



---

**Ausarbeitung**

---

**Überblick über die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich**

## Überblick über die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 – 003/17  
Abschluss der Arbeit: 19. April 2017  
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

---

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>Versicherter Personenkreis</b>	<b>6</b>
2.1.	Pflichtversicherte	6
2.1.1.	Dienstnehmer nach dem ASVG	7
2.1.2.	Dienstnehmerähnliche Personen nach dem ASVG	8
2.1.3.	Beamte und andere in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehende Personen	9
2.1.4.	Selbstständig Erwerbstätige	10
2.1.4.1.	Gewerblich selbstständig Erwerbstätige und sonstige selbstständig erwerbstätige Personen nach dem GSVG	10
2.1.4.2.	Freiberuflich selbstständig Erwerbstätige nach dem FSVG	12
2.1.4.3.	Selbstständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft nach dem BSVG	12
2.2.	Freiwillig Versicherte	13
2.2.1.	Selbstversicherung	14
2.2.2.	Weiterversicherung	14
2.2.3.	Zusatzversicherung	14
2.3.	Mitversicherte Angehörige	15
<b>3.</b>	<b>Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung</b>	<b>16</b>
3.1.	Die Träger der Krankenversicherung	16
3.2.	Die Krankenversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper und ihre Organe	17
3.3.	Befugnis der Krankenversicherungsträger zu genereller Rechtsetzung	17
3.4.	Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	18
3.5.	Aufsicht des Bundes	19
<b>4.</b>	<b>Versicherungsfälle und Leistungen</b>	<b>19</b>
4.1.	Aufgaben der Krankenversicherung	19
4.2.	Leistungsarten	20
4.3.	Anspruchsberechtigung während der Dauer der Krankenversicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung	21
4.4.	Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit	21
4.4.1.	Begriff der Krankheit	21
4.4.2.	Krankenbehandlung	22
4.4.2.1.	Umfang der Krankenbehandlung	22
4.4.2.2.	Ärztliche Hilfe	22
4.4.2.3.	Weitere selbstständige medizinische Berufe	23
4.4.2.4.	Heilmittel	23
4.4.2.5.	Heilbehelfe	24
4.4.3.	Medizinische Hauskrankenpflege	25
4.4.4.	Anstaltspflege	25

---

4.4.5.	Zahnbehandlung und Zahnersatz	26
4.4.6.	Reise- und Transportkosten	27
4.4.7.	Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung	27
4.5.	Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der geminderten Arbeitsfähigkeit	27
4.5.1.	Krankengeld	28
4.6.	Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft	29
4.7.	Sonstige Leistungen aus der Krankenversicherung	29
<b>5.</b>	<b>Leistungserbringungsrecht</b>	<b>30</b>
5.1.	Allgemeines	30
5.2.	Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Zahnärzten und Gruppenpraxen	31
5.2.1.	Vertragsärzte	31
5.2.1.1.	Gesamtverträge	31
5.2.1.2.	Einzelverträge	32
5.2.1.3.	Vertragsloser Zustand	33
5.2.1.4.	Streitigkeiten aus den Verträgen	33
5.2.2.	Wahlärzte	33
5.3.	Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den Krankenanstalten	34
5.3.1.	Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten	34
5.3.2.	Nicht landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten	35
5.4.	Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den Apothekern	35
5.5.	Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu anderen Vertragspartnern	35
5.6.	Leistungserbringung der Krankenversicherungsträger durch kasseneigene Einrichtungen	36
<b>6.</b>	<b>Zur Finanzierung der Krankenversicherung</b>	<b>36</b>
6.1.	Beiträge der Versicherten	37
6.2.	Einschätzungen zum Stand der Gesundheitsversorgung in Österreich	37
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>38</b>

## 1. Vorbemerkung

Die österreichische Regierung hat sich im Bereich der Gesundheitspolitik das Ziel gesetzt, einen Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung für alle gleich und unabhängig von Einkommen, Geschlecht und Alter zu gewährleisten<sup>1</sup>. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde in den letzten zwölf Jahren eine Reihe von Gesundheitsreformen verabschiedet: So wurde z.B. mit der Gesundheitsreform 2005 das Gesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen erlassen<sup>2</sup>. Mit dem Gesetz sollte die Möglichkeit geschaffen werden, „bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln und umzusetzen“<sup>3</sup>. Im Jahr 2010 wurden weitere Änderungen verabschiedet, insbesondere durch Einführung eines Kassenstrukturfonds, der die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung sicherstellen soll<sup>4</sup>.

Um die gesundheitspolitischen Ziele zur Sicherstellung einer angemessenen und guten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einerseits und einer möglichst weitgehenden Kostendeckung andererseits umzusetzen, hat der Bund mit den neun Bundesländern Zielvereinbarungen gemäß Art 15a des österreichischen Bundesverfassungsgesetzes (B-VG)<sup>5</sup> beschlossen, zuletzt mit Wirkung ab 1. Januar 2017: Die „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ und die „Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit“<sup>6</sup>.

Trotz der Einschätzung, die Gesundheitsversorgung in Österreich verfüge über einen umfassenden Krankenversicherungsschutz und garantiere den Zugang zu einem breiten Leistungsangebot für alle Bevölkerungsschichten<sup>7</sup>, wird daher offenbar nach wie vor konkreter Bedarf gesehen, die Organisation, das Leistungsangebot wie auch die Kostendeckung langfristig zu verbessern.

Die nachfolgende Arbeit gibt einen Überblick über die aktuellen Regelungen zur Krankenversicherung. Dazu muss zunächst nach verschiedenen Versichertengruppen unterschieden werden

---

1 Bundesministerium für Gesundheit, Das österreichische Gesundheitssystem, S. 11.

2 Beschluss des Nationalrates vom 10. Dezember 2004, das Gesetz ist mit Ausnahme einer Vorschrift am 1. Januar 2005 in Kraft getreten, BGBl I Nr. 179/2004.

3 S. Ministerium Frauen/Gesundheit, Qualitätsentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen, [http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem\\_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung\\_im\\_oesterreichischen\\_Gesundheitswesen](http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Qualitaetsentwicklung_im_oesterreichischen_Gesundheitswesen) (abgerufen am 18. April 2017).

4 S. Bundesgesetz über einen Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz), Beschluss des Nationalrates vom 19. Mai 2009, überwiegend am 15. Juni 2009 in Kraft getreten, BGBl I Nr. 52/2009.

5 In Kraft getreten am 19. Dezember 1945, StF (Staatsgesetzblatt für die Republik Österreich) BGBl Nr. 1 in der Fassung BGBl I Nr. 194/1999.

6 [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/8/5/CH1443/CMS1485517984989/15a\\_vereinbarung\\_organisation\\_und\\_finanzierung\\_text.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/8/5/CH1443/CMS1485517984989/15a_vereinbarung_organisation_und_finanzierung_text.pdf), [http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/8/5/CH1443/CMS1485517984989/15a\\_vereinbarung\\_zielsteuerung-gesundheit\\_text.pdf](http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/7/8/5/CH1443/CMS1485517984989/15a_vereinbarung_zielsteuerung-gesundheit_text.pdf).

7 So z. B. die Ansicht von Hofmarcher, Das österreichische Gesundheitssystem, S. 259, Habimana, Bachner u. a., Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, S. III.

(Kapitel 2). Auf der anderen Seite sind die unterschiedlichen Krankenversicherungsträger in den Blick zu nehmen (Kapitel 3). Der Umfang der Leistungen, die von Krankenversicherungsträgern erbracht werden, wird anhand der einzelnen Versicherungsfälle deutlich (Kapitel 4) und vor dem Hintergrund der vertraglichen Beziehungen zwischen den verschiedenen Akteuren (Kapitel 5). Abschließend wird auf Fragen zur Finanzierung des Gesundheitssystems eingegangen (Kapitel 6).

## 2. Versicherter Personenkreis

In Österreich ist nahezu die gesamte Bevölkerung gesetzlich krankenversichert<sup>8</sup>. Dabei ist – ebenso wie in Deutschland – zwischen Pflichtversicherten<sup>9</sup>, freiwillig Versicherten<sup>10</sup> und mitversicherten Angehörigen<sup>11</sup> zu unterscheiden. Im Vergleich hierzu tritt die in den §§ 178a ff. Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)<sup>12</sup> geregelte private Krankenversicherung vor allem mit Gruppen-Krankenversicherungen in Erscheinung, die sich angesichts der Versorgungsdichte der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel aber auf eine Zusatzversicherung beschränken, mit der die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung lediglich ergänzt werden<sup>13</sup>. Nach dem österreichischen Sozialversicherungsrecht setzt sich der Kreis der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten im Wesentlichen wie nachfolgend skizziert zusammen.

### 2.1. Pflichtversicherte

Die Pflichtversicherung erfasst den weitaus größten Teil der österreichischen Bevölkerung, auch die – unversorgten – Angehörigen von Pflichtversicherten sind in den Versicherungsschutz eingebunden<sup>14</sup>. Gleichwohl besteht in Österreich keine sog. Einwohner- oder Einheitsversicherung<sup>15</sup>. Ausgangspunkt für die Pflichtversicherung ist die Erwerbstätigkeit, wobei nach verschiedenen Berufsgruppen unterschieden wird. Ein einheitliches Sozialversicherungssystem für alle Erwerb-

---

8 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 57; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 38.

9 Vgl. hierzu näher nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.1.

10 Vgl. hierzu näher nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.2.

11 Vgl. hierzu näher nachfolgend zu Gliederungspunkt 2.3.

12 Bundesgesetz vom 2. Dezember 1958 über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz – VersVG), Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (BGBl.) Nr. 2/1959, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 112/2016; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10001979/VersVG%2c%20Fassung%20vom%2009.02.2017.pdf>.

13 Dies gilt etwa für eine private Krankenversicherung als Zusatzversicherung zur Finanzierung einer Behandlung in der sog. Sonderklasse einer Krankenanstalt; vgl. Resch, Sozialrecht, S. 58 und 85.

14 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 15.

15 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 15.

stätigen gibt es also nicht. Lediglich die Unfallversicherung ist für fast alle Berufsgruppen einheitlich im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)<sup>16</sup> geregelt. In der Krankenversicherung – und auch in der Pensionsversicherung – wird dagegen sowohl inhaltlich als auch organisatorisch berufsspezifisch zwischen den verschiedenen Formen der Erwerbstätigkeit differenziert<sup>17</sup>. Daher bestehen auch verschiedene Sozialversicherungs- bzw. Krankenversicherungsträger<sup>18</sup>.

Die Anknüpfung an die Erwerbstätigkeit bedeutet allerdings nicht, dass jeweils nur Erwerbstätige krankenversichert sind bzw. Leistungen aus der Krankenversicherung erhalten können. So sind nach dem ASVG auch Bezieher einer Pension aus der gesetzlichen Pensionsversicherung in der Krankenversicherung versichert (vgl. § 8 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe a ASVG). Gleiches gilt für Personen, die aufgrund des Wehrgesetzes 2001 Präsenz- oder Ausbildungsdienst leisten (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe c ASVG). Auch Bezieher einer Leistung aus dem Arbeitslosenversicherungsgesetz (ALVG)<sup>19</sup>, also insbesondere Bezieher von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, sowie Bezieher von Kinderbetreuungsgeld nach § 28 Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG)<sup>20</sup> sind hier krankenversichert (vgl. § 40 ALVG und § 8 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe f ASV). Finanziert wird die Krankenversicherung in diesen Fällen über Mittel der Arbeitsmarktpolitik bzw. des Familienlastenausgleichsfonds<sup>21</sup>. Weitere Personen ohne Erwerbstätigkeit können durch eine Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auf der Ermächtigungsgrundlage des § 9 ASVG in die Krankenversicherung nach dem ASVG einbezogen werden. Alle diese Modifikationen ändern jedoch nichts daran, dass die Versicherungspflichttatbestände der gesetzlichen Krankenversicherung ihrem Grundprinzip nach an die Erwerbstätigkeit anknüpfen<sup>22</sup>.

#### 2.1.1. Dienstnehmer nach dem ASVG

Die weitaus meisten – unselbstständig – erwerbstätigen Personen werden durch den Versicherungspflichttatbestand des § 4 Abs. 1 Nr. 1 ASVG als sog. Dienstnehmer in die Krankenversicherung einbezogen. Allerdings sind nicht alle Dienstnehmer in der Krankenversicherung versichert.

---

16 Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 in der Fassung BGBl. Nr. 18/1956, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 32/2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008147/ASVG%2c%20Fassung%20vom%2009.02.2017.pdf>.

17 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 23, Resch, Sozialrecht, S. 15.

18 Zu den verschiedenen Krankenversicherungsträgern vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 3.1.

19 Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 (ALVG), BGBl. Nr. 609/1977, letzte Änderung BGBl. I Nr. 31/2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008407/ALVG%2c%20Fassung%20vom%2010.02.2017.pdf>.

20 Kinderbetreuungsgeldgesetz (KBGG), BGBl. I Nr. 20/2002, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 53/2016, abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20001474/KBGG%2c%20Fassung%20vom%2010.02.2017.pdf>.

21 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 38.

22 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 38.

Vielmehr sieht das Gesetz eine Reihe von bedeutsamen Ausnahmen vor. Ausgenommen sind nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 ASVG zunächst geringfügig beschäftigte Personen. Sie unterliegen nur der Unfall-, nicht aber der Kranken- und Pensionsversicherung. Auch andere Dienstnehmer nimmt das Gesetz ganz oder teilweise von der Pflichtversicherung aus, weil sie nach anderen Regeln eine sozialrechtliche Absicherung besitzen (vgl. § 5 ASVG). Dazu zählen insbesondere jene Beschäftigten, die sich in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis befinden, also vor allem Beamte. Zwar ist nicht der gesamte „öffentliche Dienst“ vom ASVG ausgenommen. Die Krankenversicherung – und auch die Unfallversicherung – der meisten öffentlich Bediensteten ist aber im Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG)<sup>23</sup> geregelt<sup>24</sup>.

Dienstnehmer im Sinne des ASVG ist danach, „wer in einem Verhältnis persönlicher und wirtschaftlicher Abhängigkeit gegen Entgelt beschäftigt wird“ (§ 4 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 ASVG). Der sozialversicherungsrechtliche Begriff des Dienstnehmers entspricht im Wesentlichen dem Arbeitnehmerbegriff des Arbeitsvertragsrechts<sup>25</sup>.

Geringfügig beschäftigte Dienstnehmer sind dagegen nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 ASVG von der Krankenversicherung ausgenommen. Ein Beschäftigungsverhältnis gilt nach § 5 Abs. 2 Satz 1 ASVG als geringfügig, wenn daraus im Kalendermonat im Durchschnitt kein höheres Entgelt als 425,70 Euro beansprucht werden kann. Geringfügig Beschäftigten räumt der Gesetzgeber aber mit der Bestimmung des § 19a ASVG eine finanziell interessante Möglichkeit zu einer freiwilligen Selbstversicherung in der Krankenversicherung – und der Pensionsversicherung – ein<sup>26</sup>, die Festlegung eines monatlichen Pauschalbeitrags gemäß § 19a ASVG, die derzeit 60,09 Euro beträgt, wovon auf die Krankenversicherung 27,3 Prozent und auf die Pensionsversicherung 72,7 Prozent entfallen (vgl. § 77 Abs. 2a Satz 1 ASVG).

#### 2.1.2. Dienstnehmerähnliche Personen nach dem ASVG

Nach den Versicherungspflichttatbeständen in § 4 Abs. 1 Nr. 2 bis 14 ASVG sind bestimmte Personen krankenversichert, obwohl sie keine Dienstnehmer im Sinne des § 4 Abs. 2 ASVG sind. Es handelt sich überwiegend um Erwerbstätige, die persönlich selbstständig sind, wirtschaftlich aber einem Dienstnehmer näher stehen als einem selbstständigen Unternehmer<sup>27</sup>. Hierzu zählen beispielsweise Vorstandsmitglieder von Aktiengesellschaften, soweit sie aufgrund ihrer Tätigkeit als Vorstandsmitglied nicht schon nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 2 ASVG pflichtversichert sind (§ 4 Abs. 1 Nr. 6 ASVG). Gleiches gilt aber auch für bestimmte andere Berufs-

---

23 Bundesgesetz vom 31. Mai 1967 über die Kranken- und Unfallversicherung öffentlich Bediensteter (Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG), BGBl. Nr. 200/1967, letzte Änderung: BGBl. Nr. 30/2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008215/B-KUVG%2c%20Fassung%20vom%2013.02.2017.pdf>.

24 Zur Krankenversicherung der Beamten und anderer in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehenden Personen vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 2.1.3.

25 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 33; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 16.

26 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 18.

27 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 19.



gruppen, wie z. B. Heimarbeiter und auch Personen, die sich einer bestimmten Ausbildung unterziehen, hierunter fallen zum Beispiel auch Rechtspraktikanten (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 4 ASVG).

Darüber hinaus unterliegen der gesetzlichen Krankenversicherung als Pflichtversicherte in bestimmten Fällen auch Personen, die sich auf Grund freier Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen verpflichtet haben, und zwar für einen Dienstgeber im Rahmen seines Geschäftsbetriebes (vgl. § 4 Abs. 4 Halbsatz 1 Nr. 1 ASVG) oder für eine Gebietskörperschaft oder aber eine sonstige juristische Person des öffentlichen Rechts (vgl. § 4 Abs. 4 Halbsatz 1 Nr. 2 ASVG).

Allerdings greift dieser Versicherungspflichttatbestand dann nicht, wenn die Erwerbstätigkeit dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG)<sup>28</sup> unterfällt, eine Pflichtversicherung nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG)<sup>29</sup> oder dem Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG)<sup>30</sup> besteht, sonst eine selbstständige Tätigkeit ausgeübt wird, die die Zugehörigkeit zu einer der Kammern der freien Berufe begründet, oder es sich um eine Tätigkeit als Kunstschaffender nach dem Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz (K-SVFG)<sup>31</sup> handelt (vgl. im Einzelnen die Regelungen in § 4 Abs. 4 Halbsatz 2 ASVG).

### 2.1.3. Beamte und andere in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehende Personen

Die Krankenversicherung der Beamten und anderer in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis stehender Personen richtet sich – wie bereits erwähnt<sup>32</sup> – nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG). Auch sog. Vertragsbedienstete sind von der Krankenversicherung nach dem ASVG ausgenommen und unterfallen diesbezüglich – ebenso wie bestimmte öffentliche Funktionsträger – der Versicherungspflicht nach dem B-KUVG.

---

28 Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der gewerblichen Wirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz – GSVG), BGBl. Nr. 560/1978, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 33/2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008422/GSVG%2c%20Fassung%20vom%2013.02.2017.pdf>.

29 Bundesgesetz vom 11. Oktober 1978 über die Sozialversicherung der in der Land- und Forstwirtschaft selbständig Erwerbstätigen (Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG), BGBl. Nr. 559/1978, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 33/2017; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008431/BSVG%2c%20Fassung%20vom%2013.02.2017.pdf>.

30 Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbständig Erwerbstätiger (Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz – FSVG), BGBl. Nr. 624/1978, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 162/2015; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10008423/FSVG%2c%20Fassung%20vom%2013.02.2017.pdf>.

31 Bundesgesetz über die Errichtung eines Fonds zur Förderung der Beiträge der selbstständigen Künstler zur gesetzlichen Sozialversicherung (Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz – K-SVFG), BGBl. I Nr. 131/2000, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 15/2015; abrufbar im Internet unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20001060/K-SVFG%2c%20Fassung%20vom%2013.02.2017.pdf>

32 Vgl. hierzu bereits oben zu Gliederungspunkt 2.1.1.

Der Kreis der in der Krankenversicherung nach dem B-KUV Pflichtversicherten ist im Einzelnen in § 1 Nr. 1 bis 23 dieses Gesetzes geregelt. Der Pflichtversicherung unterliegen danach insbesondere – sofern nicht eine Ausnahme nach § 2 B-KUV gegeben ist – die in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis zum Bund, einem Bundesland, einem Gemeindeverband oder einer Gemeinde stehenden Dienstnehmer, soweit nicht nach ihren dienstrechtlichen Vorschriften der Entfall ihrer Dienstbezüge wegen Übernahme einer Funktion nach den Bundesbezügegesetz<sup>33</sup> oder einem bezügerechtlichen Landesgesetz vorgesehen ist (§ 1 Abs. 1 Nr. 1 B-KUV).

Nach dem B-KUV sind auch bestimmte öffentliche Funktionsträger in der Krankenversicherung pflichtversichert. Hierzu zählen etwa die Mitglieder des Nationalrates, des Bundesrates und die von Österreich entsandten Mitglieder des Europäischen Parlaments (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 8 B-KUV), der Bundespräsident, die Mitglieder der Bundesregierung, die Staatssekretäre, der Präsident sowie der Vizepräsident des Rechnungshofes und die Mitglieder der Volksanwaltschaft (vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 9 B-KUV). Gleiches gilt für besondere Funktionsträger auf Länder- oder Gemeindeebene.

Die Krankenversicherung nach dem B-KUV greift – ausnahmsweise – dann nicht, wenn der Versicherte in einer der in § 2 Abs. 1 Nr. 2 B-KUV aufgeführten Krankenfürsorgeeinrichtungen für den Fall der Krankheit versichert ist. So bestehen beispielsweise in Oberösterreich eigene mit Landesgesetz eingerichtete Krankenfürsorgeeinrichtungen für Beamte und Vertragsbedienstete.

#### 2.1.4. Selbstständig Erwerbstätige

Das österreichische Krankenversicherungssystem erfasst auch die selbstständig Erwerbstätigen, die nach und nach in die Pflichtversicherung einbezogen wurden. Der Versicherungsschutz für diese Personen wird aber nicht durch ein einheitliches Sozialversicherungsgesetz gewährt, sondern ist – je nach Erwerbszweig – auf verschiedene Systeme aufgeteilt<sup>34</sup>. So unterliegen die in der gewerblichen Wirtschaft selbstständig Erwerbstätigen und die sonstigen selbstständig erwerbstätige Personen dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG), einige Gruppen freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger dem Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG) und die in der Land- und Forstwirtschaft selbstständig Erwerbstätigen sowie ihre mitarbeitenden Angehörige dem Bauern- Sozialversicherungsgesetz (BSVG).

##### 2.1.4.1. Gewerblich selbstständig Erwerbstätige und sonstige selbstständig erwerbstätige Personen nach dem GSVG

Die Pflichtversicherung der Selbstständigen in der Krankenversicherung nach dem GSVG erfasst zwei Versicherungsgruppen: Einerseits – und schon seit langem – die gewerblich selbstständig Erwerbstätigen, sofern sie Mitglieder der Kammern der gewerblichen Wirtschaft sind (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 GSVG) und andererseits die sonstigen selbstständig erwerbstätigen Personen,

---

33 Bundesgesetz über die Bezüge der obersten Organe des Bundes, der Mitglieder des Nationalrates und des Bundesrates (Bundesbezügegesetz – BBezG), BGBl. I Nr. 97/2000, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 65/2015.

34 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 40; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 20.

die auch als sog. „neue Selbstständige“ bezeichnet werden (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG). Für diese beiden Versicherungsgruppen gilt im Wesentlichen Folgendes:

Nach dem GSVG in der Krankenversicherung pflichtversichert sind zunächst die im Inland in der gewerblichen Wirtschaft selbstständig Erwerbstätigen, die als natürliche Person und Einzelunternehmer Mitglied der Kammern der gewerblichen Wirtschaft sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 GSVG). Die nach den Versicherungspflichttatbeständen in § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 GSVG versicherten Personen werden in der Literatur auch als sog. „alte Selbstständige“ bezeichnet, da deren Versicherungspflicht durch das Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetz 1997 (ASRÄG 1997)<sup>35</sup> praktisch unverändert geblieben sind<sup>36</sup>.

Das GSVG sieht in § 4 Abs. 1 vielfältige Ausnahmen von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vor. Eine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung besteht beispielsweise nicht bei Personen, die das Ruhen ihres Gewerbebetriebes angezeigt haben, für die Dauer des Ruhens (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 GSVG).

Es gibt selbstständige Erwerbstätigkeiten, die der Gewerbeordnung nicht unterliegen und für die daher eine Gewerbeberechtigung gar nicht erforderlich ist. Außerdem kommt es nicht selten vor, dass zwar gewerbsmäßige Erwerbstätigkeiten ausgeübt werden, die nötige Berechtigung aber nicht beantragt oder nicht erteilt wird. Vor Inkrafttreten des Arbeits- und Sozialrechtsänderungsgesetzes 1997 bestand in solchen Fällen keine Pflichtversicherung in der Krankenversicherung<sup>37</sup>. Nunmehr erfasst der Versicherungspflichttatbestand des § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG auch alle sonstigen selbstständig erwerbstätigen Personen, die auf Grund einer betrieblichen Tätigkeit Einkünfte im Sinne des § 22 Nr. 1 bis 3 und 5 oder des § 23 des Einkommensteuergesetzes 1988 (EStG 1988)<sup>38</sup> erzielen, wenn auf Grund dieser betrieblichen Tätigkeit nicht bereits Pflichtversicherung nach dem GSVG oder einem anderen Bundesgesetz in dem entsprechenden Versicherungszweig eingetreten ist. Mit der Einbeziehung dieser sog. „neuen Selbstständigen“ in die gesetzliche Krankenversicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG sollen im Rahmen des Konzepts einer umfassenden Sozialversicherung alle Formen selbstständiger Erwerbstätigkeit – ohne Rücksicht auf die Ausübung eines Gewerbes – einschließlich der „unabhängigen“ freien Dienstnehmer der Versicherungspflicht nach dem GSVG zu unterworfen werden<sup>39</sup>.

Eine bedeutsame – nur aus der historischen Entwicklung heraus verständliche – Ausnahme von der Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG besteht innerhalb der „neuen Selbstständigen“ für freiberuflich Tätige nach der Vorschrift des § 5 GSVG. Von der Pflichtversicherung in

---

35 BGBl. I Nr. 139/1997.

36 Vgl. etwa Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 40.

37 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 21.

38 Bundesgesetz vom 7. Juli 1988 über die Besteuerung des Einkommens natürlicher Personen (Einkommensteuergesetz 1988 – EStG 1988), BGBl. Nr. 400/1988, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 117/2016.

39 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 40 f.

der Krankenversicherung sind danach – bei Vorliegen der im Gesetz näher aufgeführten Voraussetzungen - Personen ausgenommen, wenn sie auf Grund ihrer Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen beruflichen Vertretung und auf Grund der Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG Anspruch auf Leistungen haben, die den Leistungen nach dem GSVG gleichartig oder zumindest annähernd gleichwertig sind, und zwar gegenüber einer Einrichtung dieser gesetzlichen beruflichen Vertretung oder aus einer verpflichtend abgeschlossenen Selbstversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG oder dem GSVG (§ 5 Abs. 1 GSVG). Von dieser partiellen oder gänzlichen Ausnahme auf Antrag haben die Notare, Architekten und Ingenieurkonsulenten, die Tierärzte, Patentanwälte, Apotheker, Wirtschaftstreuhänder, Ärzte und Rechtsanwälte Gebrauch gemacht<sup>40</sup>.

Zu beachten ist, dass auch die Versicherungspflicht nach § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG eine sog. Mindestbeitragsgrundlage enthält, bei der es sich der Sache nach um eine „Geringfügigkeitsgrenze“ handelt<sup>41</sup>.

#### 2.1.4.2. Freiberuflich selbstständig Erwerbstätige nach dem FSVG

Eine eigene Gruppe innerhalb der selbstständig Erwerbstätigen bilden die – oben bereits angesprochenen – Angehörigen der freien Berufe. Die sozialversicherungsrechtliche Absicherung einiger Gruppen der freiberuflich selbstständig Erwerbstätigen ist im Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG) geregelt (vgl. § 1 FSVG). So sind gemäß § 2 FSVG die selbstständigen Apotheker, Patentanwälte und Ziviltechniker (Architekten und Ingenieurkonsulenten) in der Pensionsversicherung und die freiberuflich tätigen Ärzte und Zahnärzte in der Unfall- und Pensionsversicherung pflichtversichert. Der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung unterliegen nach dem FSVG dagegen nur die Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung nach § 2 FSVG, wenn und soweit die Voraussetzungen des Versicherungspflichttatbestandes des § 4 FSVG erfüllt sind. Seit dem Inkrafttreten des Arbeitsrechts- und Sozialrechtänderungsgesetzes 1997 unterliegen freiberuflich selbstständig Erwerbstätige im Übrigen aber grundsätzlich der Krankenversicherungspflicht nach dem Auffangtatbestand des § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG. Da manche von ihnen, insbesondere im Rahmen ihrer gesetzlichen Interessenvertretung, jedoch über eine eigene Krankenvorsorge verfügen, konnten sie gemäß § 5 GSVG auf Antrag ihrer Interessenvertretung von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG ausgenommen werden, wenn ihre anderweitige Absicherung den Leistungen des GSVG gleichwertig war. Die meisten gesetzlichen Interessenvertretungen sind so verfahren<sup>42</sup>.

#### 2.1.4.3. Selbstständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft nach dem BSVG

Die in der Land- und Forstwirtschaft selbstständig Erwerbstätigen und ihre mittätigen Angehörigen sind nach Maßgabe des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes (BSVG) in der Krankenversicherung pflichtversichert (§ 1 BSVG). Erfasst sind nach dem BSVG Personen, die auf ihre Rechnung und Gefahr einen land- bzw. forstwirtschaftlichen Betrieb führen oder auf deren Rechnung und

---

40 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 24.

41 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 43; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 21; Resch, Sozialrecht, S. 23.

42 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 23 und 38; Resch, Sozialrecht, S. 25.

Gefahr ein solcher Betrieb geführt wird (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 Satz 1 BSVG). Wird ein land- oder forstwirtschaftlicher Betrieb von Ehegatten gemeinsam geführt oder ist ein Ehegatte hauptberuflich im Betrieb des anderen tätig, sind beide Ehegatten pflichtversichert (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 3 BSVG). Gleiches gilt nach dieser Vorschrift für eingetragene Partner. In der Krankenversicherung pflichtversichert sind darüber hinaus auch die Kinder eines land- bzw. forstwirtschaftlichen Betriebsführers, wenn sie hauptberuflich in diesem Betrieb beschäftigt sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 BSVG). Ob eine Beschäftigung hauptberuflich ausgeübt wird, hängt von ihrem wirtschaftlichen und zeitlichen Umfang ab und bestimmt sich im Einzelnen nach § 2 Abs. 7 BSVG.

Entscheidende Bedeutung hat im BSVG die Betriebsgröße, da die Pflichtversicherung in der Krankenversicherung für die in § 2 Abs. 1 Nr. 1 BSVG genannten „Betriebsführer“ grundsätzlich nur besteht, wenn der nach dem Bewertungsgesetz 1955<sup>43</sup> festgestellte Einheitswert des land- bzw. forstwirtschaftlichen Betriebes den Betrag von 1.500 Euro erreicht oder übersteigt (§ 2 Abs. 2 Satz 1 BSVG). Die Führer von Klein- und Kleinstbetrieben sind auf diese Weise von der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung ausgenommen<sup>44</sup>. Diese Ausnahme von der Versicherungspflicht betrifft nach § 2 Abs. 2 Satz 2 BSVG aber im Wesentlichen Nebenerwerbslandwirte<sup>45</sup>.

## 2.2. Freiwillig Versicherte

Für den kleinen Kreis der Personen, die nicht bereits kraft Gesetzes der Pflichtversicherung unterliegen, besteht die Möglichkeit, sich freiwillig in der Krankenversicherung versichern zu lassen. In Betracht kommt dies zum Beispiel für Dienstnehmer und dienstnehmerähnliche Personen, die wegen Geringfügigkeit der Beschäftigung nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 ASVG von der Krankenversicherung ausgenommen sind, gewerblich selbstständig Erwerbstätige und sonstige selbstständig erwerbstätige Personen, die nach den §§ 4 oder 5 GSVG keiner Versicherungspflicht in der Krankenversicherung unterliegen oder Personen, die gar nicht erwerbstätig sind. Von Bedeutung ist die Möglichkeit einer freiwilligen Versicherung aber etwa auch für Studenten, deren sozialversicherungsrechtliche Kindeseigenschaft (vgl. § 252 ASVG) wegen zu langer Studiendauer weggefallen ist oder die den geforderten Studienerfolg nicht nachweisen<sup>46</sup>. Die freiwillige Versicherung soll insbesondere Lücken der gesetzlichen Pflichtversicherung schließen und im Rahmen der staatlichen Sozialversicherung Vorsorge treffen<sup>47</sup>. Dementsprechend gibt es verschiedene Arten der freiwilligen Versicherung, die allerdings nicht in allen Zweigen und Systemen der

---

43 Bundesgesetz vom 13. Juli 1955 über die Bewertung von Vermögenswerten (Bewertungsgesetz 1955 – BewG 1955), BGBl. Nr. 148/1955 in der Fassung BGBl. Nr. 231/1955, letzte Änderung BGBl. I Nr. 77/2016.

44 Vgl. Pfeil, Österreichische Sozialrecht, S. 22; Resch, Sozialrecht, S. 25 f.

45 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 22; Resch, Sozialrecht, S. 25.

46 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 25 und 38; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 30.

47 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 24; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 30; Resch, Sozialrecht, S. 26 f.

österreichischen Sozialversicherung in gleicher Weise vorgesehen sind. In der Krankenversicherung sind drei Formen der freiwilligen Versicherung zu unterscheiden: Die Selbstversicherung, die Weiterversicherung und die Zusatzversicherung.

### 2.2.1. Selbstversicherung

Die Selbstversicherung soll Personen Versicherungsschutz ermöglichen, für die keine Pflichtversicherung besteht. Seit der 50. Novelle zum ASVG aus dem Jahr 1991 ist sie in allen Zweigen der Sozialversicherung, also auch in der Krankenversicherung, möglich<sup>48</sup>. Neuerdings können sich aber – wie oben bereits erwähnt<sup>49</sup> – auch Personen mit Wohnsitz in Österreich, die als geringfügig Beschäftigte nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 ASVG von der Krankenversicherung ausgenommen sind und auch sonst weder in der Krankenversicherung noch in einem anderen Bundesgesetz pflichtversichert sind, auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern (§ 19a Abs. 1 Satz 1 ASVG). Auch selbstständig Erwerbstätige im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 4 GSVG, die auf Grund eines Antrages ihrer gesetzlichen beruflichen Vertretung gemäß § 5 GSVG von der Pflichtversicherung der Krankenversicherung ausgenommen sind<sup>50</sup>, können sich auf Antrag in der Krankenversicherung selbstversichern, wenn und solange sie eine freiberufliche Erwerbstätigkeit ausüben (§ 14a Abs. 1 Nr. 1 GSVG).

### 2.2.2. Weiterversicherung

Mit Hilfe der Weiterversicherung kann eine beendete Pflichtversicherung fortgesetzt und so sichergestellt werden, dass keine nachteilige Lücken im Versicherungsverlauf entstehen<sup>51</sup>. Die dem ASVG unterliegenden Dienstnehmer und dienstnehmerähnlichen Personen bedürfen einer solchen Weiterversicherung in der Krankenversicherung allerdings nicht, weil bei ihnen ohnehin eine Selbstversicherung zulässig ist. Das österreichische Sozialrecht sieht die Möglichkeit einer Weiterversicherung in der Krankenversicherung aber für die vom GSVG erfassten Selbstständigen vor. Nach der Bestimmung des § 8 Abs. 1 Satz 1 GSVG können Personen, die aus der Pflichtversicherung nach dem GSVG ausscheiden, sich und ihre mitversicherten Familienangehörigen grundsätzlich weiterversichern.

### 2.2.3. Zusatzversicherung

Den Abschluss einer Zusatzversicherung in der Krankenversicherung, die den Bezug von Leistungen ermöglicht, die auf Grund der Pflichtversicherung nicht zustehen würden, sieht nur das GSVG vor. Nach § 9 Abs. 1 GSVG können pflicht- und selbstversicherte Selbstständige (§§ 2 Abs. 1 und 14a GSVG) bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres eine Zusatzversicherung auf Krankengeld im Falle ihrer Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit abschließen. Durch den Abschluss einer Familienversicherung kann der Selbstständige unter den in § 10 GSVG geregelten

---

48 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 24.

49 Vgl. die Ausführungen zu Gliederungspunkt 2.1.1.

50 Vgl. hierzu näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.4.1.

51 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 28; Brodil-Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 30; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 25.

Voraussetzungen darüber hinaus auch für bestimmte nahe Angehörige, soweit diese nicht ohnehin gesetzlich versichert sind, den Schutz der Krankenversicherung erlangen.

### 2.3. Mitversicherte Angehörige

Nach dem ASVG besteht für bestimmte nahe Angehörige der ASVG-Versicherten Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung, sofern sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich haben, nicht ohnehin selbst nach dem ASVG oder einer anderen Vorschrift krankenversichert sind und auch für sie seitens einer Krankenfürsorgeeinrichtung eines öffentlich-rechtlichen Dienstgebers Krankenfürsorge nicht vorgesehen ist (§ 123 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ASVG<sup>52</sup>).

Die Vorschrift des § 123 Abs. 7 Satz 1 ASVG<sup>53</sup> erweitert den Kreis der Mitversicherten um bestimmte Angehörige, die mit dem Versicherten seit mindestens zehn Monaten in Hausgemeinschaft leben und dem Versicherten seit dieser Zeit unentgeltlich den Haushalt führen, sofern ein im gemeinsamen Haushalt lebender arbeitsfähiger Ehegatte oder eingetragener Partner nicht vorhanden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen sind nach § 123 Abs. 7a ASVG auch anders- oder gleichgeschlechtliche Lebensgefährten des Versicherten in der Krankenversicherung mitversichert. Mit dieser Regelung wurde die Mitversicherung von Lebensgefährten verbessert, da der früher noch bestehende Ausschluss der Mitversicherung gleichgeschlechtlicher Hausgenossen nach der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes gegen den Gleichheitssatz verstieß<sup>54</sup>.

Als mitversicherte Angehörige, für die Anspruch auf Leistungen der Krankenversicherung besteht, gelten nach § 123 Abs. 7b Satz 1 ASVG grundsätzlich auch Personen, die einen Versicherten mit Anspruch auf Pflegegeld in Höhe der Stufe 3 nach § 5 des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG)<sup>55</sup> oder nach den Bestimmungen der Landespflegegeldgesetze unter ganz überwiegender Beanspruchung ihrer Arbeitskraft nicht erwerbstätig in häuslicher Umgebung pflegen.

Um Missbräuche auszuschließen<sup>56</sup>, gelten Ehegatten und eingetragene Partner sowie die in § 123 Abs. 7, 7a, 7b und 8 ASVG genannten Personen nur dann als mitversicherte Angehörige, soweit

---

52 Für die nahen Angehörigen der nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz Krankenversicherten findet sich eine entsprechende Regelung in § 56 Abs. 1 Satz 1 B-KUVG und für die Angehörigen der nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz Krankenversicherten in § 78 Abs. 1 BSVG.

53 Gleichlautende Regelungen finden sich in § 56 Abs. 6 Satz 1 B-KUVG und § 78 Abs. 6a BSVG.

54 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 68 mit Fußnote 7 unter Hinweis auf die Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes (VfGH) G 87/05 u.a., VfSlg 17.659 –17.680.

55 Bundesgesetz, mit dem ein Pflegegeld eingeführt wird (Bundespflegegeldgesetz – BPGG), BGBl. Nr. 457/1993, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 116/2016.

56 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 39.

sie nicht als freiberuflich Tätige gemäß § 5 Abs. 1 GSVG von der Pflichtversicherung ausgenommen sind<sup>57</sup> oder als freiberuflich selbstständig Erwerbstätige zu den in § 2 Abs. 1 FSVG genannten Personen gehören<sup>58</sup> (§ 123 Abs. 9 Buchstabe a und c ASVG). So kann beispielsweise ein Rechtsanwalt die Ehegattin zwar als Dienstnehmer<sup>59</sup> beschäftigen, er selbst kann sich dadurch aber nicht den Krankenversicherungsschutz des ASVG als Mitversicherter verschaffen<sup>60</sup>. Nicht in der Krankenversicherung versicherte Selbstständige müssen deshalb von sich aus für einen Krankenversicherungsschutz sorgen<sup>61</sup>.

Die Mitversicherung der in § 123 ASVG genannten Angehörigen ist grundsätzlich beitragsfrei<sup>62</sup>.

### 3. Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung

#### 3.1. Die Träger der Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in Österreich öffentlich-rechtlich organisiert, wird aber nicht unmittelbar vom Staat durch Bundes- oder Landesbehörden vollzogen, sondern von eigenen Behörden, nämlich den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung<sup>63</sup>. Derzeit wird sie von insgesamt 19 Krankenversicherungsträgern durchgeführt, die nach dem versicherten Personenkreis oder zum Teil nach regionalen Gesichtspunkten gegliedert sind. Für die unselbstständig Erwerbstätigen, also die Dienstnehmer und die dienstnehmerähnlichen Personen nach dem ASVG<sup>64</sup>, sind hauptsächlich neun Gebietskrankenkassen zuständig, die in jedem Bundesland errichtet worden sind (§ 23 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Nr. 1 ASVG). Hinzu kommen sechs Betriebskrankenkassen, deren Zuständigkeit sich auf die Beschäftigten in dem jeweiligen Betrieb beschränkt (§ 23 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Nr. 3 ASVG).

---

57 Zur Regelung des § 5 Abs. 1 GSVG vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.4.1.

58 Zur Versicherungspflicht freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger in der Krankenversicherung nach dem FSVG vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.1.4.2.

59 Zur Versicherungspflicht der Dienstnehmer in der Krankenversicherung nach dem AVSG vgl. eingehend oben zu Gliederungspunkt 2.1.1.

60 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 39.

61 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 59.

62 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 39.

63 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 46; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 124; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 20 f.

64 Vgl. zu diesem Personenkreis näher oben zu Gliederungspunkten 2.1.1. und 2.1.2.



---

Die Gebietskrankenkassen erhalten insbesondere für Maßnahmen der Ausgabendämpfung nach dem Krankenkassen-Strukturfondsgesetz<sup>65</sup> Mittel aus dem beim Bundesministerium für Gesundheit errichteten Krankenkassenstrukturfonds. Dieser ist für die Jahre 2016 bis 2018 auf jährlich zehn Mio.€ dotiert (§ 6 des Gesetzes).

### 3.2. Die Krankenversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper und ihre Organe

Die vom Bundesgesetzgeber in den verschiedenen Sozialversicherungsgesetzen errichteten und auch weitgehend organisatorisch festgelegten Krankenversicherungsträger sind Körperschaften des öffentlichen Rechts (vgl. etwa die §§ 17 Abs. 1 GSVG, 15 Abs. 1 BSVG, 10 Abs. 1 B-KUVG), die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnehmen und mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattet sind. Sie sind als Selbstverwaltungskörper organisiert, handeln bei der Erfüllung dieser Aufgaben also grundsätzlich weisungsfrei, unterliegen aber einer weitreichenden staatlichen Aufsicht des Bundes<sup>66</sup>. Jeder Krankenversicherungsträger verfügt auf Grund des jeweils maßgeblichen Sozialversicherungsgesetzes mit dem Vorstand, der Generalversammlung und der Kontrollversammlung über drei Organe die gesetzlich als „Verwaltungskörper“ bezeichnet werden (vgl. zum Beispiel § 419 Abs. 1 ASVG).

Die Generalversammlung hat insbesondere über den Jahresvorschlag (Haushaltsplan), den Rechnungsabschluss und die Satzung des Krankenversicherungsträgers zu beschließen. Dem Vorstand obliegt die Geschäftsführung sowie die Vertretung des Krankenversicherungsträgers (§ 434 Abs. 1 Satz 1 ASVG).

Die Kontrollversammlung hat die Aufgabe, die gesamte Tätigkeit des Krankenversicherungsträgers ständig zu überwachen, zu diesem Zweck insbesondere die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluss zu überprüfen, über ihre Wahrnehmungen Bericht zu erstatten und die entsprechenden Anträge zu stellen. Insbesondere hat sie den Antrag auf Genehmigung des Rechnungsabschlusses und die Entlastung des Vorstandes in der Generalversammlung zu stellen (§ 436 Abs. 1 Satz 1 und 2 ASVG).

Die Krankenversicherungsträger haben – mit Ausnahme der Betriebskrankenkassen – nach Maßgabe der §§ 440 ff. ASVG darüber hinaus an ihrem Sitz Beiräte einzurichten, die – zusätzlich – die Interessen der Versicherten wahrnehmen sollen (§ 440 Abs. 1 ASVG).

### 3.3. Befugnis der Krankenversicherungsträger zu genereller Rechtsetzung

Als mit hoheitlichen Befugnissen ausgestattete Körperschaften des öffentlichen Rechts haben die Krankenversicherungsträger nicht nur die Möglichkeit zur einseitigen individuellen Rechtssetzung, beispielsweise durch den Erlass eines Bescheides, mit dem über den Antrag eines Ver-

---

65 S. oben, Fn 4.

66 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 46; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 20; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, s. 124; zur Aufsicht des Bundes vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 3.4.

sicherten auf Zuerkennung einer Leistung aus der Krankenversicherung entschieden wird<sup>67</sup>. Den Trägern der Krankenversicherung kommt vielmehr auch das Recht – und die Pflicht – zu, in Form von Satzungen und sog. „Krankenordnungen“ generelle Rechtsakte zu erlassen, die insbesondere für die Versicherten von großer praktischer Bedeutung sind<sup>68</sup>.

Die von der Generalversammlung des jeweiligen Krankenversicherungsträgers zu beschließende – und von den zuständigen Bundesministern zu genehmigende - Satzung enthält neben Regelungen zur Verfassung des Trägers insbesondere Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten (Anspruchsberechtigten) sowie der Beitragsschuldner, soweit die verschiedenen Sozialversicherungsgesetze die Träger hierzu ausdrücklich ermächtigen und dies nicht der Regelung durch die Krankenordnung überlassen ist (vgl. § 453 Abs. 1 Nr. 1 ASVG)<sup>69</sup>. Dies gilt beispielsweise für die Erweiterung des Kreises der in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversicherten Angehörigen gemäß § 123 Abs. 8 ASVG<sup>70</sup>.

Die Träger der Krankenversicherung haben außerdem eine Krankenordnung zu erlassen, in der insbesondere die Pflichten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken zu regeln sind (§ 456 Abs. 1 Satz 1 ASVG). Für die Genehmigung der Krankenordnung und jeder ihrer Änderungen ist ausschließlich die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen zuständig.

#### 3.4. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Die Krankenversicherungsträger sind mit den Trägern der Unfall- und Pensionsversicherung kraft Gesetzes zu einem gemeinsamen Dachverband, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, zusammengeschlossen (§ 31 Abs. 1 ASVG).

Nach § 31 Abs. 2 Nr. 1 ASVG obliegt dem Hauptverband die Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung. Zu den Aufgaben im Sinne dieser Vorschrift gehören etwa die Erstellung eines Leitbildes für die Sozialversicherung unter Berücksichtigung der Eigenwirtschaftlichkeit der einzelnen Versicherungsträger und der Gesamtwirtschaftlichkeit bei der Erfüllung der Aufgaben im Rahmen der sozialen Sicherheit (§ 31 Abs. 3 Nr. 1 ASVG). Darüber hinaus hat der Hauptverband gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 1 in Verbindung mit Abs. 3 Nr. 11 ASVG (privatrechtliche) Gesamtverträge mit den öffentlich-rechtlichen Interessenvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Dentisten, Hebammen und anderen Vertragspartnern der Sozialversicherung nach Maßgabe der Bestimmungen der § 338 ff. ASVG abzuschließen. Zu den Aufgaben des Hauptverbandes im Sinne des § 31 Abs. 2 Nr. 1 ASVG zählt außerdem die

---

67 Zur Feststellung von Leistungsansprüchen durch die Krankenversicherungsträger vgl. im Einzelnen die Regelungen in den §§ 361 ff. ASVG.

68 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 48; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 124.

69 In den anderen Sozialversicherungsgesetzen finden sich entsprechende Vorschriften; vgl. § 225 Abs. 1 Nr. 1 GSVG, § 213 Abs. 1 Nr. 1 BSVG und § 158 B-KUVG.

70 Vgl. zu dieser Ermächtigungsnorm näher oben zu Gliederungspunkt 2.3.

Herausgabe eines Erstattungskodex der Sozialversicherung für die Abgabe von Arzneyspezialitäten auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers im niedergelassenen Bereich. In diesem Verzeichnis sind jene für Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneyspezialitäten aufzunehmen, die nach den Erfahrungen im In- und Ausland und nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung nach § 133 Abs. 2 ASVG annehmen lassen (§ 31 Abs. 3 Nr. 12 ASVG)<sup>71</sup>.

Eine weitere wichtige Aufgabe des Hauptverbandes besteht in der Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der gesamtwirtschaftlichen Tragfähigkeit, der Zweckmäßigkeit und der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der Sozialversicherungsträger, die für die im Hauptverband zusammengefassten Versicherungsträger verbindlich sind (§ 31 Abs. 2 Nr. 3, Abs. 5 und Abs. 6 ASVG). Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Hauptverband zum Beispiel Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 ASVG und über die ökonomische Verschreibungsweise von Heilmitteln und Heilbehelfen zu erlassen (§ 31 Abs. 5 Nr. 10 und 13 ASVG).

### 3.5. Aufsicht des Bundes

Als Selbstverwaltungskörperschaften sind die Krankenversicherungsträger und der Hauptverband bei ihrer Aufgabenerfüllung – wie bereits erwähnt – grundsätzlich zwar weisungsfrei, unterliegen aber der staatlichen Aufsicht des Bundes nach Maßgabe der in den §§ 448 ff. ASVG getroffenen Regelungen. Die Aufsicht über die Krankenversicherungsträger wird von der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen ausgeübt, die Aufsicht über den Hauptverband vom Bundesminister für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (§ 448 Abs. 1 Satz 2 ASVG).

## 4. Versicherungsfälle und Leistungen

### 4.1. Aufgaben der Krankenversicherung

Die Aufgaben der Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG werden in § 116 ASVG beschrieben<sup>72</sup>. Danach trifft die gesetzliche Krankenversicherung vor allem Vorsorge für die drei zentralen Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft, die auch im österreichischen Sozialversicherungsrecht den klassischen Bereich der Krankenversicherung bilden (vgl. § 116 Abs. 1 Nr. 2 ASVG). Darüber hinaus gewährt die Krankenversicherung nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 ASVG Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Hilfe bei körperlichen Gebrechen und trifft gemäß § 116 Abs. 1 Nr. 4 ASVG auch Vorsorge für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation. Eine weitere wesentliche Aufgabe der Kranken-

---

71 Zur Abgabe von Arzneyspezialitäten auf Rechnung der Krankenversicherungsträger nach Maßgabe des Erstattungskodex vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 4.4.3.4.

72 Vergleichbare Aufgabenbeschreibungen finden sich in § 51 B-KUVG.

---

versicherung liegt in der Gesundheitsvorsorge. Überdies können aus Mitteln der Krankenversicherung Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und Maßnahmen zur Krankheitsverhütung gewährt werden (§ 116 Abs. 2 Nr. 1 und 2 ASVG).

#### 4.2. Leistungsarten

Die Krankenversicherung gewährt ihre Leistungen entweder als Sachleistungen oder als Geldleistungen<sup>73</sup>. Die Sachleistungen hat der Krankenversicherungsträger dabei nicht „in natura“, also als eigene Leistung, zu erbringen. Nach herrschender Ansicht trifft den Krankenversicherungsträger lediglich die Organisationspflicht, ein System aufzubauen, das es den Versicherten ermöglicht, die Leistungen der Krankenversicherung ohne Vorauszahlungspflicht in Anspruch zu nehmen. Die Krankenversicherungsträger kommen dieser Verpflichtung dadurch nach, dass sie mit den Leistungserbringern – beispielsweise Ärzten und Apotheker – Verträge abschließen, die diese verpflichten, die Versicherten bei Nachweis ihrer Anspruchsberechtigung zu behandeln und die Kosten direkt mit dem Versicherungsträger zu verrechnen<sup>74</sup>.

Als Sachleistungen kommen zum Beispiel Krankenbehandlung, Anstaltspflege, medizinische Hauskrankenpflege, Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie Vorsorgeuntersuchungen in Betracht. Zu den Geldleistungen gehören vor allem das Krankengeld, das Rehabilitationsgeld und das Wochengeld. Von Bedeutung ist die Unterscheidung von Sach- und Geldleistungen bei mehrfacher Krankenversicherung. Während die Geldleistungen aus jedem Versicherungsverhältnis gesondert, also mehrfach, in Anspruch genommen werden können, werden Sachleistungen in Form der Erstattung von Kosten anstelle von Sachleistungen für ein und denselben Versicherungsfall nur einmal gewährt, und zwar von dem Versicherungsträger, den der Versicherte zuerst in Anspruch nimmt (§ 128 ASVG, § 87 GSVG, § 57 B-KUVG).

Die Leistungen der Krankenversicherung werden gemäß § 121 Abs. 1 Nr. 1 ASVG entweder als Pflichtleistungen oder als freiwillige Leistungen gewährt<sup>75</sup>. Bei den Pflichtleistungen unterscheidet das ASVG zwischen gesetzlichen Mindestleistungen – als Regelfall – und satzungsmäßigen Mehrleistungen, auf die ein Rechtsanspruch nur dann besteht, wenn sie in der Satzung des Versicherungsträgers vorgesehen sind (§ 121 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Satz 1 ASVG). Freiwillige Leistungen sind demgegenüber solche, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften der Krankenversicherungsträger gewährt werden können, ohne dass auf sie ein Rechtsanspruch besteht (§ 121 Abs. 2 Satz 2 ASVG).

---

73 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 58; Pfeil, Österreichisches Sozialrechts, S. 40.

74 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 40; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 66 f; zum Leistungserbringungs- bzw. Vertragspartnerecht vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 5.

75 Vgl. auch § 81 Abs. 1 GSVG und § 54 Abs. 1 B-KUVG

#### 4.3. Anspruchsberechtigung während der Dauer der Krankenversicherung und nach dem Ausscheiden aus der Versicherung

Der Versicherte hat Anspruch auf die Leistungen der Krankenversicherung für sich und seine Angehörigen<sup>76</sup> grundsätzlich nur dann, wenn der Versicherungsfall während der Versicherung oder vor dem auf das Ende der Versicherung nächstfolgenden Arbeitstag eingetreten ist (§ 122 Abs. 1 Satz 1 ASVG). Die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit werden nach der Regelung des § 122 Abs. 1 Satz 2 ASVG auch gewährt, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginns der Versicherung bereits bestanden hat. Die Leistungen sind in allen diesen Fällen auch über das Ende der Versicherung hinaus weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind (§ 122 Abs. 1 Satz 3 KSVG). In bestimmten Fällen sieht die Bestimmung des § 122 Abs. 2 ASVG Ansprüche auf Leistungen aus der Krankenversicherung aber auch dann vor, wenn der Versicherungsfall erst nach dem Ausscheiden aus der Versicherung eingetreten ist.

#### 4.4. Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit

##### 4.4.1. Begriff der Krankheit

Der Versicherungsfall der Krankheit gilt nach § 120 Satz 1 Nr. 1 ASVG mit Beginn der „Krankheit“ als eingetreten. Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn ist nach der gesetzlichen Definition in dieser Bestimmung „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“. Regelwidrigkeit liegt vor, wenn der Körper- oder Geisteszustand von der Norm „Gesundheit“ abweicht<sup>77</sup>. Da das Gesetz aber weder die Regelwidrigkeit noch die Behandlungsbedürftigkeit näher bestimmt, wurden in der sozialrechtlichen Literatur die verschiedensten Versuche unternommen, den Krankheitsbegriff zu definieren<sup>78</sup>. Nach wohl herrschender Meinung liegt Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn vor, wenn aus der Sicht der versicherten Person aufgrund störender Symptome das Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung besteht, aus Sicht des Arztes ein ärztliches Tätigwerden in Form von Diagnose und Therapie erforderlich ist und ein sozialer Konsens darüber besteht, dass der Zustand unter Berücksichtigung der Ziele der Krankenbehandlung und im Hinblick auf ihre Notwendigkeit auf Kosten der Versichertengemeinschaft behandelt werden soll.

Schwangerschaft und Geburt sind – sofern komplikationslos – kein Fall der Krankheit im Sinne des § 120 Satz 1 Nr. 1 ASVG und unterfallen daher einem eigenen Versicherungsfall der Krankenversicherung<sup>79</sup>. Auch Schwangerschaftsabbrüche und Sterilisationen, die aus rein subjektiven, medizinischen nicht indizierten Gründen vorgenommen werden, sind wegen Fehlens eines regelwidrigen Zustandes grundsätzlich keine Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinn. Auch eine Organspende ist auf der Seite des Spenders mangels Regelwidrigkeit an sich

---

76 Zum Personenkreis der mitversicherten Angehörigen vgl. näher oben zu Gliederungspunkt 2.3.

77 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 69.

78 Vgl. hierzu den Überblick bei Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 69 f.

79 Zu Leistungen der Krankenversicherung aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 4.6.

kein Versicherungsfall der Krankheit<sup>80</sup>. Organspenden sind aber auf Grund der gesetzlichen Anordnung in § 120a Satz 1 ASVG einer Krankheit im Sinne des § 120 Satz 1 Nr. 1 ASVG gleichgestellt, wenn die versicherte Person in nicht auf Gewinn gerichteter Absicht ein Organ spendet.

#### 4.4.2. Krankenbehandlung

##### 4.4.2.1. Umfang der Krankenbehandlung

Nach der Bestimmung des § 133 Abs. 2 Satz 2 ASVG sollen durch die Krankenbehandlung „die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden“. Die Krankenbehandlung muss gemäß § 133 Abs. 2 Satz 1 ASVG „ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Ob eine Krankenbehandlung noch innerhalb oder bereits außerhalb dieses Rahmens liegt, lässt sich allerdings nur schwer beurteilen und kontrollieren<sup>81</sup>. Krankenbehandlung ist zweckmäßig, wenn die Behandlung in Verfolgung der Ziele der Krankenbehandlung durchgeführt wird und erfolgreich oder zumindest erfolgversprechend war.

Stehen mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung (Methodenvielfalt), ist jene Behandlung zu gewähren, bei der die Relation der Kosten zum Nutzen am günstigsten ist. Ist die Wirkung der Behandlungsmethoden gleich, ist grundsätzlich die Behandlungsmethode anzuwenden, die die geringsten Kosten verursacht (Ökonomiegebot)<sup>82</sup>. Bei der Beurteilung kommt es nach der Rechtsprechung des OGH aber auf die Gesamtbetrachtung einer zweckmäßigen Behandlung an, sodass nicht immer die billigste Lösung dem Gebot der Zweckmäßigkeit entsprechen muss<sup>83</sup>.

##### 4.4.2.2. Ärztliche Hilfe

Die ärztliche Hilfe wird gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 ASVG durch Vertragsärzte und Vertrags-Gruppen-Praxen, durch Wahlärzte und Wahl-Gruppenpraxen sowie durch Ärzte in eigenen Einrichtungen („Ambulatorien“) oder Vertragseinrichtungen des Krankenversicherungsträgers gewährt. In der Regel soll die Auswahl zwischen mindestens zwei zur Behandlung berufenen, für den Erkrankten in angemessener Zeit erreichbaren Ärzten oder Gruppenpraxen freigestellt sein (§ 135 Abs. 2 Satz 1 ASVG). Bestehen bei einem Krankenversicherungsträger eigene Einrichtungen für die Gewährung der ärztlichen Hilfe oder wird diese durch Vertragseinrichtungen gewährt, muss die Wahl der Behandlung zwischen einer dieser Einrichtungen unter einem oder mehreren Vertragsärzten bzw. einer oder mehreren Vertrags-Gruppenpraxen unter gleichen Bedingungen freigestellt sein (§ 135 Abs. 2 Satz 2 ASVG).

---

80 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 41; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 71.

81 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 42.

82 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 74.

83 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 74 mit Nachweisen aus der Judikatur des OGH in Fußnote 39.

#### 4.4.2.3. Weitere selbstständige medizinische Berufe

Nach der Bestimmung des § 135 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 bis 4 ASVG ist im Rahmen der Krankenbehandlung die selbstständige Leistungserbringung durch bestimmte Berufsgruppen der ärztlichen Hilfe gleichgestellt. Dies hat zur Folge, dass im Falle des Vorliegens einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn auch durch sie eine Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenversicherung möglich ist<sup>84</sup>.

Hierzu zählen physiotherapeutische, logopädisch-phoniatriisch-audiologische und ergotherapeutische Behandlungen. Diese dürfen nach § 135 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 ASVG nur auf Grund ärztlicher Verschreibung als selbstständige Leistungen durch die Krankenversicherung erbracht werden. Erforderlich ist eine Behandlung durch Personen, die gemäß § 7 des Bundesgesetzes über die Regelung der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD-Gesetz)<sup>85</sup> zur freiberuflichen Ausübung des physiotherapeutischen Dienstes, des logopädisch-phoniatriisch-audiologischen Dienstes bzw. des ergotherapeutischen Dienstes berechtigt sind<sup>86</sup>. Besondere Regelungen bestehen darüber hinaus im Falle von Behandlungen durch Psychotherapeuten.

#### 4.4.2.4. Heilmittel

Die Krankenversicherung gewährt als Heilmittel die notwendigen Arzneien und die sonstigen Mittel, die zur Beseitigung oder Linderung der Krankheit oder zur Sicherung des Heilerfolges dienen (§ 136 Abs. 1 ASVG). Zur Auslegung des krankenversicherungsrechtlichen Arzneimittelbegriffs ist § 1 des Arzneimittelgesetzes<sup>87</sup> heranzuziehen<sup>88</sup>. „Sonstige Heilmittel“ können darüber hinaus Mittel sein, die dem Heilzweck dienen<sup>89</sup>. Die Krankenkasse wird nach der Rechtsprechung des OGH allerdings nur leistungspflichtig, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Der Heilmittelleinsatz musste darüber hinaus Teil eines ärztlichen Behandlungsplans sein<sup>90</sup>.

Die Kosten der Heilmittel werden nach § 136 Abs. 2 ASVG vom Träger der Krankenversicherung durch Abrechnung mit den Apotheken übernommen. Arzneimittel können in der Regel jedoch

---

84 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 64; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 64.

85 BGBl. Nr. 460/1992, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 120/2016.

86 Zu diesen drei Berufsbildern vgl. näher die gesetzlichen Definitionen in § 2 Abs. 1, 5 und 6 MTD-Gesetz.

87 Bundesgesetz vom 2. März 1983 über die Herstellung und das Inverkehrbringen von Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz – AMG), BGBl. Nr. 185/1983, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 162/2013.

88 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 73.

89 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S 73 mit Nachweisen aus der Literatur.

90 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen; S. 73 mit Nachweisen aus der Rechtsprechung des OGH.

nur dann als Leistung der Krankenbehandlung auf Rechnung der Krankenversicherungsträger abgegeben werden, wenn sie in dem vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger herauszugebenden Erstattungskodex (EKO)<sup>91</sup> verzeichnet sind (§ 31 Abs. 3 Nr. 12 ASVG).

In begründeten Fällen ist die Erstattungsfähigkeit auch dann gegeben, wenn das Arzneimittel nicht im EKO aufgeführt ist, die Behandlung aber aus zwingenden therapeutischen Gründen notwendig ist. In diesen Fällen muss der Chef- bzw. Kontrollarzt dies bewilligen<sup>92</sup>.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat auf der Grundlage des § 31 Abs. 5 Nr. 13 ASVG darüber hinaus „Richtlinien über die ökonomische Verschreibungsweise von Heilmitteln und Heilbehelfen“ (RöV 2005) erlassen, die der wirtschaftlichen und zweckmäßigen Verschreibung von Heilmitteln dienen und am 1. Januar 2005 in Kraft getreten sind<sup>93</sup>. Die RöV 2005 enthalten Kriterien für die Verschreibung von Medikamenten durch jene Ärzte, die mit den Krankenversicherungsträgern einen Vertrag haben und sind für diese auch verbindlich. Sie beinhalten Regelungen, die das in § 133 Abs. 2 Satz 1 ASVG gesetzlich normierte Wirtschaftlichkeitsgebot weiter konkretisieren<sup>94</sup>.

#### 4.4.2.5. Heilbehelfe

Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder und sonstige notwendige Heilbehelfe, die fehlende Körperfunktionen ersetzen, sind gemäß § 137 Abs. 1 ASVG dem Versicherten für sich und seine Angehörigen „in einfacher und zweckentsprechender Ausführung“ nach Maßgabe der in § 137 Abs. 2 bis 9 ASVG getroffenen Regelungen zu gewähren. Solche Mittel sind aber nur dann Heilbehelfe, sofern sie der Heilung, Linderung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit dienen. Ist der Heilungsprozess bereits abgeschlossen – liegt also ein körperliches Gebrechen vor – können solche Mittel allenfalls als Hilfsmittel im Sinne des § 154 ASVG qualifiziert werden. Ein und derselbe Gegenstand kann daher je nach Einsatzzweck einmal Heilbehelf und einmal Hilfsmittel sein<sup>95</sup>. Die ökonomische Verschreibungsweise von Heilbehelfen wird durch die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erlassenen RöV 2005 sichergestellt. Die Kosten für Heilbehelfe werden vom Krankenversicherungsträger auch im Übrigen nur in beschränktem Umfang übernommen (vgl. § 137 Abs. 2 bis 5 ASVG). Außerdem trifft den Versicherten ein Selbstbehalt, wovon bestimmte sozial besonders schwache Leistungsberechtigte allerdings ausgenommen sind (vgl. § 137 Abs. 4 ASVG). In § 137 Abs. 6 bis 9 ASVG finden sich detaillierte Regelungen über die Gebrauchsdauer für Heilbehelfe, die Art der

---

91 Der EKO wurde 2004 mit dem BGBl. I 154/2003 eingeführt und ist der Nachfolger des Heilmittelverzeichnisses. In seiner derzeit gültigen Fassung (Stand: 1. Januar 2017) ist er im Internet abrufbar unter: <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.637165&version=1484212994>.

92 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 75.

93 Abrufbar im Internet unter: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV\\_2005\\_0005/AVSV\\_2005\\_0005.pdfsig](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Avsv/AVSV_2005_0005/AVSV_2005_0005.pdfsig).

94 Vgl. Drs/Jobst, Leistungsanspruch auf Heilmittel (Medikamente) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich, in: Soziale Sicherheit 2016, S. 368.

95 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 73.



---

Leistungserbringung und die Übergabe von Fahrtkosten im Zusammenhang mit der körpergerechten Anpassung von Heilbehelfen.

#### 4.4.3. Medizinische Hauskrankenpflege

Die in § 151 ASVG geregelte medizinische Hauskrankenpflege ist eine Pflichtleistung für Krankenversicherte, deren Gesundheitszustand zwar keinen Weg zum Arzt mehr zulässt, die aber zu Hause versorgt werden können und keinen Krankenhausaufenthalt benötigen<sup>96</sup>. Sie wird nach § 151 Abs. 2 ASVG durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege<sup>97</sup> erbracht, die vom Krankenversicherungsträger bereitgestellt werden oder die mit dem Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis stehen bzw. im Rahmen von Vertragseinrichtungen tätig sind, die medizinische Krankenhauspflege betreiben. Die Tätigkeit dieses diplomierten Krankenpflegepersonals kann nur auf ärztliche Anordnung erfolgen und umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen – wie beispielsweise die Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Dekubitusversorgung und Verbandwechsel –, nicht aber die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung des Kranken (§ 151 Abs. 3 ASVG).

#### 4.4.4. Anstaltspflege

Ist auf Grund des Gesundheitszustandes der versicherten Person weder eine ambulante Behandlung noch medizinische Hauskrankenpflege möglich, besteht gemäß § 144 Abs. 1 Satz 1 ASVG Anspruch auf Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer Krankenanstalt, die in der Regel über Landesgesundheitsfonds finanziert wird (landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt), wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. Was als landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt gilt, richtet sich nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten- und Kuranstalten (KAKuG)<sup>98</sup> des Bundes und den jeweiligen Ausführungsgesetzen der Länder<sup>99</sup>.

Grundvoraussetzung für die Anstaltspflege ist wie bei der Krankenbehandlung das Vorliegen einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn<sup>100</sup>. Ist die Anstaltspflege nicht durch die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bedingt, so wird sie nicht gewährt (§ 144 Abs. 3 ASVG). Wird „nur“ noch Pflege und Betreuung, aber keine ärztliche Behandlung mehr benötigt, erlischt deshalb der Anspruch der versicherten Person auf Anstaltspflege ohne weiteres Verfahren.

Die Einweisung in eine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt muss grundsätzlich durch den Versicherungsträger erfolgen (§ 145 Abs. 1 Satz 1 ASVG). Hierbei sind die Wünsche

---

96 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 77.

97 Vgl. § 12 des Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 120/2016.

98 BGBl. Nr. 1/1957, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 26/2017.

99 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 66; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 43.

100 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 66; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 44.

---

des Erkrankten insoweit zu berücksichtigen, als die Art der Krankheit es zulässt und dadurch kein Mehraufwand für den Versicherungsträger eintritt (§ 154 Abs. 1 Satz 2 ASVG).

Welche konkreten Leistungen der versicherten Person im Rahmen der Anstaltspflege zu gewähren sind, ergibt sich aus den Bestimmungen des KAKuG und den jeweiligen Ausführungsgesetzen der Länder.

Anstaltspflege in nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten kann dem Versicherten vom Krankenversicherungsträger nur in zwei Fällen geleistet werden. Nach § 149 Abs. 1 Satz 1 ASVG kann der Versicherte auch in eine eigene Krankenanstalt des Krankenversicherungsträgers oder in eine andere als landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der Krankenversicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Krankenversicherungsträgers keine landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalt zur Verfügung steht oder der Versicherte zustimmt.

#### 4.4.5. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Die Gewährung von Zahnbehandlung und Zahnersatz nach den §§ 153 und 153a ASVG wird aufgrund ihrer Eigenart und aus finanziellen Gründen in § 116 Abs. 1 Nr. 3 ASVG als eigener Aufgabenkreis der Krankenversicherung ausgewiesen<sup>101</sup>.

Zahnbehandlung ist gemäß § 153 Abs. 1 Satz 1 ASVG nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Als Leistungen der Zahnbehandlung kommen chirurgische Zahnbehandlung, konservierende Zahnbehandlung und Kieferregulierungen, letztere, soweit sie zur Verhütung von schweren Gesundheitsschädigungen oder zur Beseitigung von berufsstörenden Verunstaltungen notwendig sind, in Betracht (§ 153 Abs. 1 Satz 2 ASVG). Zahnbehandlung ist eine gesetzliche Pflichtleistung der Krankenversicherung und muss wie jede Krankenbehandlung gemäß § 133 Abs. 2 Satz 1 ASVG ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten<sup>102</sup>.

Auch unentbehrlicher Zahnersatz ist grundsätzlich keine freiwillige Leistung, sondern eine Pflichtleistung der Krankenversicherung, auf die ein Rechtsanspruch besteht<sup>103</sup>. Mit der in § 153 Abs. 2 ASVG getroffenen Regelung hat der Gesetzgeber dem Krankenversicherungsträger hier jedoch ein Wahlrecht belassen, ob er den Zahnersatz als Sachleistung unter Kostenbeteiligung des Versicherten erbringt oder aber – und das ist die satzungsmäßige Regel – anstelle der Sachleistung lediglich Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes gewährt.

---

101 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 68; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 44; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 75.

102 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 44; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 76.

103 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 68; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 44; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 76.

#### 4.4.6. Reise- und Transportkosten

Bei im Inland eingetretenen Unfällen, plötzlichen Erkrankungen und ähnlichen Ereignissen hat der Krankenversicherungsträger auch die dem Versicherten tatsächlich erwachsenen Transportkosten zu ersetzen (§ 131 Abs. 3 Satz 1 und 2 ASVG). Als satzungsmäßige freiwillige Leistungen können darüber hinaus auch die notwendigen Reise- und Transportkosten zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, einer Anstaltspflege oder zur Anpassung von Heilbehelfen übernommen werden (§ 131 Abs. 3 Satz 3 ASVG).

#### 4.4.7. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der Krankenversicherung

Um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern, hat der Krankenversicherungsträger gemäß § 154a Abs. 1 ASVG im Anschluss an die Krankenbehandlung nach pflichtgemäßem Ermessen und nach Maßgabe des § 133 Abs. 2 ASVG medizinische Maßnahmen der Rehabilitation zu gewähren. Die Maßnahmen müssen folglich ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen aber nicht überschreiten. Medizinische Maßnahmen der Rehabilitation dienen dem Ziel, den Gesundheitszustand der Versicherten und ihrer Angehörigen so weit wiederherzustellen, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd und ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen (§ 154a Abs. 1 ASVG).

Als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sieht § 154a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und 2 ASVG die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen und die Gewährung von Körperersatzstücken, orthopädischen Behelfen und anderen Hilfsmitteln einschließlich der notwendigen Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung sowie der Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel vor. Darüber hinaus kommt die Gewährung ärztlicher Hilfe sowie die Versorgung mit Heilmitteln und Heilbehelfen in Betracht, wenn diese Leistungen unmittelbar im Anschluss an eine oder im Zusammenhang mit einer der vorgenannten Maßnahmen erforderlich sind (§ 154a Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 ASVG).

#### 4.5. Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der geminderten Arbeitsfähigkeit

Als Leistungen der Krankenversicherung werden aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der geminderten Arbeitsfähigkeit gemäß § 117 Nr. 3 ASVG Krankengeld (§§ 138 bis 143 ASVG)<sup>104</sup> oder Rehabilitationsgeld (§ 143a ASVG)<sup>105</sup> gewährt. Dieser Versicherungsfall befindet sich an der Schnittstelle zwischen arbeitsrechtlicher Entgeltfortzahlung – für die allenfalls Zuschüsse aus der Unfallversicherung gemäß § 53b ASVG beansprucht werden

---

104 Zum Krankengeld nach den §§ 138 bis 143 ASVG vgl. die nachfolgenden Ausführungen zu dem Gliederungspunkt 4.5.1.

105 Zum Rehabilitationsgeld nach § 143a ASVG vgl. die nachfolgenden Ausführungen zu dem Gliederungspunkt 4.5.2.

---

können – und dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit aus der Pensionsversicherung im Fall längerfristiger Arbeitsunfähigkeit<sup>106</sup>.

#### 4.5.1. Krankengeld

Krankheit verursacht bei Versicherten nicht nur finanzielle Belastungen durch die Kosten der Krankenbehandlung, sondern kann auch zu Einkommensausfällen führen, wenn der Versicherte infolge der Krankheit arbeitsunfähig wird oder nur noch eingeschränkt arbeitsfähig ist. Dieses Risiko besteht insbesondere bei Dienstnehmern bzw. solchen Erwerbstätigen, die auf die Verwertung ihrer eigenen Arbeitskraft angewiesen sind. Um den krankheitsbedingten Entgeltausfall des Versicherten aufzufangen und damit ihn und seine Angehörigen im Krankheitsfall finanziell abzusichern, sieht die Krankenversicherung mit dem Anspruch auf Krankengeld auch Geldleistungen vor<sup>107</sup>. Das Krankengeld hat deshalb eine Lohnersatzfunktion<sup>108</sup>.

Vom Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sind die in § 138 Abs. 2 ASVG im Einzelnen aufgeführten Personen, die durch die Krankheit keinen Einkommensausfall erleiden, sodass der Zweck des Krankengeldes als Einkommensersatz nicht erreicht werden kann<sup>109</sup>. Hierzu gehören etwa Lehrlinge ohne Entgelt, in der Krankenversicherung der Pensionisten versicherte Bezieher einer Pension aus der Pensionsversicherung und Zeitsoldaten.

Selbstständige, die nach dem GSVG krankenversichert sind, haben grundsätzlich keinen gesetzlichen Anspruch auf Krankengeld. Ausnahmen sind unter bestimmten Voraussetzungen aber möglich, sowohl für pflicht- und selbstversicherte Selbstständige als auch – in bestimmten Fällen - für nicht zusatzversicherte selbstständig Erwerbstätige.

Der Krankengeldanspruch besteht für ein und denselben Versicherungsfall bis zur Dauer von grundsätzlich 26 Wochen, auch wenn während dieser Zeit zu der Krankheit, die die Arbeitsunfähigkeit zuerst verursachte, eine neue Krankheit hinzugetreten ist (§ 139 Abs. 1 Satz 1 ASVG). Zeiten des Krankengeldanspruches werden zusammengerechnet, wenn nach Wegfall des Krankengeldanspruches vor Ablauf der Höchstdauer innerhalb von 13 Wochen infolge derselben Krankheit (einheitlicher Versicherungsfall) ein neuerlicher Anspruch auf Krankengeld entsteht.

Die Höhe des Krankengeldes hängt vom Arbeitsverdienst ab, deckt sich damit aber nicht. Bis zum 42. Tag der Arbeitsunfähigkeit wird das Krankengeld als gesetzliche Mindestleistung im Ausmaß von 50 Prozent der Bemessungsgrundlage für den Kalendertag gewährt (§ 141 Abs. 1 ASVG).

---

106 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 69.

107 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 45; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 86; Resch, Sozialrecht, S. 69.

108 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 45.

109 Vgl. Brodil-Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 88.

Geringfügig Beschäftigte, die sich freiwillig selbst versichert haben, erhalten gemäß § 141 Abs. 5 Satz 1 ASVG einen Fixbetrag in Höhe von 152,89 Euro für den Kalendermonat, der sich an der halben Geringfügigkeitsgrenze orientiert<sup>110</sup>

In bestimmten Fällen kann der Anspruch auf Krankengeld ausgeschlossen sein oder für eine bestimmte Zeit gänzlich oder teilweise ruhen. Ausgeschlossen ist er z.B. dann, wenn die Krankheit Folgen eines alkoholbedingten Verkehrsunfalls ist<sup>111</sup>.

#### 4.5.2 Rehabilitationsgeld

Dem Krankengeld in gewisser Weise nachgebildet ist das Rehabilitationsgeld, das nach § 143a ASVG Versicherte in Anspruch nehmen können, bei denen der Pensionsversicherungsträger auf Antrag durch Bescheid das Vorliegen einer zwar nicht dauernden, aber doch voraussichtlich zumindest sechsmonatigen Invalidität oder Berufsunfähigkeit festgestellt hat und für die berufliche Maßnahmen der Rehabilitation nicht zweckmäßig oder nicht zumutbar sind (§ 143a Abs. 1 in Verbindung mit den §§ 255b, 273b, 280b ASVG)<sup>112</sup>. Das Rehabilitationsgeld wird für die Dauer der Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gezahlt und entspricht in seiner Höhe dem Krankengeld (§ 143a Abs. 2 in Verbindung mit § 141 Abs. 1 und 2 ASVG).

#### 4.6. Leistungen aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft

Da eine komplikationslose Schwangerschaft und Geburt kein „regelwidriger Körperzustand“ und damit keine Krankheit im Sinne des § 120 Satz 1 Nr. 1 ASVG sind<sup>113</sup>, sind sie als eigener Versicherungsfall in der Krankenversicherung zu sehen<sup>114</sup>. Der in den §§ 157 ff. ASVG geregelte Versicherungsfall der Mutterschaft umfasst den Zeitraum der Schwangerschaft, die Entbindung und die sich daraus ergebenden Folgen. Die gesetzliche Krankenversicherung deckt die erforderlichen Sachleistungen sowie den Entgeltausfall der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt des Kindes.

#### 4.7. Sonstige Leistungen aus der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung trifft nach § 116 Abs. 1 ASVG nicht nur Vorsorge für die Versicherungsfälle der Krankheit, der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit und der Mutterschaft, sondern hat auch die Aufgabe, den Gesundheitszustand der Versicherten vorbeugend zu untersuchen sowie für die Erhaltung der Volksgesundheit und eine zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention zu sorgen. Hierzu zählen auch Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und sonstige Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (z. B. Jugendlichenuntersuchungen

---

110 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 47.

111 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 72; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 47.

112 Die Versicherungspflicht der Bezieher von Rehabilitationsgeld nach § 143a ASVG in der Krankenversicherung ergibt sich aus § 8 Abs. 1 Nr. 1 Buchstabe d ASVG.

113 Zum Begriff der Krankheit im Sinne des § 120 Satz 1 Nr. 1 ASVG vergleiche näher oben zu Gliederungspunkt 4.4.1.

114 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 73; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 48.

gemäß § 132a ASVG) sowie Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention (z. B. Aufklärung über Gesundheitsgefährdung).

Im Falle des Todes des Versicherten oder eines Angehörigen kommt außerdem ein Bestattungskostenzuschuss der Krankenversicherung in Betracht.

## 5. Leistungserbringungsrecht

### 5.1. Allgemeines

Im Regelfall erbringt die Krankenversicherung die Leistungen nicht unmittelbar selbst durch eigene Einrichtungen und eigenes Personal<sup>115</sup>, sondern durch Dritte, insbesondere freiberuflich tätige Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Psychotherapeuten und Krankenanstalten. Für die Zusammenarbeit mit dritten Leistungserbringern sind nach § 338 Abs. 1 Satz 1 und 2 ASVG schriftliche privatrechtliche Verträge abzuschließen, durch die die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen ist (§ 338 Abs. 2 Satz 1 ASVG). Eigene Einrichtungen der Versicherungsträger dürfen für die Versorgung mit diesen Leistungen dagegen nur ausnahmsweise nach Maßgabe der hierfür geltenden gesetzlichen Vorschriften herangezogen werden (§ 338 Abs. 2 Satz 2 ASVG). Damit bringt das ASVG zum Ausdruck, dass es von der freiwilligen Zusammenarbeit zwischen den Krankenversicherungsträgern und den selbstständigen Gesundheitsberufen ausgeht. Soweit die jeweilige berufsständische Vertretung des Gesundheitsberufs die Verträge abschließt, lässt sich von einer Art „Sozialpartnerschaft im Gesundheitswesen“ sprechen<sup>116</sup>.

Im ASVG besteht derzeit ganz überwiegend ein System, das es den Versicherten ermöglicht, die Leistungen in der Regel ohne Vorauszahlungspflicht in Anspruch zu nehmen (Sachleistungsprinzip). Dies erleichtert den Versicherten den Zugang zu den Leistungen der Krankenversicherung und erfüllt damit eine wichtige gesundheitspolitische Aufgabenstellung. Dass für viele Leistungen eine Kostenbeteiligung des Versicherten vorgesehen ist, ändert daran nichts, da trotz der Zuzahlungspflicht jeweils noch eine Sachleistung durch den Krankenversicherungsträger erbracht wird<sup>117</sup>. Die mögliche Alternative wäre ein System der Kostenerstattung, in dem sich der Versicherte die Leistungen am Markt mit – mehr oder weniger – großer Freiheit auswählen kann und die Kosten ganz oder zum Teil ersetzt erhält, also auf eine Geldleistung beschränkt ist (Kostenerstattungsprinzip). Nach diesem System der Kostenerstattung verfährt die private Krankenversicherung und zum Teil das GSVG (vgl. § 85 GSVG). In der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Kostenerstattung aber die Ausnahme<sup>118</sup>. Generell gilt das Kostenerstattungsprinzip, wenn der Versicherte nicht die Vertragspartner nach § 338 ASVG oder die eigenen Einrichtungen des

---

115 Zur Leistungserbringung der Krankenversicherungsträger durch kasseneigene Einrichtungen vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 5.7.

116 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 51; Resch, Sozialrecht, S. 78.

117 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 51; Resch, Sozialrecht, S. 78.

118 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 51; Resch, Sozialrecht, S. 78.

Krankenversicherungsträgers zur Erbringung der Sachleistungen der Krankenbehandlung (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe) in Anspruch nimmt oder Vertragspartner infolge des Fehlens einer Regelung durch Verträge nicht zur Verfügung stehen, also im sog. „vertragslosen Zustand“<sup>119</sup> (vgl. die §§ 131, 131a und 131b ASVG). Der sozialpolitische Grund für den Vorrang des Sachleistungsprinzips gegenüber dem Kostenerstattungsprinzip liegt darin, dass eine Vorleistungspflicht des Versicherten den Zugang zu den Leistungen der Krankenversicherung erschweren würde, was negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Versicherten haben könnte<sup>120</sup>.

## 5.2. Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Zahnärzten und Gruppenpraxen

Die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den freiberuflich tätigen Ärzten, Zahnärzten und Gruppenpraxen nach den §§ 52a und 52b des Ärztegesetzes 1998<sup>121</sup> und § 26 des Zahnärztegesetzes<sup>122</sup> sind in den §§ 340 bis 348 ASVG geregelt. Da der österreichische Gesetzgeber nicht alle nach dem Ärztegesetz und dem Zahnärztegesetz berufsberechtigten Ärzte und Zahnärzte in die Sachleistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen hat, ist ein relativ kompliziertes Regelungssystem erforderlich geworden. Die gemäß § 338 Abs. 1 ASVG auf schriftlichen privatrechtlichen Verträgen beruhenden Rechtsbeziehungen sind durch zwei ineinandergreifende Verträge gekennzeichnet, nämlich den Gesamtvertrag als generellen Rahmenvertrag und den mit dem jeweiligen Arzt bzw. Zahnarzt abgeschlossenen Einzelvertrag, wodurch dieser zum Vertragsarzt bzw. Vertragszahnarzt des Krankenversicherungsträgers wird.

### 5.2.1. Vertragsärzte

Die Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung bzw. dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und den freiberuflich tätigen Ärzten sind – bezogen auf die Gesamtverträge und die Einzelverträge – in den §§ 340 bis 343b ASVG und bei Streitigkeiten aus den Verträgen in den §§ 344 bis 348 ASVG geregelt. Im Wesentlichen gilt danach Folgendes:

#### 5.2.1.1. Gesamtverträge

Um die ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, schließt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemäß § 341 Abs. 1 Satz 2 ASVG für die Träger der Krankenversicherung mit den jeweils zuständigen Landesärztekammern Gesamtverträge ab. Diese Gesamtverträge bedürfen nach § 341 Abs. 1 Satz 3 ASVG aber der Zustimmung der Krankenver

---

119 Zur Rechtslage im „vertragslosen Zustand“ vgl. näher unten zu Gliederungspunkt 5.2.1.3.

120 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 78.

121 Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 26/2017.

122 Bundesgesetz über die Ausübung des zahnärztlichen Berufes und des Dentistenberufes (Zahnärztegesetz – ZÄG), BGBl. I Nr. 126/2005, letzte Änderung: BGBl. I Nr. 8/2016.

---

sicherungsträger, für die der Gesamtvertrag abgeschlossen wird, sodass diese letztlich als Vertragspartner anzusehen sind<sup>123</sup>. Gemäß § 342 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 ASVG ist in den Verträgen u.a. zu regeln:

- die Festsetzung der Zahl und der örtlichen Verteilung der Vertragsärzte mit Beachtung der regionalen Strukturpläne Gesundheit
- die Rechte und Pflichten der Vertragsärzte, insbesondere auch ihre Ansprüche auf Vergütung der ärztlichen Leistung.

Für die nach § 342 Abs. 1 Nr. 3 ASVG in den Gesamtverträgen zu regelnde Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten verlangt die Bestimmung des § 342 Abs. 2 Satz 1 ASVG eine Vereinbarung nach Einzelleistungen oder nach Pauschalmodellen. Die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind gemäß § 342 Abs. 2 Satz 2 ASVG jeweils in den Honorarordnungen für Einzelordinationen und für Gruppenpraxen zusammenzufassen und bilden einen Bestandteil der jeweiligen Gesamtverträge, wobei vor allem folgende Kriterien anzuwenden sind:

- Die Entwicklung der Beitragseinnahmen des Krankenversicherungsträgers, wobei gesetzlich für andere Zwecke gebundene Beitragsanhebungen nicht zu berücksichtigen sind (Nr. 1),
- die Ausgabenentwicklung des Krankenversicherungsträgers mit Ausnahme jener Leistungen, die nicht in Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Hilfe stehen (Nr. 6),

#### 5.2.1.2. Einzelverträge

Damit ein berufsberechtigter selbstständiger Arzt auf Rechnung der Krankenversicherung behandelt werden darf, ist zusätzlich der Abschluss eines Einzelvertrages mit dem zuständigen Träger der Krankenversicherung erforderlich, wodurch er zum Vertragsarzt des Krankenversicherungsträgers wird. Ein Einzelvertrag darf nach herrschender Ansicht nur abgeschlossen werden, wenn ein Gesamtvertrag besteht. Die Auswahl der Vertragsärzte und der Abschluss der Einzelverträge mit jeweiligen Träger der Krankenversicherung erfolgt gemäß § 343 Abs. 1 Satz 1 ASVG nach den Bestimmungen des Gesamtvertrages und im Einvernehmen mit der zuständigen Ärztekammer.

Die Funktion des Einzelvertrages beschränkt sich im Wesentlichen auf die Auswahl des konkreten Arztes, seine Verpflichtung, für die Krankenversicherungsträger als Vertragsarzt tätig zu werden und auf die genaue Festlegung des Ordinationsortes sowie der Ordinationszeiten<sup>124</sup>. Im Einzelvertrag wird auch vereinbart, dass der Krankenversicherungsträger die Ärztekammerumlage im Wege eines Honorarabzugs abführt (vgl. die ausdrückliche Regelung in § 91 Abs. 5 Ärztegesetz 1998).

---

123 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 52.

124 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, s. 82; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 53.



### 5.2.1.3. Vertragsloser Zustand

Erlischt der Gesamtvertrag, enden nach herrschender Meinung auch die von seinem Geltungsbereich erfassten Einzelverträge<sup>125</sup>. Damit tritt ein vertragsloser Zustand mit der Folge ein, dass sich der Sachleistungsanspruch des Versicherten in einen Geldleistungsanspruch wandelt. Der Versicherungsträger ist dem Versicherten dann zur Übernahme der Kosten der Krankenbehandlung nach Maßgabe der §§ 131a Satz 1, 131 Abs. 1 Satz 1 ASVG verpflichtet.

### 5.2.1.4. Streitigkeiten aus den Verträgen

Zur Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten aus den Gesamt- und Einzelverträgen mit den Vertragspartnern sieht das ASVG in den Bestimmungen der §§ 344 ff. Schiedskommissionen vor. Streitigkeiten, die in rechtlichem oder tatsächlichem Zusammenhang mit Einzelverträgen stehen, gehen an die im Einzelfall in jedem Land zu errichtende Paritätische Schiedskommission (§ 344 Abs. 1 Satz 1 ASVG). Gegen einen Bescheid der Paritätischen Schiedskommission kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden (vgl. § 347a ASVG).

In bestimmten Fällen ist nach § 348 Abs. 1 ASVG eine Bundesschiedskommission zu errichten,

### 5.2.2. Wahlärzte

Versicherte können auch sonstige freiberuflich tätige Ärzte in Anspruch nehmen, also solche, die keinen Einzelvertrag mit der Krankenversicherung des Versicherten abgeschlossen haben<sup>126</sup>. Die Teilung der Ärzteschaft in Vertragsärzte – mit relativ gesichertem Patientenstamm – und derartige sog. Wahlärzte ist allerdings insofern etwas abgeschwächt, als auch Wahlärzte mittelbar an dem Krankenversicherungssystem partizipieren können. Zwar behandelt der Wahlarzt den Versicherten gerade nicht auf Rechnung der Krankenversicherung, vielmehr ist der Versicherte dem Wahlarzt aufgrund des Behandlungsvertrages selbst zur Zahlung des Honorars verpflichtet<sup>127</sup>. Nach § 131 Abs. 1 Satz 1 ASVG hat der Versicherte gegen den Krankenversicherungsträger aber einen Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von 80 Prozent des Betrages, der bei Behandlung durch einen Vertragsarzt angefallen wäre.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es Wahlärzten nach einer Entscheidung des OGH nicht verboten ist, sich bei ihrem in Rechnung gestellten Honorar an den Kostenbestimmungen des Gesamtvertrages auszurichten und nur 80 Prozent dessen zu verlangen, was ein Vertragsarzt erhalten hätte. Danach hat der Versicherte im Ergebnis Anspruch auf volle Erstattung der Kosten, die er für den Wahlarzt aufgewendet hat. Der OGH erkannte zwar den Schutz der von den Krankenversicherungsträgern aufgebauten Leistungsorganisation durch Vorrang der Sachleistung an,

---

125 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 83; Resch, Sozialrecht, S. 79 mit weiteren Nachweisen aus der Literatur.

126 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen; S. 83; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht; S. 54.

127 Vgl. Resch, Sozialrecht, S. 83; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 54.

dieser rechtfertigt es aber nicht, eine Honoraruntergrenze in Höhe des Vertragsärztetarifs anzunehmen<sup>128</sup>.

### 5.3. Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den Krankenanstalten

Im Hinblick auf die Beziehungen der Träger der Krankenversicherung zu den Krankenanstalten ist – ebenso wie für die Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der Anstaltspflege nach den §§ 144 bis 150 ASVG – zwischen den landesfondsfinanzierten und den nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten zu unterscheiden.

#### 5.3.1. Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten

Die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten werden durch privatrechtliche Verträge geregelt (§ 338 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 1 ASVG). Die inhaltlichen Vorgaben für diese Verträge ergeben sich aus der Grundsatzbestimmung des § 148 ASVG.

In der – zeitlich befristeten – Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG<sup>129</sup> über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die im Bereich des Krankenanstaltenrechts jeweils durch das KAKuG als Bundesgrundsatzgesetz und die Landesausführungsgesetze sowie die verschiedenen Sozialversicherungsgesetze umgesetzt wird<sup>130</sup>, haben sich der Bund und die Länder zur Finanzierung der Anstaltspflege auf die Errichtung von Landesgesundheitsfonds geeinigt. Diese werden durch Mittel des Bundes, der Sozialversicherung sowie der Länder und Gemeinden dotiert<sup>131</sup>. Die Träger der Sozialversicherung leisten gemäß § 447f Abs. 1 ASVG an die Landesgesundheitsfonds einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Nr. 3 ASVG, der etwa der Hälfte der gesamten notwendigen Mittel entspricht<sup>132</sup>.

---

128 Vgl. OGH 4 Ob 196/06m, in: Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht (ZAS), 2007, 123.

129 Nach Art. 15a Abs. 1 B-VG können Bund und Länder untereinander Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereiches schließen. Der Abschluss solcher Vereinbarungen namens des Bundes obliegt je nach dem Gegenstand der Bundesregierung oder den Bundesministerien. Vereinbarungen, die auch die Organe der Bundesgesetzgebung binden sollen, dürfen nur von der Bundesregierung mit Genehmigung des Nationalrates abgeschlossen werden; sie sind im Bundesgesetzblatt kundzumachen.

130 Vgl. zuletzt das „Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits- Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017)“, BGBl. I Nr?/2017.

131 Vgl. Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 78; Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 55 f. Die Aufgaben und Verfahren der Landesgesundheitsfonds sind – ebenso wie die Mittelaufbringung – kompliziert geregelt und können hier nicht im Einzelnen dargestellt werden.

132 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 55.

Organisatorisch werden die Zahlungen der Sozialversicherungsträger und des Bundes über eine Bundesgesundheitsagentur abgewickelt<sup>133</sup>, die auf der Grundlage des § 56a KAKuG als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit beim für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium eingerichtet worden ist.

### 5.3.2. Nicht landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten

Die Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den nicht landesgesundheitsfondsfinanzierten – privaten – Krankenanstalten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für diese Krankenanstalten von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung abzuschließen sind (§ 349 Abs. 2a ASVG). Sie enthalten insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Überprüfung der Identität des Patienten, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles und Regelungen über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt. Die Finanzierung der privaten Krankenanstalten erfolgt in erster Linie durch private Krankenversicherer, da die Patienten in der Regel eine entsprechende private Versicherung abgeschlossen haben.

### 5.4. Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu den Apothekern

Auch die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Apothekern sind durch einen Gesamtvertrag zu regeln (§ 348a Abs. 1 Satz 1 ASVG). Dieser Gesamtvertrag ist für die Krankenversicherungsträger durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – aber mit Zustimmung der Krankenversicherungsträger – und für die Apotheker durch die Österreichische Apothekerkammer abzuschließen (§ 348a Abs. 1 Satz 2 ASVG). Der zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Apothekerkammer abzuschließende Gesamtvertrag regelt gemäß § 348a Abs. 3 ASVG insbesondere die Abgabe von Heilmitteln und Heilbehelfen an die Versicherten auf Rechnung der Krankenversicherungsträger<sup>134</sup>, die Einbehaltung von Rezeptgebühren und Kostenanteilen, die Verrechnung der Kosten von Heilmitteln und Heilbehelfen sowie die Kontrolle von Rezepten und Heilmittelabgaben.

### 5.5. Beziehungen der Krankenversicherungsträger zu anderen Vertragspartnern

Nach § 349 Abs. 1 und 2 ASVG werden auch die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Dentisten sowie den freiberuflich tätigen klinischen Psychologen bzw. den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten grundsätzlich durch Gesamtverträge geregelt.

Bei anderen Heilberufen – zum Beispiel bei freiberuflich tätigen Heilmasseuren, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege nach § 151 ASVG erbringen und Hebammen, aber etwa

---

133 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 56.

134 Unter welchen Voraussetzungen Heilmittel und Heilbehelfe für Rechnung der Krankenversicherungsträger von Apothekern und Hausapotheken führenden Ärzten abgegeben werden dürfen, wird im Übrigen sehr detailliert in § 350 ASVG geregelt.

auch bei Bandagisten und Optikern – liegt es nach § 349 Abs. 3 Satz 1 ASVG dagegen im Ermessen der Krankenversicherungsträger, ob ein Gesamtvertrag abgeschlossen wird.

#### 5.6. Leistungserbringung der Krankenversicherungsträger durch kasseneigene Einrichtungen

Der Krankenversicherungsträger darf seiner sozialrechtlichen Pflicht zur Verschaffung von Sachleistungen unter bestimmten Voraussetzungen ausnahmsweise auch dadurch nachkommen, dass er kasseneigene Einrichtungen zur Verfügung stellt<sup>135</sup>. Die Versicherten können dann statt eines Vertrags- oder Wahlarztes auch diese Einrichtungen in Anspruch nehmen. Im Wesentlichen handelt es sich um selbstständige Ambulatorien im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 5 KAKuG, also um organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Anstaltspflege nicht bedürfen, und in denen die Leistungen nicht durch selbstständige niedergelassene Ärzte, sondern durch in der Regel beim Krankenversicherungsträger angestellte Ärzte ambulant erbracht werden. Zu derartigen Ambulatorien gehören insbesondere Zahnambulatorien und Röntgeninstitute<sup>136</sup>.

### 6. Zur Finanzierung der Krankenversicherung

Nach der österreichischen Bundesverfassung gehören fast alle Bereiche des Gesundheitswesens in die Zuständigkeit des Bundes. Davon ausgenommen ist der stationäre Bereich, hier legt der Bund die Grundsätze fest, Ausführungsgesetze und Vollziehung sind Aufgaben der Bundesländer<sup>137</sup>.

Die Gesundheitsausgaben in Österreich lagen im Jahr 2010 bei etwa 3750,--€ pro Einwohner<sup>138</sup>. Insgesamt betragen die Ausgaben 2010 rund 31,4 Mrd. €. Sie haben sich damit seit 1995 (16,7 Mrd. €) fast verdoppelt<sup>139</sup>. Die Sozialversicherungsträger sind die wichtigste Finanzierungsquelle. Sie decken rund 52% der laufenden Ausgaben. Bund, Länder und Gemeinden übernahmen 2010 etwa 24% der laufenden Ausgaben für Gesundheit, die privaten Krankenversicherungen finanzierten 2010 etwa 5,5% der laufenden Kosten<sup>140</sup>.

Die Gesundheitsausgaben verteilten sich im Jahr 2012<sup>141</sup> auf die verschiedenen Leistungsbereiche wie folgt:

---

135 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 51; Resch, Sozialrecht, S. 78 und 83; Brodil/Windisch-Graetz, Sozialrecht in Grundzügen, S. 81.

136 Vgl. Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 55; Resch, Sozialrecht, S. 83.

137 Hofmarcher, Das österreichische Gesundheitssystem, S. 6.

138 Diese und die nachfolgenden statistischen Angaben sind der Veröffentlichung von Hofmarcher, Das österreichische Gesundheitssystem, S. 85 ff. entnommen.

139 Hofmarcher, S. 85 f; s. vor allem die tabellarische Übersicht zur Entwicklung der Gesundheitsausgaben.

140 Hofmarcher, Das österreichische Gesundheitssystem, S. 93.

141 Die nachfolgenden Angaben sind der Übersicht bei Habimana, Bachner, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, S. 9f, entnommen.

- 32,9% stationäre Gesundheitsversorgung (inklusive Tagesfälle)
- 23,3% ambulante Gesundheitsversorgung
- 13,7% Langzeitpflege (inklusive häusliche Langzeitpflege)
- 2,9% gesundheitsbezogene Hilfs- und Nebenleistungen (z.B. Labordienste, Rettungsdienste)
- 15,5% pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter
- 13,7% Prävention und öffentlicher Dienst.

### 6.1. Beiträge der Versicherten

Die Finanzierung der Leistungen der Krankenversicherung erfolgt größtenteils durch die Beiträge der Versicherten. Die Höhe der Beiträge richtet sich grundsätzlich nach der Höhe des Erwerbseinkommens. Dabei ist allerdings zwischen den verschiedenen Einkommensarten, insbesondere denen der Dienstnehmer, der Selbständigen und in dieser Gruppe der Bauern zu differenzieren. Die jeweiligen Beiträge werden nach Beitragssätzen (Prozentsätzen) berechnet und unterscheiden sich nach Versicherungszweig und versichertem Personenkreis. Für alle Versicherungszweige gibt es eine Höchstbeitragsgrundlage, d.h. ein darüber liegendes Einkommen ist beitragsfrei<sup>142</sup>. Für bestimmte Versichertengruppen und Einkommensarten gibt es im ASVG Sonderregelungen<sup>143</sup>.

Die prozentuale Höhe der Beitragssätze ist ebenfalls im ASVG festgelegt, §§ 51 ff. Sie beträgt für Angestellte und Arbeitnehmer 7,65%, wobei der Dienstnehmer diesen Beitrag nicht vollständig selbst zahlt. Der auf ihn entfallende Teil (in etwa 50% des Beitrags) wird vom Entgelt abgezogen und vom Dienstgeber mit dem auf diesen anfallenden Anteil an die Krankenkassen gezahlt. Eine Sonderregelung zur Bemessung der Höhe des Beitrags gilt für die Bauern. Hier ist Beitragsgrundlage nicht das Einkommen sondern der Versicherungswert ihres Betriebes (§ 23 BSVG).

### 6.2. Einschätzungen zum Stand der Gesundheitsversorgung in Österreich

Hofmarcher gibt zu bedenken, dass das Niveau der Selbstzahlungen im internationalen Vergleich hoch sei, es gebe aber zugleich eine Reihe von Ausnahmeregelungen, die diese Selbstzahlungen wiederum deckeln würden. Problematisch sei, dass – im internationalen Vergleich – deutlich weniger Mittel für die ambulante Versorgung und die Prävention zur Verfügung stünden und dass es auch starke regionale Unterschiede in der Versorgung gebe<sup>144</sup>.

Der Bereich Prävention wird auch in einem Beitrag von Wilbacher zu Berichten über die Gesundheitsversorgung angesprochen: Die Autorin stellt Lang- und Kurzberichte aus dem Jahr 2015 vor, darunter den Bericht Health Outcomes in Österreich, der zum Ergebnis gekommen ist, dass die Gesundheitskompetenz in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich im

---

142 Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 28.

143 Vgl. hierzu Pfeil, Österreichisches Sozialrecht, S. 30.

144 Hofmarcher, S. 259 ff.

Vergleich mit fünf anderen Staaten an letzter Stelle liege, allerdings seien durchschnittlich 72% der Bevölkerung mit dem präventiven und gesundheitsförderlichen Angebot zufrieden<sup>145</sup>

Nach Ansicht von Habimana, Bachner u.a., die sich ebenfalls mit dem Vergleich Österreichs zu anderen Ländern befassen, sind vor allem hohe Zufriedenheitswerte und der niederschwellige Zugang sowie das umfassende Leistungsangebot hervorzuheben. Problematisch seien aber nach wie vor die hohen Ausgaben im Gesundheitssektor und auch der immer noch bestehende Bedarf an mehr Leistungen im Bereich der Gesundheitsprävention<sup>146</sup>.

Die Bundeskurie Niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) hat am 15. März 2017 einen Krisengipfel veranstaltet. Dort wurden auch die Artikel 15a B-VG Vereinbarungen zur Gesundheit<sup>147</sup> thematisiert, „Diese Pläne sehen zum Beispiel eine noch größere Machtfülle für die Krankenkassen vor und das, obwohl diese die medizinischen Leistungen immer mehr zurückfahren“. Die Bundeskurie betonte aber auch, dass man großes Interesse habe, mit der neuen Gesundheitsministerin Rendi-Wagner gute Lösungen finden. Die Ministerin habe „bereits öffentlich ein partnerschaftliches Verständnis für das künftige Miteinander mit der Ärzteschaft erkennen lassen“<sup>148</sup>.

## 7. Literaturverzeichnis

Brodil, Wolfgang/Windisch-Graetz, Michaela, Sozialrecht in Grundzügen, 7. Auflage, Wien 2013.

Bundesministerium für Gesundheit, Dasa österreichische Gesundheitssystem, Zahlen – Daten – Fakten, Aktualisierte Auflage 2013.

Drs, Monika/Jobst, Lisa-Maria, Leistungsanspruch auf Heilmittel (Medikamente) in der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich, in: Soziale Sicherheit (Österreich) 2016, S. 356-369.

Habimana, Katharina, Bachner, Florian u.a., Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, 4. Ausgabe, Wien 2015 (im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellter Bericht)

---

145 Wilbacher, Gesundheitsversorgung in Österreich – Studienergebnisse und Kurzinformationen aus 2015, in: Soziale Sicherheit 2016, S. 151.

146 Habimana, Bachner u.a., Dasa österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, S. 122.

147 S. Gliederungspunkt 1.

148 S. Pressekonferenz, Thema „Krisengipfel der österreichischen Ärztinnen und Ärzte am 15. März 2017, [http://www.aerztekammer.at/home/-/asset\\_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/22056719](http://www.aerztekammer.at/home/-/asset_publisher/777cp2QuE8rt/content/id/22056719).

Hofmarcher, Maria M., Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analyse, Berlin 2013

Pfeil, Walter J., Österreichisches Sozialrecht, Lehrbuch, 11. Auflage, Wien 2016.

Resch, Reinhard, Sozialrecht, 6. Auflage, Wien 2014.

Wilbacher, Ingrid, Gesundheitsversorgung in Österreich – Studienergebnisse und Kurzinformationen aus 2015, in: Soziale Sicherheit (Österreich) 2016, S. 150-159.

\* \* \*