➔ *Fortsetzung von Seite 21*

als nicht zielführend erachtet – und daher abgelehnt.

Wer zahlt?

Für die Erbringung der medizinischen Rehabilitation kommen unterschiedliche Versicherungsträger infrage:

- Die AUVA ist Ansprechpartner, wenn der Grund für die Behinderung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.
- Die PVA (Pensionsversicherungsanstalt) ist zuständig, wenn der Patient berufstätig oder in Pension ist.
- Die Krankenversicherungsträger übernehmen Fälle, die in der Pensionsversicherung nicht oder nicht mehr anspruchsberechtigt sind, sowie mitversicherte Angehörige. Die Anträge sind auch in diesen Fällen bei PVA oder AUVA einzubringen.

Im Zuge der Kassenreform ist die Sachlage bei den Krankenversicherungsträgern zurzeit unübersichtlich. Generell gilt aber heute die Regel, wonach Anträge bei allen Trägern (und auch anderen öffentlichen Stellen) eingebracht werden können und von diesem Träger, sollte es nicht in seinen Kompetenzbereich fallen, an die zuständige Stelle weitergeleitet werden.

Gratis gibt's nicht

Reha-Programme sind für den Patienten weitgehend kostenlos. Aber eben nur weitgehend. Wer mehr als 933 Euro brutto im Monat verdient, zahlt 8,36 Euro pro Tag dazu. Dieser Betrag gilt auch für Pensionsbezieher mit einer Pension, deren Höhe 933,06 Euro nicht erreicht, die aber keine Ausgleichszulage beziehen. Zwischen einem Einkommen von aktuell 1.514 Euro und 2.095 Euro kostet der Reha-Tag für Patienten 14,33 Euro. Wer mehr verdient, muss mit 20,31 Euro rechnen. Maximal werden 28 Tage in Rechnung gestellt. Dauert die Behandlung länger, übernimmt dies das System.

Der Weg zum Ziel

Die Reise- und Transportkosten zur Reha-Anstalt werden nach Maßgabe einer chefärztlichen Bewilligung bei einer stationären Behandlung übernommen. Sie werden zur Gänze vom Kostenträger geschultert, wenn das monatliche Bruttoeinkommen 33% der Höchstbeitragsgrundlage von 1.722,60 Euro nicht erreicht. In allen übrigen Fällen wird ein Eigenanteil in der Höhe von 28,66 Euro pro Krankentransport verrechnet. Für Transporte mit privaten Personenkraftwagen, Taxis und dergleichen werden keine Kosten übernommen. Wird bei einem Heilverfahren eines Versicherten eine Begleitperson bewilligt, werden die Aufenthaltskosten (Unterkunft, Verpflegung, Kurtaxe) in angemessener Höhe bezahlt.

Wartezeiten und Standorte

Die Wartezeiten sind stark von der Indikation abhängig. „Durchschnittlich muss mit einer Wartezeit von etwa drei bis vier Monaten gerechnet werden. Bei Anschlussheilverfahren ist die Wartezeit naturgemäß kürzer", so PVA-Sprecher Stradner. Patientenwünsche nach bestimmten Einrichtungen und Terminen werden nur bedingt berücksichtigt. Indikation und Verfügbarkeit haben hier Vorrang.

Erfahrene Allgemeinmediziner geben ihren Patienten einen Tipp auf den Weg: Sofern sie körperlich dazu in der Lage sind, sollen sie den Reha-Antrag persönlich bei einer Dienststelle des zuständigen SV-Trägers vorbeibringen: Dort werden Unklarheiten direkt vor Ort geklärt. Ansonsten kommt es zu einem Briefwechsel, der oft Wochen dauert. ■

Kur für Kreuz und Knie

Mit „Gesundheitsvorsorge Aktiv" bietet die Pensionsversicherungsanstalt seit 2014 ein spezielles Kurprogramm bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates an. Die Patienten erhalten dabei einen erhöhten Anteil an aktiven Therapieformen. Neben einem Basismodul mit genau definierten Einheiten gibt es eine individuelle Gestaltung der Therapie abhängig von der individuellen medizinischen Notwendigkeit.
Dazu gibt es bei „Gesundheitsvorsorge Aktiv" noch Ergänzungsmodule mit diätetischer Beratung, beruflicher Stressbewältigung und anderen gesundheitsunterstützendem Coaching. Die „Gesundheitsvorsorge Aktiv" können berufstätige Personen auch in zwei Teilen in Anspruch nehmen (2 Wochen + 1 Woche, innerhalb von 6 Monaten).

DIE PRAKTISCHE FRAGE

Mag. Iris Kraft-Kinz
MEDplan, 1120 Wien,
Tel. 01/817 53 50-260

So können Mitarbeiter den Familienbonus sofort nutzen

Der Familienbonus Plus ist ein Absetzbetrag von der Lohn- bzw. Einkommensteuer. Dieser Absetzbetrag kann unter bestimmten Voraussetzungen bei Dienstnehmern – also Ihren OrdinationsmitarbeiterInnen – nicht erst mit der Steuerveranlagung für das Jahr 2019, sondern bereits ab Jänner 2019 in der laufenden Lohnverrechnung berücksichtigt werden. Aber Vorsicht: Dies gilt nicht für Ärztinnen und Ärzte. Diese können den Familienbonus erst mit der Einkommensteuererklärung des Jahres geltend machen, was erst im Jahr 2020 spürbar wird.

Berücksichtigung bei der Lohnverrechnung

Wenn Ihre Mitarbeiter den Familienbonus bereits unterjährig nutzen wollen, müssen sie das Formular E30 bei der Ordinationsleitung abgeben. Unter anderem ist anzugeben, ob man den ganzen oder den halben Familienbonus Plus beansprucht. Ärzte oder Ärztinnen haben als Arbeitgeber die Erklärung des Arbeitnehmers und die vorgelegten Nachweise zum Lohnkonto zu nehmen und im Lohnkonto die entsprechenden Daten anzugeben.

Nach dem 18. Geburtstag: Formular E30 neu vorlegen

Wenn alle Voraussetzungen gegeben sind, ist der Familienbonus Plus bei der Lohnverrechnung dieses Dienstnehmers zu berücksichtigen.

Aber Achtung: Die Ordinationsleitung darf als Arbeitgeber den Familienbonus Plus nur bis zu jenem Monat berücksichtigen, in welchem das Kind seinen 18. Geburtstag hat. Danach wäre wiederum ein Formular E30 mit den notwendigen Nachweisen (aufrechte Familienbeihilfenberechtigung) vom Arbeitnehmer vorzulegen.

Auch in der Steuererklärung beantragen

Wichtig ist auch, dass der Arbeitnehmer bei Abgabe einer Steuererklärung (Arbeitnehmerveranlagung oder Einkommensteuererklärung) für ein Jahr, in dem der Familienbonus Plus schon unterjährig berücksichtigt wurde, den Familienbonus Plus auch in der Steuererklärung beantragt. Andernfalls kommt es zu einer Nachversteuerung. Im Zuge der Veranlagung kann auch eine andere Aufteilung beantragt werden.

FOTO: MEDPLAN