Ihren behandelnden Arzt.*

Wir möchten Sie daran erinnern, dass alle Auszahlungen nur mehr bargeldlos abgewickelt werden. Wir ersuchen Sie um Bekanntgabe Ihrer Bankverbindung, wenn Sie von uns eine Geldleistung oder eine Kostenerstattung beantragen.

Krankengeld

Das Krankengeld soll einen Verdienstentgang (teilweise) ersetzen, der durch eine Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit (**Krankenstand**) entstanden ist.

Krankengeld erhalten Personen, die im Krankenstand sind und deren Entgeltanspruch gegenüber dem Dienstgeber erschöpft oder zumindest um 50 % eingeschränkt ist.

Krankengeld gebührt grundsätzlich erst ab dem vierten Tag des andauernden Krankenstandes für die Dauer dieses Krankenstandes, längstens jedoch bis zu einer Höchstdauer von 52 Wochen.

Höhe des Krankengeldes

vom 4. bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit ⇒ 50 %
ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit ⇒ 60 %
der Bemessungsgrundlage.

Bemessungsgrundlage für das Krankengeld ist der beitragspflichtige Arbeitsverdienst vor dem Ende des vollen Entgeltanspruches. Sofern ein Anspruch auf Sonderzahlungen besteht, wird die Bemessungsgrundlage um 17 % erhöht. Für Bezieher

einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung gebührt ein Krankengeld in der Höhe des letzten Leistungsbezuges aus dieser Versicherung.

Krankengeld gebührt nicht,

wenn die Arbeitsunfähigkeit Folge einer schuldhaften Beteiligung an einem Raufhandel oder unmittelbare Folge der Trunkenheit oder des Missbrauches von Suchtgiften ist.

3

Ruhen des Krankengeldes

Der grundsätzliche Anspruch auf Krankengeld kann aus bestimmten Gründen ruhen, die wichtigsten sind:

- ⇒ wenn und solange der Krankenstand der Kasse nicht gemeldet wird;
- ⇒ wenn und solange der Dienstgeber den Lohn/das Gehalt weiterbezahlt; **Achtung:** Halber Lohn-/Gehaltsanspruch bedeutet halbes Krankengeld;
- ⇒ wenn und solange Zivil- oder Präsenzdienst geleistet wird;
- ⇒ wenn und solange man sich einer Kontrollarztuntersuchung entzieht;
- ⇒ wenn wiederholt Bestimmungen der Krankenordnung oder Anordnungen des behandelnden Arztes verletzt wurden.

Nach den Bestimmungen des Einkommensteuergesetzes ist das Krankengeld **lohnsteuerpflichtig**. Beträgt das Krankengeld mehr als € 30,00 täglich, ist die Kasse verpflichtet, 25 % Lohnsteuer vom übersteigenden Betrag einzubehalten und an das Finanzamt abzuführen.

Auszahlung des Krankengeldes

Das Krankengeld wird auf Ihr Konto (Kontonummer bitte unbedingt angeben) überwiesen. Für die Berechnung und Auszahlung des Krankengeldes benötigen wir:

- die vom Arzt ausgestellte Krankenstandsbestätigung, aus der die Dauer der Arbeitsunfähigkeit hervorgeht;
- bei Spitalspflege eine Aufenthaltsbestätigung;
- eine vom Dienstgeber ausgestellte Arbeits- und Entgeltbestätigung;
- die Bezugsbestätigung vom AMS für Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe.

Rehabilitationsgeld

Personen, die am 01.01.2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und einen entsprechenden Antrag auf eine Pensionsleistung stellen, wird bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen anstelle einer befristeten Pension ein Rehabilitationsgeld gewährt.

3 Die Feststellung eines Anspruches auf Rehabilitationsgeld erfolgt durch den zuständigen Pensionsversicherungsträger. Die Berechnung erfolgt durch den Krankenversicherungsträger.

Das Rehabilitationsgeld gebührt im Ausmaß des Krankengeldes. Die Höhe leitet sich im Wesentlichen aus der Bemessungsgrundlage der letzten Beschäftigung ab.

Wenn neben dem Bezug des Rehabilitationsgeldes ein Erwerbseinkommen über der Geringfügigkeitsgrenze erzielt wird, gebührt ein Teilrehabilitationsgeld.

Krankenbehandlung im Ausland

Liegt Ihr Reiseziel in einem Land, welches **nicht EU- oder EWR-Mitgliedsstaat** ist, mit dem aber ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen für die Krankenversicherung besteht, empfiehlt sich die Mitnahme eines zwischenstaatlichen Betreuungsscheines.

Betreuungsscheine werden vom Dienstgeber oder der Gebietskrankenkasse ausgestellt; es gibt sie für folgende Staaten: Montenegro, Bosnien-Herzegowina und Türkei. Der Betreuungsschein muss im Urlaubsland gegen einen „Patientenschein“ der dortigen Krankenversicherung eingetauscht werden.

Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)

Auf der Rückseite der **E-Card befindet sich die EKVK**. Sie ersetzt den Auslandskrankenschein für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei Aufhalten (zB Urlaubsreisen) in den **EU-Mitgliedsstaaten, den EWR-Staaten, der Schweiz und in Mazedonien**. In Serbien muss mit der EKVK ein „Patientenschein“ bei der dortigen Krankenversicherung beantragt werden.

Mutterschaftsleistungen

Der Versicherungsfall der Mutterschaft gilt als eingetreten:

- Mit Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung (mit diesem Zeitpunkt beginnt auch das Beschäftigungsverbot nach den Bestimmungen des Mutterschutzgesetzes).
- Mit der Entbindung, wenn diese vor dem Beginn der achten Woche vor der voraussichtlichen Entbindung stattgefunden hat.
- Mit Beginn der achten Woche vor der tatsächlichen Entbindung, wenn der Tag der voraussichtlichen Entbindung nicht festgestellt wurde.

4

Folgende Sachleistungen werden im Falle der Mutterschaft gewährt:

- Ärztlicher Beistand
- Hebammenbeistand
- Heilmittel (Medikamente)
- Heilbehelfe
- Pflege in einer Krankenanstalt (oder einem Entbindungsheim) für längstens zehn Tage (bei notwendiger längerer Anstaltspflege gilt diese als Versicherungsfall der Krankheit). Für diese zehn Tage sind keine Kostenbeteiligungen zu leisten.

Wochengeld

Das Wochengeld gebührt:

- für die letzten 8 Wochen vor der voraussichtlichen Entbindung;
- für den Entbindungstag;
- für die ersten 8 Wochen nach der Entbindung.

Mütter nach Mehrlings- oder Frühgeburten oder Kaiserschnittentbindungen erhalten das Wochengeld nach der Entbindung für 12 Wochen.

Über diese Zeiträume hinaus gebührt Wochengeld, wenn der Amtsarzt feststellt, dass bei Fortdauer der Beschäftigung das Leben des Kindes oder der Mutter gefährdet ist.

MUTTERSCHAFT

Erforderliche Unterlagen

Zur Feststellung des Beginnes des Beschäftigungsverbotes bzw. des Beginnes des Wochengeldes benötigt die Kasse eine ärztliche Bestätigung über den voraussichtlichen Entbindungstag. Im Falle eines vorzeitigen Beschäftigungsverbotes ist auch das Zeugnis des Arztes vorzulegen.

Für den Wochengeldanspruch nach der Entbindung ist die standesamtliche Geburtsbescheinigung, im Falle einer Frühgeburt oder Kaiserschnittentbindung zusätzlich eine entsprechende ärztliche Bescheinigung erforderlich.

Zur Berechnung der Wochengeldhöhe braucht die Kasse eine vom Dienstgeber ausgestellte „Arbeits- und Entgeltbestätigung für Wochengeld“.

Höhe des Wochengeldes

Das Wochengeld **ersetzt** das durch die Mutterschaft entfallende **Einkommen zur Gänze**. Die Höhe des Wochengeldes wird vom Nettoarbeitsverdienst der letzten drei Kalendermonate vor Beginn des Mutterschutzes berechnet. Die gebührenden Sonderzahlungen werden anteilmäßig berücksichtigt und erhöhen das Wochengeld. Bezieherinnen von Arbeitslosengeld, Kinderbetreuungsgeld oder Notstandshilfe erhalten Wochengeld in der Höhe der um 80 % erhöhten letzten Leistung.

Mutter-Kind-Pass

Der Mutter-Kind-Pass sichert die vorsorgliche Betreuung der schwangeren Frauen und der Kinder in den ersten Lebensjahren. Die im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Untersuchungen können von praktischen Ärzten oder Fachärzten durchgeführt werden.

Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind kostenlos.

Den Mutter-Kind-Pass erhalten Sie bei Ihrem behandelnden Arzt und in den Mutterberatungsstellen.

Kinderbetreuungsgeld

Die Krankenversicherungsträger sind mit der Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes und der damit verbundenen Beihilfe beauftragt. Zuständig ist jener Krankenversicherungsträger, bei

dem der Antragsteller versichert ist bzw. war, sonst jene Gebietskrankenkasse, bei der der Antrag **innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt** eingebracht wird.

Anspruchsvoraussetzungen

Grundsätzlich notwendig für den Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld ist der **Anspruch und der tatsächliche Bezug von Familienbeihilfe** für das Kind und der gemeinsame Haushalt mit dem Kind. Die **Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen** müssen bis zum Ende des **18. Lebensmonates** des Kindes nachgewiesen werden, sonst erfolgt die Kürzung im Ausmaß von 50 %. Kinderbetreuungsgeld erhalten auch Adoptiv- und Pflegeeltern, sofern sie die Voraussetzungen erfüllen. Während des Bezuges von Kinderbetreuungsgeld darf der Zuverdienst **€ 16.200,00** im Kalenderjahr **nicht** übersteigen. Die Zuverdienstgrenze beträgt beim einkommensabhängigen Kinderbetreuungsgeld und bei der Beihilfe € 6.400,00.

Bezugsdauer/Höhe:

Ab dem 1.1.2010 besteht die Wahlmöglichkeit zwischen fünf Varianten:

- 30 + 6 Monate..... € 14,53 täglich
- 20 + 4 Monate..... € 20,80 täglich
- 15 + 3 Monate..... € 26,60 täglich
- 12 + 2 Monate..... € 33,00 täglich
- Einkommensabhängiges Kinderbetreuungsgeld
12 + 2 Monate mindestens € 33,00 täglich
maximal € 66,00 täglich

Die Beihilfe zum Kinderbetreuungsgeld für BezieherInnen einer Pauschalvariante beträgt € 6,06 täglich und ist nicht mehr an das Finanzamt zurückzuzahlen. Zusätzlich gibt es für jedes Zwilling-, Drillings- oder weiteres Mehrlingskind einen Mehrkinderzuschlag in der Höhe von 50 % des Grundbetrages.

**Nähere Informationen zum Kinderbetreuungsgeld unter:
02682/608, DW 1152, 1120 und 1153.**

ZÄHNE

Zahnbehandlung

Zahnbehandlung kann gegen Vorlage der E-Card bei allen Vertragszahnärzten oder im Zahnambulatorium unserer Kasse in Eisenstadt in Anspruch genommen werden. Die angeführten Behandlungen werden sowohl für den Versicherten als auch für Angehörige erbracht.

Bei der konservierenden Zahnbehandlung gibt es keine Kostenbeteiligung.

5

Zahnersatz

Bei Bedarf bezahlt die Kasse einen **abnehmbaren** Zahnersatz, der allen medizinischen und ästhetischen Erfordernissen voll entspricht und nach dem modernsten Stand der Technik angefertigt wird. Vom Versicherten ist bei Kunststoffprothesen eine Zuzahlung von 25 %, bei Metallgerüstprothesen von 50 % des aktuellen Tarifes zu leisten.

Der **feststehende** Zahnersatz ist keine Leistung der sozialen Krankenversicherung. Wünscht jemand Brücken, Kronen oder Implantate, so muss er diese daher zur Gänze selbst bezahlen.

Ab März 2013 werden im Zahnambulatorium der BGKK neue Leistungen in den Bereichen feststehender Zahnersatz und weiße Füllungen im Seitzahnbereich angeboten. Für diese Leistungen sind kostendeckende Patientenbeiträge zu entrichten.

Nach der Beratung wird ein Kostenvoranschlag erstellt. Die Kosten müssen vor Behandlungsbeginn beglichen werden.

Für die Herstellung des feststehenden Zahnersatzes wird ausschließlich Material verwendet, das den international geltenden hohen Qualitätsnormen entspricht.

Weitere Informationen erhalten Sie in unserem Zahnambulatorium (Adresse und Telefonnummer siehe Seite 43).

Kieferorthopädische Behandlungen

Für kieferorthopädische Apparate (zB Zahnspangen) übernimmt die Kasse 50 % des jeweiligen Tarifes, das sind heuer € 434,00 pro Behandlungsjahr.

Kieferregulierungen, unentbehrlicher Zahnersatz (Prothesen) und bestimmte mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen müssen von der Kasse genehmigt werden. Vor Beginn der Behandlung ist daher mittels Kostenvoranschlag die Genehmigung der Kasse einzuholen.

Zahnspange für Jugendliche

Mit 1. Juli 2015 wurde die kieferorthopädische Versorgung für Kinder und Jugendliche als neue Leistung der Krankenversicherung festgelegt. Kinder zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr haben bei einer schwerwiegenden Kieferfehlstellung Anspruch auf eine festsitzende Zahnspange. Dabei beurteilt der Zahnarzt anhand eines internationalen Schemas, ob die Voraussetzungen erfüllt sind. Im Burgenland bieten insgesamt 6 Vertragskieferorthopäden in Illmitz, Eisenstadt, Mattersburg, Oberpullendorf, Oberwart und Rudersdorf diese neue kostenfreie Leistung an.

Kostenerstattung für Wahlzahnärzte

Kosten für die Behandlung durch Wahlzahnärzte (Wahlidentisten, Wahleinrichtungen) werden in der Höhe von höchstens 80 % des Betrages erstattet, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse aufzuwenden gewesen wäre, jedoch nicht mehr als die tatsächlichen Kosten.

Gegen Vorlage der mit der genauen Angabe der durchgeführten Leistungen (Zahnangabe, Flächenbezeichnung bei Füllungen etc.) versehenen Originalrechnung und einem Nachweis über die Bezahlung des Honorars wird der Erstattungsbetrag angewiesen.

BEITRÄGE

Was kostet Ihre Krankenversicherung?

... wenn Sie monatlich € 1.500,00 brutto verdienen?

als Arbeiter € 58,05

als Angestellter € 58,05

... wenn Sie monatlich € 2.500,00 brutto verdienen?

als Arbeiter € 96,75

als Angestellter € 96,75

... wenn Sie monatlich € 4.650,00 oder mehr brutto verdienen?

als Arbeiter € 188,08

als Angestellter € 188,08

6 Höchstbeitragsgrundlage

Der Arbeitsverdienst ist nur insoweit beitragspflichtig, als er die im Gesetz festgelegte Höchstbeitragsgrundlage von derzeit

⇒ täglich € 162,00 bzw.

⇒ monatlich € 4.860,00

nicht übersteigt.

Geringfügigkeitsgrenze

Ein Beschäftigungsverhältnis gilt als geringfügig, wenn es

a) für eine kürzere Zeit als einen Kalendermonat vereinbart ist und für einen Arbeitstag im Durchschnitt ein Entgelt von höchstens € 31,92, insgesamt jedoch von höchstens € 415,72, gebührt oder

b) für mindestens einen Kalendermonat oder auf unbestimmte Zeit vereinbart ist und im Kalendermonat kein höheres Entgelt als € 415,72 gebührt.

Bei einem Entgelt unter der Geringfügigkeitsgrenze besteht nur in der gesetzlichen Unfallversicherung Versicherungsschutz.

Sonderzahlungen

Die Höchstbeitragsgrundlage für Sonderzahlungen beträgt pro Kalenderjahr das 60fache der täglichen Höchstbeitragsgrundlage, für 2016 somit € 9.720,00.

Die Arbeiterkammerumlage sowie der Wohnbauförderungsbeitrag werden von den Sonderzahlungen nicht eingehoben.

Beiträge für die Sozialversicherung und die öffentlichen Fonds ab Jänner 2016 für ANGESTELLTE

BEITRÄGE

	Beiträge des		Monatl. Höchst-		Höchster monatlicher Beitrag		Höchst- beitrags- grundlage für Sonder- zahlungen	
	Dienst- nehmers	Dienst- gebers	insges.	beitrags- grundlage	Dienst- nehmer	Dienst- geber		insges.
Beitrag zur:	%	%	%	€	€	€	€	
Krankenversicherung	3,87	3,78	7,65	4.860,00	188,08	183,71	371,79	
Pensionsversicherung	10,25	12,55	22,80	4.860,00	498,15	609,93	1.108,08	
Unfallversicherung	0,00	1,30	1,30	4.860,00	0,00	63,18	63,18	
Arbeitslosenversicherung	3,00	3,00	6,00	4.860,00	145,80	145,80	291,60	
SOZIALVERSICHERUNG insgesamt	17,12	20,63	37,75	4.860,00	832,03	1.002,62	1.834,65	

Arbeiterkammerumlage	0,50	0,00	0,50	4.860,00	24,30	0,00	24,30	—
Wohnbauförderungsbeitrag	0,50	0,50	1,00	4.860,00	24,30	24,30	48,60	—
IESG-Zuschlag	0,00	0,35	0,35	4.860,00	0,00	17,01	17,01	9.720,00
SOZIALVERSICHERUNG und FONDS	18,12	21,48	39,60	4.860,00	880,63	1.043,93	1.924,56	—

BEITRÄGE

Beiträge für die Sozialversicherung und die öffentlichen Fonds ab Jänner 2016 für ARBEITER

	Beiträge des		Monatl. Höchstbeitragsgrundlage		Höchster monatlicher Beitrag		Höchstbeitragsgrundlage für Sonderzahlungen
	Dienstnehmers	Dienstgebers	insges.	insges.	Dienstnehmer	Dienstgeber	
Beitrag zur:	%	%	%	%	€	€	€
Krankenversicherung	3,87	3,78	7,65		188,08	183,71	371,79
Pensionsversicherung	10,25	12,55	22,80		498,15	609,93	1.108,08
Unfallversicherung	0,00	1,30	1,30		0,00	63,18	63,18
Arbeitslosenversicherung	3,00	3,00	6,00		145,80	145,80	291,60
SOZIALVERSICHERUNG insgesamt	17,12	20,63	37,75		832,03	1.002,62	1.834,65

Arbeiterkammerumlage	0,50	0,00	0,50		24,30	0,00	24,30	—
Wohnbauförderungsbeitrag	0,50	0,50	1,00		24,30	24,30	48,60	—
IESG-Zuschlag	0,00	0,35	0,35		0,00	17,01	17,01	9.720,00
SOZIALVERSICHERUNG und FONDS	18,12	21,48	39,60		880,63	1.043,93	1.924,56	—

Schlechterentschädigungsbeitrag	0,70	0,70	1,40		34,02	34,02	68,04	9.720,00
Nachtschwerarbeits-Beitrag	0,00	3,40	3,40		0,00	165,24	165,24	9.720,00

Dienstleistungsscheck (DLS)

Der Dienstleistungsscheck (DLS) ist seit 1.1.2006 Zahlungsmittel für Personen, die einfache, haushaltstypische Dienstleistungen in Privathaushalten erbringen, sofern die Entlohnung nicht über der monatlichen Geringfügigkeitsgrenze liegt.

Bei Beschäftigungen mit DLS darf 2016 bis zu einem Wert von **€ 569,48 pro** Monat verdient werden, ohne dass die Geringfügigkeitsgrenze überschritten wird. Dieser Wert ergibt sich aus der **Geringfügigkeitsgrenze** für 2016 **von € 415,72 pro Monat** zuzüglich der mit dem DLS abgegoltenen **Urlaubersatzleistungen** und **anteiligen Sonderzahlungen**.

DLS sind österreichweit über das Kompetenzzentrum der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau unter der Telefonnummer 0810/555 666 oder in Trafiken und Postämtern erhältlich.

Der DLS ermöglicht eine legale Beschäftigung mit automatischer Unfallversicherung und der Möglichkeit einer freiwilligen Kranken- und Pensionsversicherung gemäß § 19a ASVG. Der Antrag ist bei der nach dem Wohnsitz des Dienstnehmers zuständigen Gebietskrankenkasse zu stellen. Der monatliche Beitrag zu dieser freiwilligen Selbstversicherung beträgt für 2016 **€ 58,68**.

Informationen zum Dienstleistungsscheck erhalten Sie im Internet über die Website des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (www.bmask.gv.at) oder unter der Servicetelefonnummer 0810 555 666.

FREIWILLIGE VERSICHERUNG

Selbstversicherung in der Krankenversicherung

Möglichkeit eines Versicherungsabschlusses

Personen, die keiner gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, können sich, solange ihr Wohnsitz im Inland ist, in der Krankenversicherung selbst versichern.

Leistungsanspruch

Sie erwerben dadurch Anspruch auf alle Sachleistungen, wie zB ärztliche Hilfe, Spitalspflege, Medikamente usw.

Liegen Vorversicherungszeiten (Zeiten einer Krankenversicherung oder Anspruchsberechtigung als Unselbstständiger oder Beamter) vor, und zwar

- 6 Wochen unmittelbar vor Antragstellung oder
- 26 Wochen in den letzten 12 Monaten,

entsteht der Leistungsanspruch für Versicherte und Angehörige sofort, ansonsten nach einer Wartezeit von sechs Monaten.

Beitragshöhe

Der monatliche Beitrag für die freiwillige Selbstversicherung beträgt ab 1. Jänner 2016 € 397,35.

In begründeten Fällen ist nach Prüfung der wirtschaftlichen Verhältnisse eine Herabsetzung auf Antrag möglich.

Studentenversicherung

Studierende, die nicht in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, können sich in der Krankenversicherung selbst versichern, solange sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben. Die monatlichen Beitragskosten für Studenten betragen ab 1. Jänner 2016 € 55,40. Wird ein Einkommen von mehr als € 10.000,00 jährlich bezogen, kann der begünstigte Beitrag nicht mehr in Anspruch genommen werden.

FREIWILLIGE VERSICHERUNG

Von der Selbstversicherung ausgenommen sind Personen, die

- eine Eigenpension beziehen (zB Alterspension);
- bereits auf Grund einer anderen Beschäftigung in der Kranken- oder Pensionsversicherung pflichtversichert sind (zB Beamtinnen/Beamte, Gewerbetreibende, Bäuerinnen/Bauern);
- einer gesetzlichen beruflichen Vertretung der freien Berufe angehören (zB Ärztinnen/Ärzte, Apotheker/innen, Rechtsanwältinnen/Rechtsanwälte, Notarinnen/Notare, Wirtschaftstreuhänder/innen, Ziviltechniker/innen);
- Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe beziehen;
- Kinderbetreuungsgeld beziehen;
- Grenzgänger/innen sind.

FREIWILLIGE VERSICHERUNG

Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung

Voraussetzungen für die Anmeldung

Geringfügig beschäftigte Personen können diese freiwillige Versicherung beantragen, wenn:

- das ihnen aus einem oder mehreren Beschäftigungsverhältnissen gebührende Entgelt im Kalendermonat die Geringfügigkeitsgrenze von € 415,72 nicht übersteigt,
- sie ihren Wohnsitz im Inland haben und
- keine gesetzliche Pflichtversicherung vorliegt.

Leistungsanspruch

Durch Abschluss dieser freiwilligen Selbstversicherung sind Sie kranken- und pensionsversichert.

7

Sie haben in der Krankenversicherung Anspruch auf Sachleistungen (zB ärztliche Hilfe, Medikamente, Krankenhausaufenthalt) und auf Barleistungen (Kranken- und Wochengeld).

Die Zeiten der Selbstversicherung werden für die Pension berücksichtigt.

Antragstellung

Der Antrag auf Selbstversicherung ist bei jener Gebietskrankenkasse zu stellen, in deren Bereich der Antragsteller eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

Beitragshöhe

Der monatliche Fixbeitrag beträgt im Kalenderjahr 2016 einheitlich € 58,68.

**Ihr heißer Draht zur Selbstversicherung:
02682/608-1212**

Die Burgenländische Gebietskrankenkasse im Überblick

Versicherte - Stand 2015

Erwerbstätige inkl. KBG-Bezieher/innen	83.160
Arbeitslose inkl. KBG-Bezieher/innen	11.158
Pensionisten	62.776
Selbstversicherte	2.534
Sonstige Versicherte	2.410
Gesamtversichertenstand	162.038

Dazu kommen noch rund **50.000 Angehörige**, für die **größtenteils keine zusätzlichen Beiträge** zu leisten sind.

Vertragspartner

Für die Betreuung ihrer Versicherten und Angehörigen im Leistungsfall hat die Burgenländische Gebietskrankenkasse im Allgemeinen Verträge mit Leistungsanbietern abgeschlossen. Damit ist sicher gestellt, dass die Leistungen im Erkrankungsfall schnell und ohne finanzielle Belastung für die Versicherten erbracht und direkt mit der Kasse verrechnet werden. Insgesamt hat die Kasse mit Stand 31.12.2015 Verträge abgeschlossen:

- 141 Ärzte für Allgemeinmedizin
- 92 Fachärzte inkl. Radiologen
- 74 Zahnärzte
- 1 Dentisten
- 38 öffentliche Apotheken
- 44 Hausapotheken
- 49 Optiker
- 18 Bandagisten
- 24 Hörgeräteakustiker
- 82 Taxiunternehmer sowie
- 35 weitere Leistungsanbieter

INFORMATION UND SERVICE

Die Versicherungsleistungen

Insgesamt wurden im Jahr 2015 von der BGKK rund **344,9 Mio. Euro** für Versicherungsleistungen ausgegeben. Auf **einen Versicherten** entfallen daher **Leistungsausgaben** von durchschnittlich **€ 2.128,54**. Dem stehen durchschnittliche Beitragseinnahmen von nur **€ 1.853,54** pro Versicherten gegenüber. Im Einzelnen verteilen sich diese Ausgaben pro Kopf auf

ärztliche Hilfe	€ 508,74
Medikamente	€ 539,38
Heilbehelfe	€ 43,82
Zahnbehandlung	€ 105,28
Krankenhauspflege	€ 578,38
Mutterschaftsleistungen	€ 78,53
Krankengeld	€ 111,09
Transportkosten	€ 37,65
8 Gesundheitsförderung und Vorsorge	€ 32,52
Rehabilitation und andere Leistungen	€ 93,16

Die Beiträge

Von einem Euro, der einem Arbeitnehmer für die Sozialversicherung - oft fälschlich als „**Krankenkassenabzug**“ bezeichnet - abgezogen wird, erhält die Krankenkasse lediglich **21 Cent**. Die restlichen 79 Cent hebt sie für andere Institutionen ein:

- 57 Cent für die Pensionsversicherung
- 16 Cent für die Arbeitslosenversicherung
- 3 Cent für die Wohnbauförderung
- 3 Cent für die Arbeiterkammer

Die Kasse ist gesetzlich dazu verpflichtet, die gesamten Sozialversicherungsbeiträge einzuheben, leitet diese aber unverzüglich an die eigentlichen Empfänger weiter.

Case Management

Mit dem Case Management bietet die Burgenländische Gebietskrankenkasse all jenen Personen ein besonderes Service an, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich alleine um die notwendigen Therapien und Behandlungen zu kümmern, und auch keine unterstützenden Angehörigen verfügbar sind.

Die Case Manager der BGKK erarbeiten gemeinsam mit Ihnen und Ihren betreuenden Ärzten einen auf Sie zugeschnittenen Versorgungsplan und begleiten Sie, bis Sie Ihren Alltag wieder selbst meistern können. Sie beraten und informieren Sie, wie Sie zB einen Rollstuhl, notwendige Therapien, Heilbehelfe und Hilfsmittel erhalten. Sie helfen Ihnen auch Anträge, wie zB auf Pflegegeld, zu stellen und sich besser im Gesundheits- und Sozialsystem zurechtzufinden.

Case Management

... ist eine individuelle, auf die jeweilige Person zugeschnittene Einzelberatung und Unterstützung für Menschen, die wegen einer schweren Krankheit oder eines Unfalles Hilfe benötigen.
 ... erfolgt durch speziell geschulte Mitarbeiter, unsere Case Manager, und ist für Versicherte der BGKK kostenlos.
 Unsere Case Manager unterliegen selbstverständlich einer strengen Verschwiegenheitspflicht.

Unsere Case Manager

Bezirk Neusiedl am See	Hermann Tschida	(02682/608 – 3203)
Bezirke Eisenstadt, Mattersburg und Oberpullendorf	Walter Ferstl	(02682/608 – 3303)
Bezirk Oberwart	Michael Artner	(02682/608 – 3503)
Bezirke Güssing u. Jennersdorf	Sandra Marosits	(02682/608 – 3603)
Hauptstelle Eisenstadt	Birgit Schwendenwein	(02682/608 – 2023)

INFORMATION UND SERVICE

Das GesundheitsInfoZentrum der BGKK (GIZ)

- ... Sie suchen etwas über Krankheiten, Vorbeugung von Krankheiten, Therapiemöglichkeiten oder sind einfach nur interessiert an Gesundheit ganz allgemein?
- ... Sie wissen nicht, wo Sie sich hinwenden sollen?
- ... Sie möchten einen Ansprechpartner, der Ihnen mit seinen Erfahrungen und mit Informationen hilft, Sie berät oder Ihnen die entsprechenden Informationen sucht?

Dann sind Sie im **G**esundheits**I**nfo**Z**entrum (GIZ) der Burgenländischen Gebietskrankenkasse gut beraten. Bücher und Fachzeitschriften sowie Internet-Informationen zu vielen Gesundheitsthemen und Krankheitsbildern sind die Grundlage für die Berater, um kompetent Anfragen zu beantworten und Informationen aufzubereiten.

8

- ✓ Informationen, die dem Menschen helfen, sich mit einem Krankheitsbild besser auszukennen,
- ✓ Informationen, die die Möglichkeit eröffnen, selbst bei einer notwendigen Therapie oder Behandlung mitzuwirken,
- ✓ Informationen, die einen erweiterten Wissensstand rund um die Gesundheit oder Krankheit eröffnen,
- ✓ Informationen, die dem Menschen Sicherheit geben.

Außerdem werden verschiedene Informationsveranstaltungen zu den unterschiedlichsten Gesundheitsfragen angeboten.

Das GIZ der Burgenländischen Gebietskrankenkasse ist für Sie geöffnet:

Montag bis Donnerstag: 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr
13.00 Uhr bis 16.00 Uhr
Freitag: 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr

Termine können unter der Telefonnummer **02682/608-2020** DW oder per E-Mail: giz@bgkk.at vereinbart werden.

AMBULATORIEN

Ordinationszeiten

Ambulatorium für Physikalische Medizin und Rehabilitation

7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3 Mo bis Do 6.30 - 16.30 Uhr
Telefon 02682/608-1960 Fr 6.30 - 12.00 Uhr

Zahnambulatorium

7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3 Mo bis Do 7.00 - 16.30 Uhr
Telefon 02682/608-1983 und 1986 Fr 7.00 - 12.30 Uhr

Information

Diese Informationsbroschüre können Sie regelmäßig und kostenlos erhalten. Bestellen Sie sie telefonisch unter 02682/608 - 1003, oder bei: Burgenländische Gebietskrankenkasse, Esterhazyplatz 3, 7000 Eisenstadt, oder per E-Mail: bgkk@bgkk.at. Sie liegt auch in allen Dienststellen der Kasse auf.

Weitere Informationen unter www.bgkk.at

Impressum: Medieninhaber: Burgenländische Gebietskrankenkasse
7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3
Druck: Druckzentrum Eisenstadt
7000 Eisenstadt, Mattersburgerstraße 23

DIENSTSTELLEN

Öffnungszeiten

Hauptstelle

7000 Eisenstadt

Esterhazyplatz 3

Telefon 02682/608 DW

Telefax 02682/608-1041

Mo bis Do	08.00 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	08.00 bis 12.00 Uhr

Außenstellen:

7100 Neusiedl/See

Gartenweg 26

Telefon 02167/2584

Telefax 02167/25844

Mo bis Do	07.30 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	07.30 bis 12.00 Uhr

7350 Oberpullendorf (neu ab März)

Gymnasiumstraße 15

Telefon 02612/42205

Telefax 02612/422054

Mo bis Do	07.30 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	07.30 bis 12.00 Uhr

7400 Oberwart

Steinamangererstraße 30

Telefon 03352/32413

Telefax 03352/3241316

Mo bis Do	07.30 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	07.30 bis 12.00 Uhr

7540 Güssing

Hauptplatz 1

Telefon 03322/42273

Telefax 03322/422734

Mo bis Do	07.30 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	07.30 bis 12.00 Uhr

8380 Jennersdorf

Bahnhofring 5

Telefon 03329/45494

Telefax 03329/454944

Mo bis Do	07.30 bis 12.00 Uhr
	13.00 bis 16.00 Uhr
Fr	07.30 bis 12.00 Uhr