

# Hilfe im Krankheitsfall

## Ärztliche Hilfe

### Freie Arztwahl

Der Versicherte kann jede Vertragsärztin/jeden Vertragsarzt aufsuchen, der sein Vertrauen genießt (sowohl Ärzte für Allgemeinmedizin als auch Fachärzte). Er hat aber auch die Möglichkeit, eine Ärztin/einen Arzt ohne Kassenvertrag in Anspruch zu nehmen; in diesem Fall gebührt ihm der Ersatz der Kosten bis zu 80 % des Betrages, der vom Krankenversicherungsträger für die Behandlung durch einen Vertragsarzt aufzuwenden gewesen wäre.

### Sachleistung

Die ärztliche Hilfe wird grundsätzlich als Sachleistung gewährt, d. h., die Honorare der Ärztinnen und Ärzte – soweit sie Vertragsärzte sind – werden vom Krankenversicherungsträger beglichen.

In der Krankenversicherung der Beamten, der Eisenbahner, des Bergbaus und der selbständig Erwerbstätigen nach dem GSVG ist eine Kostenbeteiligung des Versicherten vorgesehen.<sup>1</sup> Bauern haben einen Behandlungsbeitrag von 10,09 EUR (2019) pro Behandlungsfall und Quartal (nicht für Überweisungen) zu zahlen. Für Arbeiter, Angestellte und freie Dienstnehmer gilt für die e-card ein Service-Entgelt von jährlich 11,70 EUR, wobei es verschiedene Befreiungsmöglichkeiten gibt.

### Therapiefreiheit des Arztes

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt ist in der Wahl der Therapiemittel – soweit sie wissenschaftlich anerkannt sind – frei. Sie bzw. er hat das Recht, seinen Patienten an einen Facharzt oder in Spitalsbehandlung zu überweisen.

Der Hauptverband hat zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit und der Zweckmäßigkeit sowie Einheitlichkeit der Vorgangsweise der Sozialversicherungsträger

Richtlinien für die ökonomische Verschreibweise von Medikamenten und Heilbehelfen sowie Richtlinien über die ökonomische Krankenbehandlung aufgestellt.

## Gleichgestellte Leistungen

Der ärztlichen Hilfe gleichgestellt sind eine aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche physiotherapeutische, logopädische oder ergotherapeutische Behandlung durch Personen, die zur freiberuflichen Ausübung der betreffenden Behandlung berechtigt sind, sowie eine psychotherapeutische Behandlung durch hierzu befähigte Ärztinnen/Ärzte oder Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, diagnostische Leistungen einer klinischen Psychologin/eines klinischen Psychologen sowie seit 1. April 2003 die aufgrund ärztlicher Verschreibung erforderliche Leistung einer Heilmasseurin/eines Heilmasseurs, die/der zur freiberuflichen Berufsausübung berechtigt ist.

## Medikamente

2018 wurden in Österreich rund 112 Millionen Medikamenten-Packungen mit den Krankenversicherungsträgern verrechnet (Datenquelle: Leistungsstatistik). Die Aufwendungen der Krankenversicherung betragen im Jahr 2018 rund 3,6 Mrd. EUR (Basis Kassenverkaufspreis (KVP) inkl. USt., Datenquelle: Finanzstatistik) für Arzneimittel. Gegenüber dem Vorjahr entsprach dies einer Erhöhung des Aufwandes um rund 2,5 %. Die Steigerungsraten früherer Jahre waren: 2013 +0,9 %, 2014 +5,4 %, 2015 +5,0 %, 2016 +2,5 % und 2017 +3,3 % (Datenquelle: Finanzstatistik).

Arzneispezialitäten, welche auf Kosten der sozialen Krankenversicherung abgegeben werden und deren Kassenverkaufspreis unter der Rezeptgebühr liegt, werden nur für von der Rezeptgebühr befreite Personen berücksichtigt.

## Rezeptgebühr

Die von der Vertragsärztin bzw. vom Vertragsarzt verordneten Medikamente können auf Rechnung der Krankenversicherungsträger in jeder Apotheke bezogen werden. An die Apotheke ist eine Rezeptgebühr zu entrichten. Dies ist eine Kostenbeteiligung des Versicherten. Im Jahr 2018 betrug die Rezeptgebühr 6,- EUR. Die Rezeptgebühr beträgt im Jahr 2019 6,10 EUR pro Verschreibung; jährlich erfolgt eine automatische Anpassung der Rezeptgebühr.

<sup>1</sup> Diese beträgt für Beamte in der Regel 20 % des Vertragstarifes sowie für Eisenbahner und Bergbaubedienstete in der Regel 14 % des Vertragstarifes. Für selbständig Erwerbstätige nach dem GSVG beträgt die Kostenbeteiligung i. d. R. 20 % der dem Versicherungsträger erwachsenden Kosten.



© Andres Rodriguez - Fotolia.com

## Befreiung von der Rezeptgebühr 2019

### 1. OHNE ANTRAG

- Für Bezieher/-innen von Geldleistungen, bei denen schon anlässlich der Zuerkennung dieser Leistung die besondere soziale Schutzbedürftigkeit festgestellt wurde; Beispiele: Pension mit Ausgleichszulage (für Bezieher/-innen einer Ausgleichszulage mit einem Ausgedinge gelten Sonderbestimmungen); Ruhe- und Versorgungsgenuss mit Ergänzungszulage.  
Die Befreiung von der Rezeptgebühr ist für die Ärzte bei Abfrage der e-card-Serverdaten ersichtlich.
- Für Patientinnen und Patienten mit anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten
- Für Zivildienstler und deren Angehörige

### 2. AUF ANTRAG BEI DER ZUSTÄNDIGEN KRANKENKASSE

- Für Personen, deren monatliche Nettoeinkünfte  

933,06,- EUR für Alleinstehende,	1.398,97 EUR für Ehepaare nicht übersteigen
----------------------------------	---

 Diese Beträge erhöhen sich für jedes Kind, dessen Nettoeinkommen 334,49 EUR nicht übersteigt, um 143,96 EUR.
- Für Personen, die infolge von Leiden oder Gebrechen überdurchschnittliche Ausgaben nachweisen, sofern die monatlichen Nettoeinkünfte  

1.073,02 EUR bei Alleinstehenden,	1.608,82 EUR bei Ehepaaren,
1.752,78 EUR bei Ehepaaren mit 1 Kind,	1.896,74 EUR bei Ehepaaren mit 2 Kindern

 nicht übersteigen; für jedes weitere Kind sind 143,96 EUR hinzuzurechnen  
 Leben im Familienverband des Versicherten Personen mit eigenem Einkommen, so ist dieses zu berücksichtigen.

### 3. WEGEN ÜBERSCHREITEN DER REZEPTGEBÜHRENOBERGRENZE

Bei Überschreiten der Rezeptgebührenobergrenze von 2 % des Jahresnettoeinkommens ist der Versicherte für den Rest des Kalenderjahres von der Rezeptgebühr befreit.

## Erstattungskodex (EKO)

In den Erstattungskodex, der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger herausgegeben wird, werden gemäß § 31 Abs. 3 Z 12 ASVG jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten aufgenommen, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten und Patientinnen im Sinne der Krankheitsbehandlung (§ 133 Abs. 2 ASVG) annehmen lassen. Am 31. Dezember 2018 waren im EKO 7.549 Packungen angeführt. Der überwiegende Teil der Packungen befand sich im Grünen Bereich des EKO.

## Rahmen-Pharmavertrag 2018

Für die Laufzeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2018 wurde ein Rahmen-Pharmavertrag zwischen der österreichischen Sozialversicherung und der Pharmazeutischen Industrie sowie dem Großhandel abgeschlossen. Neben den Interessensvertretungen der Pharmazeutischen Industrie und des Großhandels unterschrieben 104 pharmazeutische Unternehmen und sieben Arzneimittelgroßhändler diesen Vertrag. Der Rahmen-Pharmavertrag sah im Jahr 2016 einen Solidarbeitrag in Höhe von 125 Millionen Euro als Zahlung der Pharmaindustrie an die Krankenversicherungsträger vor. Für die Jahre 2017 und 2018 waren die Solidarbeiträge von der tatsächlichen Steigerung der Ausgaben für Arzneispezialitäten abhängig und bis zu einer Obergrenze von 80 Millionen Euro pro Jahr beschränkt. Zusätzlich wurden über den gesamten Vertragszeitraum Zahlungen von insgesamt rund 6,4 Millionen Euro für die Förderung von Projekten im Bereich Kindergesundheit und Prävention vereinbart.

## Arznei & Vernunft

Im November 2018 wurden die Leitlinie und die Patienteninformation zum Thema „Antiinfektiva“ auf der Homepage [www.arzneiundvernunft.at](http://www.arzneiundvernunft.at) veröffentlicht.

Bei der Behandlung von Infektionen, die durch Bakterien verursacht werden, kommen Antibiotika zum Einsatz. Antibiotika gehören zur großen Gruppe der Antiinfektiva. Bei der Wahl des Antibiotikums sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen, weswegen immer die Ärztin oder der Arzt beurteilen sollte, ob ein Antibiotikum erforderlich ist. So wirken Antibiotika beispielsweise nicht bei einem grippalen Infekt, der durch Viren verursacht ist. Bei Infektionen der oberen Atemwege ist daher meist keine Antibiotikatherapie erforderlich.

Die A&V-Leitlinien werden von der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Pharmig gemeinsam herausgegeben. Sie sollen Ärztinnen und Ärzte in der täglichen Praxis unterstützen und ihnen einen Überblick über die Vielfalt an Therapiekonzepten bei weit verbreiteten Erkrankungen geben. Weitere Informationen zur Initiative Arznei & Vernunft, der Leitlinie und der Patienteninformation finden Sie im Internet unter [www.arzneiundvernunft.at](http://www.arzneiundvernunft.at).

## Regelung für Produkte außerhalb des EKO aus dem gesetzlichen Medikamentenpaket

Der österreichische Gesetzgeber hat 2017 mit der Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (BGBl. I Nr. 2017/49) einen wichtigen Schritt in Richtung der Sicherung der Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems gesetzt.

So gilt seit 1. Jänner 2018 gemäß § 351c Abs 9a ASVG für Arzneispezialitäten außerhalb des EKO, deren Umsatz auf Kosten der sozialen Krankenversicherung in den letzten zwölf Monaten die Schwelle von 750.000 EUR (Basis Fabriksabgabepreis) überstiegen hat, der EU-Durchschnittspreis als Preisobergrenze. Der EU-Durchschnittspreis wird von der beim BMASGK eingerichteten Preiskommission ermittelt.

Hintergrund für die Einführung dieser gesetzlichen Preisgrenze war, dass der Ausgabenanteil für nicht im Erstattungskodex gelistete Arzneispezialitäten an den Gesamtausgaben aller Heilmittel von 2,5 % im Jahr 2005 (dem „Geburtsjahr“ des Erstattungskodex) bis zum Jahr 2017 bereits auf rund 14 % angestiegen war. Im Jahr 2018 ergab sich für diese Arzneispezialitäten außerhalb des Erstattungskodex ein Umsatz von rund 439 Millionen Euro (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung, Basis KVP). Im Lauf der Jahre hatten sich also immer mehr relevante Arzneispezialitäten einem EKO-Aufnahmeverfahren und der damit einhergehenden pharmakologischen, medizinischen sowie gesundheitsökonomischen Evaluation entzogen bzw. eine Anführung im EKO nicht zu wirtschaftlich vertretbaren Konditionen angeboten. Intention dieser Gesetzesnovelle war, diesem kritischen Trend entgegenzuwirken. Bisher wurden 75 unterschiedliche Arzneispezialitäten zur Feststellung des EU-Durchschnittspreises an die Preiskommission gemeldet (Datenmeldung bis 25.6.2019).

### Versorgung der Bevölkerung durch Apotheken

Apothekerinnen und Apotheker sind wertvolle Partner der Sozialversicherung bei der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Zum Stichtag 31. Dezember 2018 versorgten 1.370 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2018 853 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Der vom Hauptverband mit der Österreichischen Apothekerkammer abgeschlossene bundesweite Gesamtvertrag ist direkt für alle Apotheken wirksam. Dieser regelt die Abgabe von Arzneien, sonstigen Mitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Rechnung der Krankenversicherungsträger sowie die Rechnungslegung und Bezahlung.

Um das Zusammenwirken von Sozialversicherungen und Apotheken zu stärken, haben der Hauptverband und die Österreichische Apothekerkammer im Jahr 2018 drei neue Zusatzvereinbarungen zum Apotheker-Gesamtvertrag abgeschlossen.

Ziel ist es, gemeinsam weitere Schritte im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu setzen und so eine Effizienzsteigerung zu erreichen. Konkret werden mit den neuen Zusatzvereinbarungen

flankierende Maßnahmen zur Einführung der e-Medikation und des e-Rezepts gesetzt. Zudem soll auch der Informationsaustausch zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband vorangetrieben werden, um eine noch bessere Grundlage für die Versorgungsfor-schung zu erreichen.

### Hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte

Der Sondernachlass, den die hausapothekenführenden Ärztinnen und Ärzte den begünstigten Beziehern zu gewähren haben, wurde mit der 123. Änderung der Österreichischen Arzneitaxe (BGBl. II Nr. 464/2011) von 3,6 % auf 3,85 % (also um 0,25 Prozentpunkte) befristet bis 31.12.2015 angehoben. Mit der 132. Änderung der Österreichischen Arzneitaxe (BGBl. II Nr. 465/2015) wurde der Sondernachlass ab 1.1.2016 dauerhaft auf 3,85 % festgeschrieben.

### Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst bestimmte medizinische Leistungen, die von diplomierten Krankenschwestern bzw.

Pflegern auf ärztliche Anordnung erbracht werden (z. B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung etc.).

### Psychotherapie

Für Versicherte besteht unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Kostenzuschuss für die psychotherapeutische Behandlung durch eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten:

- Vorliegen einer psychischen Störung, die als Krankheit anzusehen ist,
- der Nachweis über einen Arztbesuch spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (diese ärztliche Kontaktaufnahme kann auch in einem Kassenambulatorium erfolgen),
- ab der elften Sitzung eine chefarztliche Genehmigung der Kasse.

Bei dieser Leistung gibt es bis zum Abschluss vertraglicher Regelungen mit den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Kostenzuschüsse, deren Höhe von der Dauer der Sitzung abhängt und davon, ob es sich um eine Einzel- oder Gruppentherapie handelt.

Psychotherapie auf Krankenschein kann u. a. bei Vertragsärztinnen und -ärzten, in Kassenambulatorien und bei Vereinen in Anspruch genommen werden, die mit der Kasse einen Vertrag abgeschlossen haben.

### Klinische Psychologie

Klinische Psychologinnen und Psychologen können nach Zuweisung durch (Vertrags-)Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten diagnos-

tische Testverfahren auf Rechnung der Krankenkassen durchführen. Eine Behandlung durch klinische Psychologinnen und Psychologen ist jedoch keine Kassenleistung.

## Medizinische Rehabilitation

Die Krankenkassen haben eine die Unfallversicherung und die Pensionsversicherung ergänzende Zuständigkeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation. Damit wird verstärkt auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen (z. B. Kinder, Hausfrauen) und der Pensionistinnen und Pensionisten gesorgt. Besondere Bedeutung kommt dieser Aufgabe z. B. bei der Betreuung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten zu, bei denen die physiotherapeutische und die logopädische Behandlung noch im Spital beginnt und anschließend über Spitalsambulanz und freie Praxis effizient fortgesetzt werden muss.

# Spitalspflege

Wenn es die Art der Krankheit erfordert oder wenn eine entsprechende häusliche Pflege nicht möglich ist, besteht Anspruch auf Gewährung von Spitalspflege. Diese wird in der nächstgelegenen Krankenanstalt aufgrund von vertraglichen Regelungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Rechtsträgern dieser Anstalten gewährt. Die Krankenversicherungsträger haben auch mit vielen privaten Krankenanstalten Verträge abgeschlossen. **Spitalspflege ist ohne zeitliche Begrenzung zu gewähren (solange es die Art der Krankheit erfordert).** Die österreichischen Spitäler haben zwei Gebührenklassen.

Die Versicherten haben in der allgemeinen Gebüh-

## Ergotherapie

Die Leistungen der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sind im Rahmen der Krankenbehandlung der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Sie können damit in gleicher Weise wie Logopädinnen/Logopäden und Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten für die soziale Krankenversicherung tätig werden. Allerdings ist es notwendig, eine Abgrenzung der verschiedenen Tätigkeitsbereiche der Ergotherapeutinnen und -therapeuten vorzunehmen.

Während die Reaktivierung der persönlichen Fähigkeiten der Patientin/des Patienten in den Leistungsbereich der sozialen Krankenversicherung fällt, ist die Adaptierung der persönlichen Lebensumwelt der Patientin/des Patienten dem Bereich der sozialen Rehabilitation zugeordnet.



© spotmatkphoto - Fotolia.com

renklasse, sofern keine Befreiung besteht, täglich (für höchstens 28 Kalendertage in jedem Jahr) einen länderspezifischen Kostenbeitrag von rund 14,- bis 18,- EUR an das Spital zu zahlen.

Für Familienangehörige (ASVG) sowie für Versicherte und Angehörige (BSVG) ist pro Kalenderjahr für maximal vier Wochen eine tägliche Kostenbeteiligung von maximal 23,- EUR vorgesehen, deren exakte Höhe von Spital zu Spital variiert.

## Spitäler

Das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) bezeichnet folgende Einrichtungen als Krankenanstalten: allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten, Pflegeanstalten für chronisch Kranke, Sanatorien und selbständige Ambulatorien. Spitäler im landläufigen Sinne sind allgemeine Krankenanstalten und Sonderkrankenanstalten. Heute gibt es 271 Spitäler mit über 67.000 systemisierten Betten. Von diesen sind 114 allgemeine Krankenhäuser und 157 Sonderkrankenhäuser. 114 Krankenanstalten mit gut 45.000 Betten werden über Landesgesundheitsfonds finanziert. Krankenanstalten werden vom Bund (6), von Ländern (88), Gemeinden (10) und religiösen Orden (35), von Privatgesellschaften (85), Vereinen und Stiftungen (4) oder von der Sozialversicherung (43) geführt. Zwischen Bund und Ländern wurde ab 2017 eine Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Ge-

sundheitswesens abgeschlossen. In jedem Bundesland sind Landesgesundheitsfonds eingerichtet worden, welche die Finanzierung aller im Bundesland bestehenden ehemaligen KRAZAF-zuschussberechtigten Krankenanstalten übernommen haben.

Die Sozialversicherungsträger leisten an die Landesfonds jährliche Pauschalzahlungen, mit denen alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich, einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, zur Gänze abgegolten sind.

Die österreichische Sozialversicherung nimmt vielfältige Mitwirkungsrechte in der Bundesgesundheitskommission sowie den Landesgesundheitsplattformen wahr. Insgesamt wird die Sozialversicherung 2019 voraussichtlich etwa 6,1 Milliarden EUR zur Finanzierung der Spitäler aufwenden.