

Fragen und Antworten zu LIVE (LeistungsInformation)

(Frequently Asked Questions=
oft gestellte Fragen)

Stand Juni 2016

Hier finden Sie die wichtigsten Fragen und Antworten zu Ihrer LeistungsInformation.

Sollten Sie darüber hinaus noch Fragen haben, kontaktieren Sie uns bitte. Sollten Sie der Ansicht sein, auf Ihrem Informationsblatt angeführte Leistungen nicht in Anspruch genommen zu haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung: Schriftlich, per e-Mail oder über unsere Telefon-Hotline. Wir werden jedem Hinweis nachgehen.

Unsere Adresse finden Sie am Ende dieses Dokumentes.

1. Allgemeines zur LeistungsInformation:

Gem. §81 ASVG haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen und ihren Angehörigen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren. Daraus resultiert, dass z.B. Geldleistungen wie das Krankengeld, oder von der Pensionsversicherung bezahlte Kur und Erholungen nicht angeführt werden.

Die einzelnen Positionen ergeben sich aus den Abrechnungen mit unseren Vertragspartnern wie Ärzten, Therapeuten, Apotheken, Bandagisten, Rettungsdiensten und anderen Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich. Da nicht alle in Anspruch genommenen Leistungen auch im Beobachtungsjahr 2015 abgerechnet werden, kann es sein, dass gewisse Positionen nicht in diesem Leistungsblatt enthalten sind.

Krankenhausaufenthalte werden für das Jahr 2015 mit einem durchschnittlichen Tagessatz von € 293,-- bewertet, da die wirklich angefallenen Spitalskosten der OÖGKK nicht vollständig zur Verfügung stehen.

Einige Leistungen wie Rechnungen von Spitalsambulanzen oder Kostenerstattungen für Wahlarzt-Besuche können aufgrund der speziellen Abrechnung nicht angeführt werden und sind somit nicht enthalten.

Ihnen unbekannte Leistungen von Laboratorien und Pathologen können direkt von Ihrem Arzt beauftragt worden sein (z.B. für Blut- oder Abstrichbefunde). Solche Leistungen werden auch teilweise in anderen Bundesländern erbracht (Beispiel: Zytologische Untersuchung von Dr. Weiser, Tirol).

Leistungen für Kinder unter 14 Jahren werden zur Gänze bei beiden Eltern ausgewiesen.

Gewisse Abrechnungen können als Pauschalleistungen oder Sonderhonorare angeführt sein.

Die Beträge beinhalten keine Mehrwertsteuer.

Hat jemand 2015 keinen Vertragspartner der OÖGKK besucht, bekommt er oder sie auch keine LeistungsInformation zugestellt.

Die Sozialversicherung vollzieht mit der Zurverfügungstellung bzw. Versendung der jährlichen Leistungsinformation einen gesetzlichen Auftrag. Es ist uns ein großes Anliegen, dass die Leistungsinformation als eine Serviceleistung und nicht als „Vorwurf“ gesehen wird! Die Leistungsinformation hat ausschließlich den Sinn, Sie zu informieren. Zudem schätzen viele Versicherte die Information über die Leistungen und Transparenz über die dafür entstandenen Kosten.

2. Was ist seit dem Jahr 2013 neu?

Seit dem Jahr 2004 informiert die Sozialversicherung einmal jährlich über die in Anspruch genommenen Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Bisher wurden die Leistungsinformationen automatisch mit der Post zugestellt. Das System wurde ab dem Jahr 2013 modernisiert.

Die Versicherten haben jetzt die Wahl:

1. Leistungsinformation online
2. Leistungsinformation per Post (Anmeldung erforderlich)

3. Leistungsinformation-online

Die persönliche Leistungsinformation steht über das Internet (Homepage des Krankenversicherungsträgers) zur Verfügung. Aus Sicherheitsgründen ist der Zugriff auf die Leistungsinformation-online verschlüsselt. Daher ist eine elektronische Signatur erforderlich, entweder in Form einer aktivierten Bürgerkarte (Zusatzfunktion zur e-card) und einem handelsüblichen Kartenlesegerät oder jetzt auch per kostenloser Handysignatur. Wie man zu einer Handysignatur kommt, ist unter www.handy-signatur.at beschrieben. Bei der Leistungsinformation im Internet sind auch Details zu den in Anspruch genommenen Daten einzusehen zudem kann die postalische Zustellung der Leistungsinformation bestellt bzw. abbestellt werden. Mehr dazu unter [www.oegkk.at>MEINESV>Behandlungsleistungen anzeigen \(Leistungsinformation/LIVE\)](http://www.oegkk.at>MEINESV>Behandlungsleistungen anzeigen (Leistungsinformation/LIVE))

4. Wie bekomme ich die Leistungsinformation per Post?

Die Leistungsinformation kann auf Wunsch auch per Post bezogen werden. Mit der Leistungsinformation im Jahr 2012 wurde ein Informationsblatt zur Umstellung mit einem Anmeldekupon und freigemachten Rücksendekuvert mitgesandt. Wurde weiterhin eine Zustellung per Post gewünscht, dann musste der Anmeldekupon abgetrennt und mittels beiliegendem Kuvert kostenlos an die angegebene Adresse zurückgesendet werden.

Eine Zustellung per Post kann auch nach dieser Aktion jederzeit über LIVE-online oder über die Servicestellen der Krankenversicherungsträger aktiviert werden. An der Verfügbarkeit von LIVE-online ändert sich dadurch nichts.

5. Mehrere Personen in einem Haushalt

Jede Person ab dem 14. Lebensjahr kann entscheiden, ob sie eine Leistungsinformation zugestellt bekommen will. Kinder unter 14 Jahre werden automatisch bei beiden Elternteilen angeführt.

6. Wann wird die Leistungsinformation versendet?

Die Leistungsinformation wird immer ca. Mitte August versendet. D. h. die angemeldeten Versicherten bekommen die Leistungsinformation nicht mehr entsprechend dem Familiennamen bis spätestens Ende Oktober, sondern bereits im August.

**7. Warum wurde bisher die Leistungsinformation per Post zugestellt?
Warum wird die Leistungsinformation nicht mehr automatisch mit der Post zugestellt?
Warum wird die Leistungsinformation nicht mehr automatisch mit der Post zugestellt, ohne dass sich der gesetzliche Auftrag geändert hat?**

Der gesetzliche Auftrag zu der jährlichen Leistungsinformation konnte bei der Einführung im Jahr 2004 nur in Form einer automatischen Postzustellung erfüllt werden. Mittlerweile steht die Leistungsinformation auch im Internet, seit Einführung der Handysignatur mit einem etablierten Zugriff zur Verfügung.

Die Sozialversicherung ist stets um einen sorgsamem Umgang mit den Versichertengeldern bemüht und hat auch einen konkreten Auftrag zu kostensenkenden Maßnahmen.

8. Sie sind der Ansicht, in Ihrem Leistungsblatt angeführte Leistungen nicht in Anspruch genommen zu haben.

Leider kann es vereinzelt vorkommen, dass unsere Vertragspartner (z.B. Ärzte) erbrachte Leistungen über falsche Versicherungsnummern mit den Krankenversicherungsträgern abrechnen. Grund dafür sind meist Irrtümer oder Übertragungsfehler. Das führt dann in der Folge dazu, dass Versicherte Leistungen in Ihrem Leistungsinformationsblatt finden, die nicht von ihnen in Anspruch genommen wurden.

Wir bedauern dies und ersuchen Sie um Verständnis: Gegen die von Vertragspartnern unrichtig gemeldeten Versicherungsnummern können wir ohne Ihrer Rückmeldung nichts tun, Irrtümer werden aber umgehend berichtigt. Aus diesem Grund ist es für uns auch wichtig, dass Sie uns über nicht in Anspruch genommene Leistungen informieren.

9. Sie sind der Ansicht, nie in der angeführten Apotheke gewesen zu sein.

Es kann sein, dass Ihr Arzt Medikamente im Vorfeld von der Apotheke auf Lieferschein bezieht und danach per Rezept mit der Apotheke abrechnet.

10. Sie sind der Ansicht, ein angeführtes Labor oder einen Pathologen nicht zu kennen.

Die Leistungen von Laboratorien und Pathologen können direkt von Ihrem Arzt beauftragt worden sein (z.B. für Blut- oder Abstrichbefunde). Solche Leistungen werden auch teilweise in anderen Bundesländern erbracht (Beispiel: Zytologische Untersuchung von Dr. Weiser, Tirol).

11. Sie sind der Ansicht, eine Leistung nicht im Jahr 2015 erhalten zu haben.

Manchmal rechnen Vertragspartner (Ärzte, ...) ihre Leistungen verspätet mit der OÖ Gebietskrankenkasse ab. Daher kann es vorkommen, dass in der Leistungsinformation weiter zurückliegende Leistungen angeführt sind.

12. Warum sind die Krankenversicherung-Beitragsleistungen nicht angeführt?

Die Zusammenstellung der Leistungsdaten von 1,2 Millionen Versicherten und Angehörigen stellt für die Krankenversicherung eine Herausforderung dar. Wir können die Beitragsleistungen mangels versichertenbezogener Daten (Lohnsummenverfahren) derzeit nicht standardmäßig mitteilen. Eine Darstellung der Beiträge haben wir für die Leistungsinformation auch nicht angestrebt, da es im Sinne des Solidaritätsprinzips nicht um eine Gegenüberstellung von Beiträgen und in Anspruch genommener Leistungen gehen soll.

13. Sie sind der Ansicht, mehr Beiträge eingezahlt als Leistungen beansprucht zu haben.

Zum Thema Relation von Beitrag und Leistung weisen wir darauf hin, dass die gesetzliche Sozialversicherung auf einem sozialen Generationenvertrag beruht, der im ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) festgehalten wurde. Die Jungen/Gesunden zahlen in der Gewissheit ein, im höheren Alter oder bei Krankheit die dann erforderlichen Gesundheitsleistungen zu erhalten, und zwar in dem Ausmaß wie diese benötigt werden – also ohne Beschränkung.

Das bedeutet auch, dass schwer kranke Menschen – egal in welchem Alter – wirklich alle benötigten medizinischen Leistungen finanziert bekommen. Es gibt hier auch keine Obergrenzen oder Rückforderungen, wenn die bezahlten Leistungen die eingezahlten Beiträge übersteigen – was bei schwerwiegenden Erkrankungen, intensivmedizinischer Betreuung oder nach Unfällen häufig vorkommt.

Bei Ihrer Krankenversicherung handelt es sich um eine Risikoausgleichsversicherung, die auf dem Solidaritätsprinzip basiert.

14. Warum sind die Leistungen der Kinder unter 14 Jahren doppelt – bei beiden Elternteilen – angeführt?

Sehr oft werden bei einer Leistungsanspruchnahme für Kinder unter 14 Jahren unterschiedliche Hauptversicherte (Elternteile) angegeben. Daher müssten für eine Gesamtübersicht der Kinder die Leistungen auf den Leistungsblättern beider Elternteile zusammen gezählt werden. Aus diesem Grund werden alle Leistungen der Kinder unter 14 Jahren bei beiden Elternteilen in der Leistungsinformation ausgewiesen. Besteht bei einem Elternteil kein Sorgerecht für ein oder mehrere Kinder, dann wird bei diesem Elternteil die Information über die betroffenen Kinder bei Bekanntgabe des Sorgerechtes unterdrückt.

Kinder bzw. Jugendliche über 14 Jahren bekommen ein eigenes Leistungsblatt zugestellt.

15. Warum werden nicht die konkreten Spitalskosten mitgeteilt?

Die sehr kostenintensiven Spitalsaufenthalte können deswegen nicht konkret mitgeteilt werden, weil die OÖGKK keine vollständigen versichertenbezogenen Abrechnungsdaten der Spitalsträger bekommt. Derzeit werden die Krankenhausaufenthalte österreichweit mit demselben durchschnittlichen Tagessatz berechnet.

Landesspitäler finanzieren sich so: Bund, Länder, Gemeinden und die Sozialversicherungsträger zahlen in einen Landes-Spitalsfonds ein. Die OÖGKK ist sogar der größte Zahler unter den Genannten.

Daraus werden die Spitäler finanziert, ohne dass eine Abrechnung für die einzelnen Patienten erstellt wird. Wir sind darüber nicht sehr glücklich. Versicherte und OÖGKK finanzieren die Spitäler wesentlich mit, können aber nicht mitgestalten und haben keine vollständigen Spitalsdaten für die Leistungsinformation. Wir bemühen uns intensiv, in Zukunft diese Information zu verbessern!

16. Ist es möglich, für frühere Zeiträume Leistungsblätter anzufordern?

Persönliche Leistungsdaten sind im festgelegten Umfang für die jeweils letzten vier Jahre verfügbar.

17. Warum kann die Leistungsinformation nicht früher erfolgen?

Die Abrechnungsdaten sind zum Teil nicht früher verfügbar, so werden etwa Ärzteabrechnungen für das letzte Quartal eines Jahres bis Anfang April des Folgejahres bearbeitet. Die Zeit danach wird für Datenaufbereitung, Übermittlung, Überprüfung und allfällige Korrekturen benötigt.

Für das Finanzamt können Sie die in der Leistungsinformation angeführten Kosten nicht verwenden, da Aufwendungen für die OÖGKK und Kosten für Sie nicht ident sind.

18. Sind die Beträge am Leistungsblatt brutto oder netto angeführt?

Es handelt sich ausschließlich um Nettobeträge, das heißt die Mehrwertsteuer ist nicht ausgewiesen.

19. Entsprechen die Beträge dem tatsächlichen Aufwand der Kasse?

Nicht immer: Bei ärztlichen Leistungen sind aufgrund von vertraglichen Regelungen kleine Abweichungen zwischen dem angeführten Betrag und dem an den Arzt überwiesenen Honorar möglich.

20. Wurden Kostenanteile, die von den Patienten bezahlt wurden (Selbstbehalte) von den angeführten Beträgen abgezogen?

Nur bei Heilbehelfen/Hilfsmitteln und Zahnersatz/Kieferorthopädie werden die Selbstbehalte in Abzug gebracht. Bei Medikamenten (Heilmittel) ist z.B. der Aufwand ohne Abzug der Rezeptgebühren angeführt.

21. Woher kommen die Daten bzw. wie kommt man zu den Daten für die Leistungsinformation?

Die Daten stammen aus den Abrechnungssystemen der OÖGKK (Ärzten, Therapeuten, Apotheken, Bandagisten, Rettungsdiensten, Transportunternehmen und anderen Einrichtungen aus dem Gesundheitsbereich). Daraus wird die Leistungsinformation produziert.

22. Zentrum Gmundnerberg und Landeskrankenhaus Vöcklabruck

Krankenhausaufenthalte im Zentrum Gmundnerberg werden auf Grund der Zusammenlegung des LKH Vöcklabruck und des Zentrums Gmundnerberg gemeinsam ausgewiesen.

23. In welchem Namen erfolgt die Versendung der Leistungsinformation bei Mehrfachversicherung?

Für diese Fälle wurde in Abstimmung mit allen Trägern eine Reihung festgelegt. Alle Leistungen werden zu einem Leistungsblatt zusammengeführt und die abrechnenden Träger ausgewiesen.

24. Erfüllt die Leistungsinformation einen Kontrollzweck?

Die Leistungsinformation dient der gesetzlich vorgeschriebenen Information der Versicherten. Darüber hinaus sind wir unseren Versicherten und Beitragszahlern gegenüber verpflichtet, in Hinblick auf die wirtschaftliche Verwendung der verfügbaren Mittel, Hinweisen auf Ungereimtheiten nachzugehen.

25. Wollen die Krankenkassen Schwerkranken vorrechnen, wie teuer sie sind?

Nein! Die Krankenkassen vollziehen lediglich den gesetzlichen Auftrag die Versicherten zu informieren. Wir wissen, dass es sich bei kranken Menschen um einen ohnedies benachteiligten Personenkreis handelt. Es ist unser Bemühen, weiterhin die optimale medizinische Versorgung für unsere Versicherten und ihre Angehörigen sicherzustellen.

26. Wird eine Verminderung der Leistungsanspruchnahme bezweckt?

In Hinblick auf eine weiterhin ausgeglichene Finanzlage ist ein sparsamer Umgang mit therapeutischen Maßnahmen wünschenswert. Das ist aber nicht das Ziel der Information.

Die OÖGKK entwickelt viele Projekte, die Kostensteigerungen in der Medizin auf ein finanzierbares Maß eindämmen sollen, und die zur Verfügung stehenden Beitragsmittel flächendeckend gut einsetzen sollen. Ein Beispiel für ein solches Projekt ist der Einsatz von Generika dort wo es Sinn macht.

27. Weitere Auskünfte und Kontakt zur OÖGKK

Aus Datenschutzgründen können wir keine telefonische Auskunft zu konkreten Einzelpositionen geben. Sollten Sie jedoch der Ansicht sein, auf Ihrem Informationsblatt angeführte Leistungen nicht in Anspruch genommen zu haben, haben Sie folgende Möglichkeiten mit uns in Kontakt zu treten (wir antworten schriftlich).

Briefe: OÖ Gebietskrankenkasse, Postfach 20, 4021 Linz.

e-Mails: live@ooegkk.at

Telefon-Hotline: 05 78 07 - 50 20 00

Fax-Hotline: 05 78 07 - 10 90 10

ENDE