

PRESSEGESPRÄCH

Durchblick bei Patientenrechten in Österreich

Wien, 25. November 2022



Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge



Ihre Gesprächspartner:innen

- Dr.ⁱⁿ **Iris HERSCOVICI**, selpers
- Dr.ⁱⁿ **Maria-Luise PLANK**, Gillhofer Plank Rechtsanwälte
- Dr. **Gerald BACHINGER**, NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
- Moderation: Brigitte Mühlbauer

Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge



UNTERSUCHUNGEN

- FOPI Österreich
- ÖPGK
- Bertelsmann Stiftung

Ergebnis

„PatientInnen wissen zu wenig über ihre Patientenrechte.“

UNTERSUCHUNGEN

- FOPI Österreich
- ÖPGK
- Bertelsmann Stiftung

Warum?

- Keine Bettelktüre
- “Danach”
- Krankenhaus statt Behandlung
- Patient Journey
- Vulnerable Gruppen

Selbstbestimmung

*“Patientenrechte leisten
einen wichtigen Beitrag zur
Stärkung der
Gesundheitskompetenz.”*

Selbstbestimmung

“Patientenrechte leisten einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Gesundheitskompetenz.”

HENNE oder EI

“Es braucht Gesundheitskompetenz um Patientenrechte zu verstehen und zu leben.”

Patienten-/Patientinnenrechte

Als Patient:in ist die Navigation durch das österreichische Gesundheits- und Sozialversicherungssystem oft nicht einfach.

Diese Broschüre begleitet Sie Schritt für Schritt auf Ihrem Weg von **Diagnosestellung über Behandlung und Therapie bis hin zu Nachsorge**. Verständlich und praxisbezogen werden Sie über Unterstützungsmöglichkeiten und Ihr Recht als Patient:in aufgeklärt. Sie ist ein Ratgeber, der Ihnen in einer schwierigen Situation Sicherheit geben und Ihren Genesungsprozess unterstützen kann.

Die Broschüre wurde in Zusammenarbeit mit **Frau Dr. Maria-Luise Plank** erstellt.

MIT CHECKLISTE:
VORBEREITUNG
AUF IHR ÄRZTLICHES
GESPRÄCH



Diagnose & Therapieentscheidung

- 06 **Recht auf Information**
- 08 **Therapieentscheidung, Therapiefreiheit und Patienten-/Patientinnenautonomie**
- 12 **Zweitmeinung**
- 14 **Freie Arzt-/Ärztinnenwahl**

Inhalt

Therapie

- 16 **Behandlung und Pflege**
- 18 **Recht auf optimale/ zweckmäßige Therapie**
- 20 **„Selbstbestimmung“ in der Praxis**
- 22 **Versorgung mit Medikamenten**
- 24 **Chefärztliche Bewilligung - ABS-System**
- 26 **Rezeptgebühr und -befreiung**
- 28 **ELGA, E-Medikation und E-Rezept**
- 32 **Telemedizin**
- 34 **Heilbehelfe und Hilfsmittel**
- 36 **Kassenerstattung - Durchsetzung von Rechten**
- 38 **Unterstützung durch Krankengeld**
- 40 **Pflegegeld bei länger dauernder Hilfsbedürftigkeit**



Nachsorge

- 42 **Rehabilitationsgeld**
- 43 **Wiedereingliederungsgeld**
- 44 **Berufsunfähigkeitspensionen**
- 44 **Medizinische Rehabilitation**
- 46 **Kuraufenthalte**
- 47 **Berufliche Rehabilitation Umschulung**
- 48 **Behindertenpass**
- 50 **Anlaufstellen**

Diagnose & Therapieentscheidung

Kommen Sie aufgrund einer Erkrankung zu einem/einer Arzt/Ärztin, wird dieser versuchen, anhand

eines ärztlichen Behandlungsgesprächs

einer körperlichen Untersuchung

spezieller Tests

bildgebender Verfahren (Röntgen, Ultraschall, MR, CT)

oder Laboruntersuchungen

eine Diagnose zu stellen. Die korrekte und umfassende Diagnose ist der erste wichtige Schritt für eine richtige Behandlung.

RECHT AUF INFORMATION

Als Patient:in haben Sie das Recht auf die „Wahrheit am Krankenbett“. Das bedeutet, dass Sie der/die Arzt/Ärztin über eine gesicherte Diagnose aufklären muss. Auch eine Verdachtsdiagnose muss Ihnen der/die Arzt/Ärztin mitteilen und Sie darüber informieren, welche weiteren notwendigen Abklärungsschritte gemacht werden sollen.

Sind weitere Untersuchungen, Konsultationen anderer Fachärzte/-ärztinnen oder spezielle Untersuchungen notwendig, muss Ihnen der/die Arzt/Ärztin Überweisungen ausstellen und Fachärzte/-ärztinnen, Institute oder Spitäler bekanntgeben.



AUFKLÄRUNGSPFLICHT & BRINGSCHULD

Ärzte/Ärztinnen unterliegen der Aufklärungspflicht und Bringschuld. Was bedeutet das?

Ärzte/Ärztinnen sind dazu verpflichtet, von sich aus Patienten/Patientinnen sämtliche Informationen und Befunde der Krankenakte mitzuteilen, zu erläutern und in Kopie zur Verfügung zu stellen.

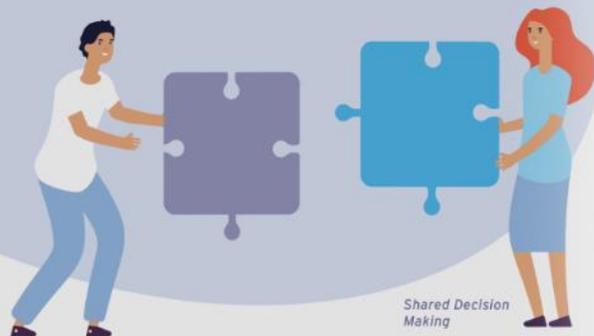
info

Checkliste Diagnose

- Handelt es sich um eine gesicherte Diagnose?
- Bei Verdachtsdiagnose:
Wie geht es weiter? Welche Untersuchungen oder Tests sind noch durchzuführen?
- Stehen mir alle Testergebnisse zur Verfügung?
(z.B. Laborwerte, CT, MR, Röntgenbilder, EEG, EKG, ENG, histologischer oder zytologischer Befund)
- Habe ich die Diagnose verstanden?
Was bedeutet sie künftig für meinen Alltag?
- Gibt es eine Sprachbarriere? Wäre es eventuell besser, das Aufklärungsgespräch mit einem/einer Dolmetscher:in zu führen?

Tipp

In der elektronischen Gesundheitsakte ELGA finden Sie alle Befunde online in Ihrem Account.



THERAPIEENTSCHEIDUNG, THERAPIEFREIHEIT UND PATIENTEN-/PATIENTINNENAUTONOMIE

Das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in ist ein ungemein wichtiger Faktor. Eine Arzt/Ärztin darf nicht einfach entscheiden, welche Therapie Sie machen müssen. Sie haben als Patient:in das **Recht auf Selbstbestimmung**. Das bedeutet, dass jeder Eingriff und jede Behandlung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden darf.

Deshalb fällt der/die Arzt/Ärztin diese Entscheidung mit Ihnen gemeinsam. Dieses Konzept des „**Shared Decision Making**“ sieht sowohl für Arzt/Ärztin als auch Patient:in eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess vor. Beide Seiten stellen Fragen und müssen über alle entscheidungsrelevanten Faktoren informiert sein.

Mehr Informationen zum Thema *Shared Decision Making* finden Sie in der Online-Schulung: **Gute Entscheidungen treffen - ärztliches Behandlungsgespräch**



<https://seelpers.com/blutkrebs/gute-entscheidungen-treffen-arzt-patienten-gespraech/>

info

Wie kann ich mich für eine Therapie/ eine Operation entscheiden?

Der/die Arzt/Ärztin muss das Für und Wider jeder in Frage kommenden therapeutischen Maßnahme so erläutern, dass Sie in der Lage sind, die Tragweite Ihrer Entscheidung zu verstehen.

Hierfür ist eine korrekte **Therapieaufklärung** durch den/die Arzt/Ärztin Grundvoraussetzung. Diese Therapieaufklärung muss mündlich und zeitgerecht vor Therapiebeginn stattfinden. Das Überreichen eines Aufklärungsbogens allein reicht nicht aus.

Eine umfassende Therapieaufklärung sollte folgende Punkte umfassen:

- ein umfassendes Bild über die zur Verfügung stehenden Therapien
- die Vor- und Nachteile der Therapie
- die Erfolgsaussichten und Rückfallquoten der Therapie
- die Folgen einer „Nicht-Behandlung“
- die Intensität der Behandlung/des Eingriffs
- die Dauer der Behandlung/des Eingriffs
- die erforderlichen Nach- und Weiterbehandlungen
- die begleitenden Maßnahmen
- die Rehabilitationsmöglichkeiten
- gegebenenfalls die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Hinweise und Aufklärung zu einer erforderlichen Ernährungsumstellung

ZWEITMEINUNG

Sollten vor Beginn einer geplanten Therapie oder einer Operation Ihrerseits Unsicherheiten oder Zweifel bestehen, haben Sie die Möglichkeit, sich von weiteren Fachärzten/-ärztinnen eine Zweitmeinung einzuholen. Die erneute Begutachtung und Einschätzung Ihrer Krankheitssituation kann Ihnen Absicherung und Orientierung in Ihren Entscheidungen bringen.

Wer trägt die Kosten einer Zweitkonsultation?

Prinzipiell können Sie zu einem Thema so viele Ärzte/Ärztinnen konsultieren, wie Sie möchten. Bezogen auf die Finanzierung sollten Sie aber beachten, dass die österreichischen Krankenkassen derzeit die Einholung einer Zweitmeinung nicht als Kassenleistung akzeptieren.

Das bedeutet: Sie haben das Recht, ohne Überweisung 1x im Quartal eine:n Allgemeinmediziner:in und eine:n Facharzt/-ärztin pro Fachrichtung aufzusuchen. Zu diesen können Sie innerhalb des Quartals so oft gehen, wie es notwendig ist.

Möchten Sie jedoch innerhalb eines Quartals den/die Arzt/Ärztin wechseln oder eine Zweitmeinung einholen, müssen Sie vorher Ihre e-card bei der Krankenkasse freischalten lassen, um eine Kassenfinanzierung sicherzustellen.



Diese Checkliste hilft Ihnen dabei, vorbereitet in die Zweitkonsultation zu gehen:

- Habe ich alle relevanten Befunde und Untersuchungsergebnisse für den Termin?
- Steht eine Kopie meiner Krankengeschichte meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen zur Verfügung?
- Was ist meine derzeitige Medikation/derzeitige Behandlung?

Mögliche Fragen an zweitbegutachtende Ärzte/Ärztinnen:

- Was halten Sie von der Therapieempfehlung der anderen Ärzte/Ärztinnen?
- Welche Behandlung empfehlen Sie mir?
- Welche Belastungen habe ich zu erwarten?
- Was kann gegen die Schmerzen getan werden?
- Müssen zusätzliche Therapien durchgeführt werden oder gibt es Verhaltensempfehlungen?
- Führt die Behandlung dazu, dass ich körperlich eingeschränkt bin?
- Welche alternativen Therapien sind möglich und kann ich diese parallel erhalten?
- Kann es geschehen, dass meine Behandlung abgebrochen werden muss? Wenn ja, gibt es dann andere Möglichkeiten?

SELBSTBESTIMMUNG IN DER PRAXIS

Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein zentrales Menschenrecht und greift auch im medizinischen Bereich.

Kann ich auf bestimmte Therapien bestehen?

Der Oberste Gerichtshof steht auf dem Standpunkt, dass der Wunsch des/der betroffenen Patienten/Patientin nicht außer Acht gelassen werden darf (vgl. dazu OGH 10 ObS 112/94 = SZ 67/76; 10 ObS 113/94 = SSV-NF 8/44; 10 ObS 409/02y). Das Wort des/der Patienten/Patientin hat dann Gewicht, wenn die möglichen Therapien unterschiedlich belastend sind.



Fallbeispiel

Obwohl der Arzt einer Patientin für ihre Probleme mit Krampfadern die Methode Stripping (klassische operative Entfernung von Krampfadern) als erste Wahl empfahl, entschied sie sich für die insgesamt teurere Methode Sklerotherapie (chemisches Verfahren zum Veröden von Krampfadern).

Die Kasse lehnte die Übernahme der Kosten zunächst mit einem Hinweis auf die höheren Kosten ab. In einem Gerichtsverfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht entschied der Oberste Gerichtshof schlussendlich, dass die Krankenkasse in diesem konkreten Fall dem Wunsch der Patientin nach Sklerotherapie nachkommen und für die Therapie die Kosten übernehmen muss.

Ausschlaggebend war hier, dass die von der Patientin abgelehnte Methode eine Narkose mit stationärem Aufenthalt bedeutete, während für die gewählte Methode nur ein ambulanter Eingriff ohne Narkose notwendig war. Somit wäre eine Therapie durch Stripping wesentlich belastender für die Patientin gewesen als eine Sklerotherapie.

Kann ich mich auf Kosten einer österreichischen Krankenkasse im Ausland behandeln lassen?

Es besteht kein genereller Anspruch auf die weltbeste medizinische Versorgung. Eine Behandlung im Ausland ist von den Krankenkassen dann zu bezahlen, wenn eine gleichwertige Therapiemöglichkeit in Österreich nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Eine Kostenübernahme der Sozialversicherung für eine Behandlung im Ausland ist im Vorhinein genehmigen zu lassen. Dazu benötigen Sie eine schriftliche Begründung Ihres/Ihrer Behandler:in, warum die Behandlung in Österreich nicht möglich ist. In der Bestätigung sind bereits ein:e bestimmte:r Arzt/Ärztin und eine namentlich genannte Behandlungseinrichtung im Ausland anzugeben.



CHEFÄRZTLICHE BEWILLIGUNG - ABS-SYSTEM

„Das Rezept läuft, nicht der Patient!“ Mit diesem Spruch haben die Krankenkassen die Einführung des Arzneimittel-Bewilligungs-Service, kurz ABS, beworben. Ärzte/Ärztinnen wurden verpflichtet, für Patienten/Patientinnen über das e-card-System elektronisch die Bewilligungen chefärztlich bewilligungspflichtiger Medikamente einzuholen. Die Kassen müssen innerhalb der Geschäftszeiten binnen 30 Minuten antworten.



Wie läuft eine „chefärztliche Bewilligung“ ab?

Verschreibung

Sie gehen mit Ihrer e-card zu Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin und wollen sich Ihr bewilligungspflichtiges Medikament verschreiben lassen.

Ihre Arzt/Ärztin beantragt über das ABS-System die Bewilligung, auf die Sie maximal 30 Minuten warten müssen.

Rückmeldung

Der/die Arzt/Ärztin erhält dann über das ABS-System die Antwort, ob das Medikament bewilligt wurde oder nicht.

Je nachdem kann er/sie Ihnen dann ein Rezept ausstellen, für das Sie in der Apotheke nur mehr die Rezeptgebühr und nicht den vollen Preis bezahlen müssen.

Ablehnung

Für eine abgelehnte Bewilligung geben die Chefärzte/-ärztinnen eine Begründung an. Ihre Arzt/Ärztin kann nun versuchen, durch eine angepasste erneute Einreichung das Medikament bewilligen zu lassen.

Die richtige Begründung des/der Arztes/Ärztin, warum Sie ein bestimmtes Medikament benötigen, ist oft der Schlüssel für eine erfolgreiche Bewilligung.

Was machen Chefärzte/-ärztinnen?

Der chef- und kontrollärztliche Dienst ist eine Kostenkontrollstelle und darf in die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in nicht eingreifen. Die Chefärzte/-ärztinnen treffen keine medizinischen, sondern Kostenentscheidungen. Eine Therapie darf nur abgelehnt werden, wenn es eine gleichwertige kostengünstigere Alternative gibt. Im Rahmen des Antrags auf chefärztliche Bewilligung sollte daher von dem/der Arzt/Ärztin erklärt werden, warum der/die Patient:in genau dieses Arzneimittel oder diese Therapie benötigt und keine billigere Alternative in Frage kommt. Gründe könnten etwa sein, dass die kostengünstigere Variante nicht gewirkt hat, wegen Nebenwirkungen zu risikoreich ist oder der/die Patient:in aufgrund bestimmter persönlicher Eigenschaften für diese Therapie nicht in Frage kommt.

Langzeitbewilligung

Sollte Ihre Arzt/Ärztin davon ausgehen, dass Sie ein bewilligungspflichtiges Medikament über einen längeren Zeitraum einnehmen müssen, kann er/sie über das ABS-System eine Langzeitbewilligung einholen. Das bedeutet, dass Ihnen ein Medikament für 3, 6 oder 12 Monate bewilligt wird. Reicht eine Packung Ihres Medikaments also beispielsweise für einen Monat und Sie bekommen eine Langzeitbewilligung für 6 Monate, steht Ihnen ein Kontingent von 6 Packungen zur Verfügung. Sie müssen somit nicht jeden Monat auf eine Bewilligung warten, sondern Ihre Arzt/Ärztin kann Ihnen ein Rezept ausstellen, das von Ihrem Kontingent abgebucht wird. Ist Ihr Kontingent aufgebraucht und Sie müssen das Medikament weiter einnehmen, kann erneut eine Langzeitbewilligung beantragt werden.

Genauere Infos zum Thema „**Chefärztliche Bewilligung**“ gibt es für Sie unter



<https://selpers.com/lektion/mehr-durchblick-bei-sozialversicherung-und-bewilligungen-chefaeztliche-bewilligung/>

info

WAS IST EIN E-REZEPT?

Ärzte/Ärztinnen starten ab März 2022 nach und nach mit dem E-Rezept. Nach österreichweiter Einführung können Sie Ihr Medikament in der Apotheke mit Ihrer e-card oder einem E-Rezept-Code am Handy abholen - ein Rezeptausdruck ist nicht mehr notwendig. In der Apotheke wird durch Stecken der e-card oder durch Scannen des E-Rezept-Codes das Rezept aus dem e-card-System abgerufen. Den E-Rezept-Code können Sie sich unter anderem in Ihrem Account auf www.meineSV.at holen.

Was ist der Unterschied zwischen E-Medikation und E-Rezept?

Die E-Medikation steht nur jenen Patienten/Patientinnen zur Verfügung, die an ELGA teilnehmen. Das E-Rezept ist eine elektronische Lösung für alle Krankenversicherten.



Sind meine Daten sicher?

Ja, E-Rezepte werden verschlüsselt übertragen und abgespeichert. Sie sind nur von berechtigten Personen einsehbar:

- ➔ **Ärzte/Ärztinnen** können nur Rezepte sehen, die sie selbst verschrieben haben.
- ➔ **Apotheker:innen** haben Einsicht auf alle Ihre E-Rezepte, während Ihre e-card in der Apotheke gesteckt ist.
- ➔ Ihre **Sozialversicherung** hat ebenfalls Einsicht in Ihre E-Rezepte.

Sie möchten mehr erfahren? Ein Erklärvideo zum E-Rezept und weitere Informationen zu E-Medikation und E-Rezept finden Sie hier:



Erklärvideo

<https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.881787&portal=ecardportal>

Informationen zu E-Medikation

<https://www.chipkarte.at/cdscontent/?contentid=10007.767252&portal=ecardportal>



Informationen zu E-Rezept

www.chipkarte.at/e-Rezept

info

Als Patient:in recherchieren Sie nach der Diagnosestellung womöglich eigenhändig zu Ihrer Erkrankung.

Vertrauenswürdige Gesundheitsinformation erkennen

Verlässliche Gesundheitsinformationen müssen evidenzbasiert sein. Evidenzbasierte Medizin arbeitet ausschließlich mit belegten Informationen und den aktuellsten Daten zu Erkrankungen, Therapien oder Untersuchungen.

- Seriöse Beiträge enthalten wissenschaftliche Quellenangaben. Jeder Fakt und jede Aussage müssen belegbar sein. Können die Informationen durch mehrere Quellen bestätigt werden, sind sie umso aussagekräftiger.
- Gute Gesundheitsinformationen zeigen **mehrere Möglichkeiten** auf, vergleichen diese und erläutern deren Vor- und Nachteile. Besonders aussagekräftig sind Informationen, die durch Zahlen belegt werden können.
- Die Informationen sind in einer einfachen und auch für Nicht-Mediziner:innen **verständlichen Sprache** geschrieben. Fachbegriffe werden erklärt.
- Die Informationen kommen von **unabhängigen Einrichtungen** (z.B. wissenschaftliche Verlage, medizinische Universitäten, Einrichtungen im Gesundheitswesen).
- Es gibt Studien zu Medikamenten oder Behandlungsmethoden, die **neutrale Informationen** bieten.

PFLEGEgeld BEI LÄNGER DAUERNDER HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Sind Sie aufgrund einer Erkrankung oder nach einer Operation auf die Hilfe durch Familie oder Pflegepersonal angewiesen, können Sie Pflegegeld beantragen. Pflegegeld soll Sie finanziell bei dem durch Pflegemaßnahmen entstehenden Mehraufwand unterstützen.

Wann habe ich Anspruch auf Pflegegeld?

Anspruch auf Pflegegeld haben Sie, wenn mindestens 6 Monate ein ständiger Pflegebedarf besteht. **Zum Pflegebedarf gehören:**

- An- und Auskleiden
- Körperpflege
- Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten
- Mobilitätshilfen
- Verrichtung der Notdurft
- Einnahme von Medikamenten

Wie hoch ist das Pflegegeld?

Das Pflegegeld ist unabhängig vom Einkommen und kann auch bei aufrechter Berufsausübung beantragt werden. Es wird in monatlichen Fixbeträgen je nach Pflegebedarf ausgezahlt. Der Pflegebedarf wird von einem/einer Sachverständigen in Minuten pro Tag festgestellt und berechnet. Der Pflegebedarf muss 65 Stunden im Monat übersteigen.



Wie stelle ich einen Antrag auf Pflegegeld?

Einen Antrag auf Pflegegeld können Sie bei Ihrem Sozialversicherungsträger stellen. Nach Antragseingang bekommen Sie ein Formular zugeschickt, in dem Sie folgende Angaben machen müssen:

- **Tätigkeiten, die nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können**
- **Inanspruchnahme aller pflegebezogener Leistungen (z.B. erhöhte Familienbeihilfe)**

Nach Antragseingang wird durch eine:n Sachverständige:n ein Gutachten über Ihren Pflegebedarf erstellt. Auf Grundlage dieses Gutachtens wird bestimmt, ob Pflegebedarf besteht bzw. wie hoch das Pflegegeld ist.

Gegen diesen Bescheid kann Klage beim Arbeits- und Sozialgericht eingebracht und damit die Entscheidung überprüft werden (siehe Kontrollverfahren Seite 37).

Bekomme ich während eines Spitals- oder Kuraufenthalts Pflegegeld?

Während eines Spitals- oder Kuraufenthalts ruht das Pflegegeld ab dem zweiten Tag, wenn die überwiegenden Kosten des Aufenthalts ein Sozialversicherungsträger, der Bund, ein Landesgesundheitsfonds oder eine Krankenfürsorgeanstalt trägt. In bestimmten Fällen kann das Pflegegeld auf Antrag weiter bezogen werden.

Die **Formulare zur Beantragung des Pflegegeldes** bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern finden Sie online unter www.help.gv.at.



<https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4.html>

info

BEHINDERTENPASS

In Österreich besteht bei Personen eine Behinderung, wenn die Auswirkung einer mindestens 6 Monate dauernden

körperlichen **geistigen** **oder psychischen**

Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, erschweren.

Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung

- 1 Um den Grad Ihrer Behinderung feststellen zu lassen, müssen Sie per Post, Fax oder online mit Bürgerkarte oder Handy-Signatur einen Antrag beim Sozialministeriumservice stellen.
 - Folgende Unterlagen sind zusätzlich erforderlich:**
 - ein farbiges EU-Passbild nach den geltenden ICAO-Vorschriften
 - aktuelle medizinische Unterlagen, z.B. Befunde in Kopie
 - Meldezettel in Kopie
- 2 Sie werden zu einer ärztlichen Untersuchung eingeladen.

Wichtig: Nehmen Sie alle Befunde Ihres/Ihrer Facharzt/-ärztin mit.
- 3 Ihr Antrag wird auf Basis Ihrer Krankengeschichte, Ihrer Befunde und des Ergebnisses der ärztlichen Untersuchung **geprüft**.
- 4 Sie erhalten ein **schriftliches Ergebnis** Ihres Verfahrens.

Bei einem Grad der Behinderung von weniger als 50 % wird ein abweisender Bescheid erlassen. Ab einem Grad der Behinderung von 25 % kann ein pauschalierter Steuerfreibetrag beim Finanzamt beantragt werden. Falls das Ergebnis nicht zu Ihrer Zufriedenheit ausfällt, können Sie es gerichtlich prüfen lassen (siehe Seite 37).

Der Behindertenpass

Der Behindertenpass ist ein amtlicher Lichtbildausweis und dient als bundeseinheitlicher Nachweis einer Behinderung. Anspruch auf einen Behindertenpass haben Personen mit Wohnsitz in Österreich und einem Grad der Behinderung oder einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 %.



Der auf der **Vorderseite** angebrachte QR-Code ermöglicht Menschen mit Behinderung, auf der Website des Sozialministeriumservice nähere Informationen zum Behindertenpass und den einzelnen Zusatzeintragungen abzurufen (§ 1 Abs 2 Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen).



Auf der **Rückseite** werden vorliegende Zusatzeintragungen größtenteils in Form von Piktogrammen vorgenommen. (§1 Abs 6 Verordnung des Bundesministers für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz über die Ausstellung von Behindertenpässen und von Parkausweisen).

Für folgende Ermäßigungen ist ein Behindertenpass erforderlich:

- ÖBB - Ermäßigung (50 %) **Kostenlose Jahresvignette (Autobahngebühr)**
- Zuschuss zur Erlangung der Lenkberechtigung**
- Vergünstigte Mautgebühren**
- Parkausweis gemäß § 29 b StVO: Befreiung von den Parkgebühren**
- Befreiung von der NoVA (motorbezogene Kraftfahrzeugsteuer)**

Ein Antrag für einen Behindertenpass können Sie über das Sozialministeriumservice stellen. Der Antrag und die Ausstellung des Behindertenpasses sind kostenlos. Das Formular ist online verfügbar unter:



https://www.sozialministeriumservice.at/Menschen_mit_Behinderung/Behindertenpass_und_Parkausweis/Behindertenpass/Behindertenpass.de.html

info

*„Letztlich bedarf es einer
Informationsoffensive, um die
Patientenrechte wieder dorthin
zu rücken, wo sie hingehören,
nämlich ins Zentrum der
Aufmerksamkeit im
Gesundheitswesen.“*

Dr. Gerald Bachinger,
im Rahmen des
1. Österreichischen
Patientenrechte-Tages 2018

Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge

Mit der Broschüre „Ihre Rechte als Patient:in“ halten Sie einen praxisorientierten und alltagsrelevanten Begleiter in der Hand, der Ihnen mit wichtigen Informationen und Tipps zur Seite steht.

Wie entscheide ich mich für die richtige Therapie?

Welche Arzneimittel müssen mir von der Krankenkasse bezahlt werden?

Was kann ich tun, wenn ich Pflegebedarf habe?

All das sind Fragen, die im Krankheitsfall auftreten können. Doch wer beantwortet sie? Gemeinsam mit Frau Dr. Maria-Luise Plank entstand deshalb ein Nachschlagewerk, das alle wichtigen Fragen rund um das Thema „Patienten-/Patientinnenrechte“ praxisnah und niederschwellig beantwortet - damit Sie eine Sorge weniger haben und sich voll und ganz auf Ihre Genesung konzentrieren können!



Sie möchten mehr über das Thema Patienten-/Patientinnenrechte erfahren? Mehr Informationen dazu gibt es in den **Online-Schulungen von selpers**. Hier gelangen Sie auch zu einem Bestellformular und zur digitalen Version der Broschüre.



selpers.com/sozialversicherung-und-recht-bei-chronischer-erkrankung



GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

**IHR RECHT
ALS PATIENT:IN**

DR MARIA-LUISE PLANK

„Gillhofer & Plank Rechtsanwälte“

1010 Wien, Herrengasse 8/3/5

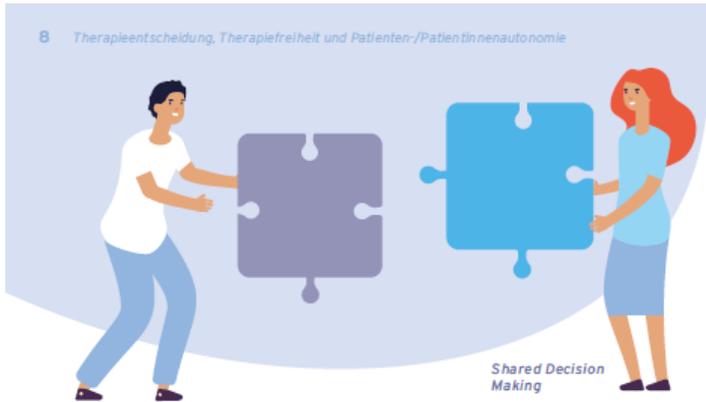
KOMPASS FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte



AUSLOTEN DER
RECHTE UND
MÖGLICHKEITEN
ABER
AUCH DER GRENZEN!



THERAPIEENTSCHEIDUNG, THERAPIEFREIHEIT UND PATIENTEN-/PATIENTINNENAUTONOMIE

Das Verhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient:in ist ein ungemein wichtiger Faktor. Eine Arzt/Ärztin darf nicht einfach entscheiden, welche Therapie Sie machen müssen. Sie haben als Patient:in das **Recht auf Selbstbestimmung**. Das bedeutet, dass jeder Eingriff und jede Behandlung nur mit Ihrer Einwilligung durchgeführt werden darf.

Deshalb fällt der/die Arzt/Ärztin diese Entscheidung mit Ihnen gemeinsam. Dieses Konzept des „**Shared Decision Making**“ sieht sowohl für Arzt/Ärztin als auch Patient:in eine aktive Rolle im Entscheidungsprozess vor. Beide Seiten stellen Fragen und müssen über alle entscheidungsrelevanten Faktoren informiert sein.

Mehr Informationen zum Thema *Shared Decision Making* finden Sie in der Online-Schulung: **Gute Entscheidungen treffen – ärztliches Behandlungsgespräch**



<https://selpers.com/blutkrebs/gute-entscheidungen-treffen-arzt-patienten-gespraech/>



info

Wie kann ich mich für eine Therapie/ eine Operation entscheiden?

Der/die Arzt/Ärztin muss das Für und Wider jeder in Frage kommenden therapeutischen Maßnahme so erläutern, dass Sie in der Lage sind, die Tragweite Ihrer Entscheidung zu verstehen.

Hierfür ist eine korrekte **Therapieaufklärung** durch den/die Arzt/Ärztin Grundvoraussetzung. Diese Therapieaufklärung muss mündlich und zeitgerecht vor Therapiebeginn stattfinden. Das Überreichen eines Aufklärungsbogens allein reicht nicht aus.

Eine umfassende Therapieaufklärung sollte folgende Punkte umfassen:

- ein umfassendes Bild über die zur Verfügung stehenden Therapien
- die Vor- und Nachteile der Therapie
- die Erfolgsaussichten und Rückfallquoten der Therapie
- die Folgen einer „Nicht-Behandlung“
- die Intensität der Behandlung/des Eingriffs
- die Dauer der Behandlung/des Eingriffs
- die erforderlichen Nach- und Weiterbehandlungen
- die begleitenden Maßnahmen
- die Rehabilitationsmöglichkeiten
- gegebenenfalls die Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- Hinweise und Aufklärung zu einer erforderlichen Ernährungsumstellung

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

ZWEITMEINUNG

Sollten vor Beginn einer geplanten Therapie oder einer Operation Ihrerseits Unsicherheiten oder Zweifel bestehen, haben Sie die Möglichkeit, sich von weiteren Fachärzten/-ärztinnen eine Zweitmeinung einzuholen. Die erneute Begutachtung und Einschätzung Ihrer Krankheitsituation kann Ihnen Absicherung und Orientierung in Ihren Entscheidungen bringen.

Wer trägt die Kosten einer Zweitkonsultation?

Prinzipiell können Sie zu einem Thema so viele Ärzte/Ärztinnen konsultieren, wie Sie möchten. Bezogen auf die Finanzierung sollten Sie aber beachten, dass die österreichischen Krankenkassen derzeit die Einholung einer Zweitmeinung nicht als Kassenleistung akzeptieren.

Das bedeutet: Sie haben das Recht, ohne Überweisung 1x im Quartal eine:n Allgemeinmediziner:in und eine:n Facharzt/-ärztin pro Fachrichtung aufzusuchen. Zu diesen können Sie innerhalb des Quartals so oft gehen, wie es notwendig ist.

Möchten Sie jedoch innerhalb eines Quartals den/die Arzt/Ärztin wechseln oder eine Zweitmeinung einholen, müssen Sie vorher Ihre e-card bei der Krankenkasse freischalten lassen, um eine Kassenfinanzierung sicherzustellen.



GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

Diese Checkliste hilft Ihnen dabei, vorbereitet in die Zweitkonsultation zu gehen:

- Habe ich alle relevanten Befunde und Untersuchungsergebnisse für den Termin?
- Steht eine Kopie meiner Krankengeschichte meinen behandelnden Ärzten/Ärztinnen zur Verfügung?
- Was ist meine derzeitige Medikation/derzeitige Behandlung?

Mögliche Fragen an zweitbegutachtende Ärzte/Ärztinnen:

- Was halten Sie von der Therapieempfehlung der anderen Ärzte/Ärztinnen?
- Welche Behandlung empfehlen Sie mir?
- Welche Belastungen habe ich zu erwarten?
- Was kann gegen die Schmerzen getan werden?
- Müssen zusätzliche Therapien durchgeführt werden oder gibt es Verhaltensempfehlungen?
- Führt die Behandlung dazu, dass ich körperlich eingeschränkt bin?
- Welche alternativen Therapien sind möglich und kann ich diese parallel erhalten?
- Kann es geschehen, dass meine Behandlung abgebrochen werden muss? Wenn ja, gibt es dann andere Möglichkeiten?

Therapie

BEHANDLUNG UND PFLEGE

Ihre Arzt/Ärztin hat Ihnen eine Diagnose gestellt und Sie haben sich gemeinsam für eine Therapie entschieden. Während der Behandlung haben Sie als Patient:in sowohl Rechte als auch Pflichten.

Persönlichkeitsrechte

Während Sie sich in medizinischer Behandlung oder Pflege befinden, müssen Ihre Persönlichkeitsrechte und Ihre Menschenwürde gewahrt sein.

Das beinhaltet das Recht auf:

- eine rücksichtsvolle Behandlung
- eine ausreichende Wahrung der Privatsphäre, auch in Mehrbeträumen
- Geheimhaltung und Vertraulichkeit
- fachgerechte und möglichst schmerzarme Behandlung und Pflege
- Aufklärung und Information über Behandlungsmöglichkeiten und Risiken
- Zustimmung zu oder Verweigerung der Behandlung
- Einsicht in die Krankengeschichte bzw. Ausfertigung einer Kopie
- Erhalt medizinischer Informationen durch zur selbständigen Berufsausübung berechnete Ärzte/Ärztinnen in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art
- ausreichende Besuchs- und Kontaktmöglichkeiten mit nahestehenden Personen
- Kontakt mit Vertrauenspersonen im Fall nachhaltiger Verschlechterung des Gesundheitszustandes – auch außerhalb der Besuchszeiten
- eine möglichst kindergerechte Ausstattung der Krankenzimmer für Kinder, die stationär versorgt werden müssen
- religiöse Betreuung und psychische Unterstützung
- eine vorzeitige Entlassung
- Ausstellung eines Patienten-/Patientinnenbriefes
- ein würdevolles Sterben und Kontakt mit Vertrauenspersonen

Pflichten als Patient:in

Um einen optimalen Genesungsprozess zu garantieren, haben Sie als Patient:in nicht nur Rechte, sondern auch bestimmte Pflichten.

Therapietreue

Behandlungen wirken am besten, wenn die Therapieanordnungen der Behandler:innen eingehalten werden.

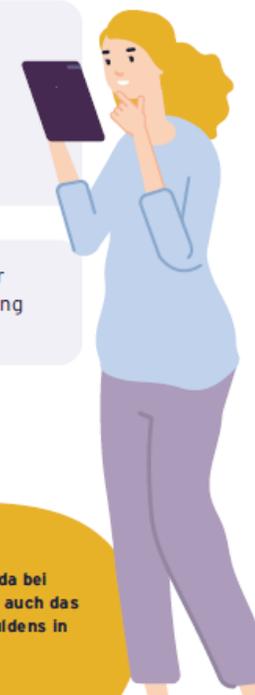
Zusammenarbeit mit ärztlichem und Pflegepersonal

Sollte ein Behandlungsfehler passiert sein, gibt es im Rahmen des Zumutbaren die Pflicht, sich **Nachbehandlungen** zu unterziehen, um Spätfolgen oder weitere Beeinträchtigungen zu vermeiden. Informieren Sie sich auch über Patientenentschädigungsfonds.

Inanspruchnahme von Hilfe (Notarzt/-ärztin oder Klinik), wenn Komplikationen nach einer Behandlung auftreten.

Tipp

Die Einhaltung dieser Pflichten ist wichtig, da bei Schaden durch Nichtbeachten der Pflichten auch das Recht auf Schadenersatz wegen Mitverschuldens in der Höhe gekürzt werden kann.



GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

SKLERTHERAPIE / STRIPPING

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

Sklerotherapie (Veröden)

- Zahlreiche Injektionen und Inzisionen über längeren Zeitraum
- Risiko neuerlicher Beschwerden
- Kein Arbeitsausfall (ambulante Behandlung)
- Hohe Kosten

Stripping

- Stripping (Bevorzugte Methode)
- Vollnarkose – stat. Aufenthalt
- Hohe Chance auf vollständige Heilung
- Arbeitsunfähigkeit mehrere Tage
- Geringere Kosten als Veröden

PATIENTENAUTONOMIE

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

Die **Kosten** sind neben der Qualität, der Quantität und der Eignung einer Maßnahme, nur eines von mehreren Beurteilungskriterien, die in einen im Ergebnis einheitlichen Bewertungsakt einfließen.

Es kann nämlich auch die **Entscheidung des betroffenen Patienten**, der unter Umständen die Wahl zwischen mehreren Behandlungsmethoden hat, die zwar im Wesentlichen zum selben Ziel führen, jedoch **unterschiedlich belastende Therapien** zum Gegenstand haben, nicht außer Acht gelassen werden.

Quelle: OGH10 Obs 112/94 = SZ 67/76; 10 Obs 113/94 = SSV-NF 8/44; 10 Obs 409/02y

EINFLUSS PATIENTENWILLE

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

Die **Kosten** sind neben der Qualität, der Quantität und der Eignung einer Maßnahme, nur eines von mehreren Beurteilungskriterien, die in einen im Ergebnis einheitlichen Bewertungsakt einfließen.

Es kann nämlich auch die **Entscheidung des betroffenen Patienten**, der unter Umständen die Wahl zwischen mehreren Behandlungsmethoden hat, die zwar im Wesentlichen zum selben Ziel führen, jedoch **unterschiedlich belastende Therapien** zum Gegenstand haben, nicht außer Acht gelassen werden.

Quelle: OGH10 Obs 112/94 = SZ 67/76; 10 Obs 113/94 = SSV-NF 8/44; 10 Obs 409/02y

SELBSTBESTIMMUNG IN DER PRAXIS

Das Recht auf Selbstbestimmung ist ein zentrales Menschenrecht und greift auch im medizinischen Bereich.

Kann ich auf bestimmte Therapien bestehen?

Der Oberste Gerichtshof steht auf dem Standpunkt, dass der Wunsch des/der betroffenen Patienten/Patientin nicht außer Acht gelassen werden darf (vgl. dazu OGH 10 ObS 112/94 = SZ 67/76; 10 ObS 113/94 = SSV-NF 8/44; 10 ObS 409/02y). Das Wort des/der Patienten/Patientin hat dann Gewicht, wenn die möglichen Therapien unterschiedlich belastend sind.



Fallbeispiel

Obwohl der Arzt einer Patientin für ihre Probleme mit Krampfadern die Methode Stripping (klassische operative Entfernung von Krampfadern) als erste Wahl empfahl, entschied sie sich für die insgesamt teurere Methode Sklerotherapie (chemisches Verfahren zum Veröden von Krampfadern).

Die Kasse lehnte die Übernahme der Kosten zunächst mit einem Hinweis auf die höheren Kosten ab. In einem Gerichtsverfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht entschied der Oberste Gerichtshof schlussendlich, dass die Krankenkasse in diesem konkreten Fall dem Wunsch der Patientin nach Sklerotherapie nachkommen und für die Therapie die Kosten übernehmen muss.

VERSORGUNG MIT MEDIKAMENTEN

Aus dem Recht auf Krankenbehandlung ergibt sich, dass Kosten für Arzneimittel grundsätzlich von der Krankenkasse übernommen werden müssen. Auch hier gilt – wie bei den bisher beschriebenen Therapien – das **Ökonomieprinzip**.

Folgende Praxisbeispiele wurden wie folgt vor Gericht entschieden:



Vorbeugung ist besser als Akutbehandlung: Die „vorbeugende“ Behandlung zur Reduzierung von Entzündungen ist für Patienten/Patientinnen weniger belastend und mit der Würde des Menschen besser vereinbar als auf eine Entzündung warten zu müssen, welche dann mit Antibiotika zu behandeln ist.

Die **Weiterbehandlung** von an Krebs erkrankten Personen nach erfolgreich durchgeführter Chemotherapie zwecks Verlängerung der Dauer des Anhaltens von krankheitsfreien Perioden ist nicht nur Prävention, sondern Krankenbehandlung. Patienten/Patientinnen ist es nicht zuzumuten, „untätig“ bis zum allfälligen Wiederaufleben des Tumors zuzuwarten, um sich dann wieder einer belastenden Chemotherapie unterziehen zu müssen.

Sicherheit geht vor: Patienten/Patientinnen haben einen Anspruch auf ein teureres Fertigarzneimittel, weil hier das Kontaminations- und damit Infektionsrisiko am geringsten ist. Die Kasse darf daher nicht auf von Ärzten/Ärztinnen selbst zu mischende Lösungen verweisen, selbst wenn diese kostengünstiger sind.

Welche Arzneimittelkosten übernimmt die Krankenkasse?

Für die Kostenübernahme von Arzneimitteln gibt es einen gesetzlich geregelten Erstattungskodex (EKO). Arzneimittel werden in verschiedene Bereiche eingeteilt, ähnlich einem Ampelsystem (siehe Grafik Seite 23).

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

PRÄVENTION VS AKUT

Produkt für Sekundärprävention

- Chronische Hep C
- Nebenwirkung Behandlung Neutropenie (erhöhte Infektanfälligkeit)
- Produkt zur Behandlung der Neutropenie oder stationärer Aufenthalt

Antibiotikum Vorschlag Kasse

- Ohne Produkt ist eine stationäre Aufnahme während der Hep C Behandlung erforderlich;
- Neutropenie ist nicht Grundleiden sondern nur Nebenwirkung;
- Abwarten Infekte und Antibiotikagabe;

Perspektive des Versicherten: Die vorbeugende Behandlung zur Vermeidung von Infekten durch die Gabe von Produkt ist die risikoloseste und mit seiner Würde am besten vereinbare Methode. Das Abwarten der Infekte mit anschließenden Antibiotikagaben ist keinesfalls eine gleichwertige Alternative zu Produkt.

Kostenargument nicht schlagend: Monatelanger KH-Aufenthalt, um von allfälligen Infektionsquellen abgeschirmt zu sein, ist gegenüber der Behandlung mit Produkt eindeutig mit größeren Nachteilen behaftet. (10ObS361/01p).

KASSENERSTATTUNG - DURCHSETZUNG VON RECHTEN

Was kann ich tun, wenn mir ein chefärztlich bewilligungspflichtiges Rezept oder eine Verordnung nicht bewilligt wurde?

Der Erstattungskodex oder ablehnende Entscheidungen des chef- und kontrollärztlichen Dienstes entscheiden nicht endgültig über die Rechte der Patienten/Patientinnen. Sie können sich an die Ombudsstellen der Sozialversicherungsträger oder der Ärztekammer wenden und hier Rat und Unterstützung einholen. Auch Patienten-/Patientinnenanwaltschaften und die Arbeiterkammern (für Erwerbstätige) beraten bei Schwierigkeiten mit Kostenübernahmen durch die soziale Krankenversicherung.

Genauere Informationen zum **österreichischen Sozialsystem** und den **Regelungen und Ausnahmen der verschiedenen Sozialversicherungsträger** finden Sie in diesem Online-Kurs:



<https://selpers.com/kurs/mehr-durchblick-bei-sozialversicherung-und-bewilligungen/>

info

Kontrollverfahren

Sollte der direkte Kommunikationsweg nicht zum Erfolg führen, besteht die Möglichkeit, die Entscheidung kostenlos durch Gerichte überprüfen zu lassen. Bei diesem sogenannten Kontrollverfahren entstehen nur Kosten für eine:n Anwalt/Anwältin.

Das Kontrollverfahren nach Ablehnung durch den chefärztlichen Dienst läuft wie folgt ab:

1

Beantragen Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Bescheid über die Nicht-Bewilligung. **Es gibt folgende Möglichkeiten:**

via Formular der Krankenkasse

Ablehnung mit den Worten „Bitte um Ausstellung eines Bescheides“ per Post, Fax oder online an die Krankenkasse schicken

2

Dieser Bescheid muss von der Krankenkasse binnen 14 Tagen ausgestellt werden und **Folgendes beinhalten:**

Eine Begründung, warum die Krankenkasse keinen Anspruch des/der Patienten/Patientin auf die gewünschte Therapie sieht

Die Angabe einer geeigneteren und kostengünstigeren alternativen Therapie

3

Nach Erhalt des Bescheides reichen Sie binnen 3 Monaten eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht ein. **Sie haben folgende Möglichkeiten:**

Die Klage persönlich und direkt beim zuständigen Arbeits- und Sozialgericht zu Protokoll geben

Mit Hilfe von Arbeiterkammer oder Rechtsanwalt die Klage per Schreiben an das Gericht schicken

4

Nach Einholung von einem Sachverständigengutachten und einer mündlichen Verhandlung entscheidet das Gericht und stellt ein **Urteil** zu.

Im Falle eines Negativurteils: Fällt auch das Gericht die Entscheidung, dass die Kosten für die Therapie nicht von der Sozialversicherung übernommen werden, haben Sie die Möglichkeit, binnen 4 Wochen beim Oberlandesgericht **Berufung** einzulegen.

Letzte Instanz: Revision beim Obersten Gerichtshof

Wird auch im Berufungsverfahren des Oberlandesgerichts ein Negativurteil gestellt, können Sie binnen 6 Wochen Revision beim Obersten Gerichtshof einbringen. Hierfür sind Sie verpflichtet, eine:n Anwalt/Anwältin hinzuzuziehen.

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

INTRAMURAL / EXTRAMURAL

MS-Produkt extramural (Patient)

- **Ambulante** Verabreichung MS-Zentrum
- Qualitätsgesicherte Anwendung
- Möchte bei behandelnden Arzt Therapie durchführen

MS-Produkt intramural (KV)

- Reines Hospital-Produkt
- Ist für KV kostengünstiger, weil Pauschale für Anstaltspflege jährlich bezahlt wird
- Sonst wäre jede Einzelleistung zu zahlen

Dem Grundsatz der freien Arztwahl ist Vorrang einzuräumen, vor allem, wenn es sich um eine chronische Erkrankung handelt. Die Therapie kann auch im niedergelassenen Bereich mit gleicher Qualität erbracht werden (OGH 17Cgs37/07h).

UNTERSTÜTZUNG DURCH KRANKENGELD

Damit Sie während eines längeren Krankenstandes keinen Einkommensverlust erleiden, können Sie von der Krankenkasse Krankengeld erhalten.

Keinen Anspruch auf Krankengeld haben:

- *mitversicherte Personen*
- *Lehrlinge ohne Entgelt*
- *geringfügig Beschäftigte, die sich nicht selbst versichert haben*
- *Praktikanten/Praktikantinnen*
- *Krankenpflege- und Hebammenschüler:innen*
- *Pensionisten/Pensionistinnen*
- *Bezieher:innen von Kinderbetreuungsgeld*



Habe ich Anspruch auf Krankengeld, wenn ich beim AMS gemeldet bin?

Ja, als Bezieher:in von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe haben Sie Anspruch auf Krankengeld.

Ab wann habe ich Anspruch auf Krankengeld?

Der/die Arbeitgeber:in hat bei einem Krankenstand eines/einer Arbeitnehmers/Arbeitnehmerin eine gewisse Entgeltfortzahlungspflicht. Erst nach Ablauf dieser Pflicht haben Sie als Arbeitnehmer:in Anspruch auf Krankengeld.

Hier finden Sie eine Übersicht über die **Entgeltfortzahlungspflicht**:

Dauer des Arbeitsverhältnisses	Volles Entgelt	Halbes Entgelt
Im ersten Jahr	6 Wochen	4 Wochen
Vom 2. bis 15. Jahr	8 Wochen	4 Wochen
Vom 16. bis 25. Jahr	10 Wochen	4 Wochen
Ab dem 26. Jahr	12 Wochen	4 Wochen

Ist der/die Arbeitgeber:in nur mehr verpflichtet das halbe Entgelt zu zahlen, wird die andere Hälfte von der Sozialversicherung übernommen.

Wie hoch ist das Krankengeld?

Grundsätzlich beträgt das Krankengeld 50 % der Bemessungsgrundlage (= Brutto Gehalt pro Monat + Zuschlag für Sonderzahlungen). Ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit erhöht es sich auf 60%. Geringfügig Beschäftigte haben einen Anspruch auf einen Fixbetrag pro Tag von EUR 5,82 (Wert für 2022). Zu Details informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse.

Wie lange habe ich Anspruch auf Krankengeld?

Das Krankengeld wird grundsätzlich bis zu einer Dauer von 26 Wochen gewährt. Waren Sie im Jahr vor Ihrem Krankenstand mindestens 6 Monate versichert, stehen Ihnen sogar 52 Wochen lang Krankengeld zu.

Die **Auszahlung des Krankengeldes** muss von Ihnen beantragt werden. Dies kann online via Bürgercard erledigt werden. Die **Sozialversicherung** gibt auf ihrer Website Auskunft über die aktuelle Höhe des Krankengeldes sowie über die zuständigen Ansprechpartner pro Bundesland.



<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867467&portal=oegkportal>



GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

PFLEGEgeld BEI LÄNGER DAUERNDER HILFSBEDÜRFTIGKEIT

Sind Sie aufgrund einer Erkrankung oder nach einer Operation auf die Hilfe durch Familie oder Pflegepersonal angewiesen, können Sie Pflegegeld beantragen. Pflegegeld soll Sie finanziell bei dem durch Pflegemaßnahmen entstehenden Mehraufwand unterstützen.

Wann habe ich Anspruch auf Pflegegeld?

Anspruch auf Pflegegeld haben Sie, wenn mindestens 6 Monate ein ständiger Pflegebedarf besteht. **Zum Pflegebedarf gehören:**

An- und Auskleiden

Körperpflege

Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten

Mobilitätshilfen

Verrichtung der Notdurft

Einnahme von Medikamenten

Wie hoch ist das Pflegegeld?

Das Pflegegeld ist unabhängig vom Einkommen und kann auch bei aufrechter Berufsausübung beantragt werden. Es wird in monatlichen Fixbeträgen je nach Pflegebedarf ausgezahlt. Der Pflegebedarf wird von einem/einer Sachverständigen in Minuten pro Tag festgestellt und berechnet. Der Pflegebedarf muss 65 Stunden im Monat übersteigen.



Wie stelle ich einen Antrag auf Pflegegeld?

Einen Antrag auf Pflegegeld können Sie bei Ihrem Sozialversicherungsträger stellen. Nach Antragsengang bekommen Sie ein Formular zugeschickt, in dem Sie folgende Angaben machen müssen:

- ➔ **Tätigkeiten, die nicht mehr selbstständig ausgeführt werden können**
- ➔ **Inanspruchnahme aller pflegebezogener Leistungen (z.B. erhöhte Familienbeihilfe)**

Nach Antragsengang wird durch eine:n Sachverständige:n ein Gutachten über Ihren Pflegebedarf erstellt. Auf Grundlage dieses Gutachtens wird bestimmt, ob Pflegebedarf besteht bzw. wie hoch das Pflegegeld ist.

Gegen diesen Bescheid kann Klage beim Arbeits- und Sozialgericht eingebracht und damit die Entscheidung überprüft werden (siehe Kontrollverfahren Seite 37).

Bekomme ich während eines Spitals- oder Kuraufenthalts Pflegegeld?

Während eines Spitals- oder Kuraufenthalts ruht das Pflegegeld ab dem zweiten Tag, wenn die überwiegenden Kosten des Aufenthalts ein Sozialversicherungsträger, der Bund, ein Landesgesundheitsfonds oder eine Krankenfürsorgeanstalt trägt. In bestimmten Fällen kann das Pflegegeld auf Antrag weiter bezogen werden.

Die **Formulare zur Beantragung des Pflegegeldes** bei den verschiedenen Sozialversicherungsträgern finden Sie online unter www.help.gv.at.



<https://www.oesterreich.gv.at/themen/soziales/pflege/4.html>



info

GILLHOFER PLANK

Rechtsanwälte

Dr. Gerald BACHINGER

NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft

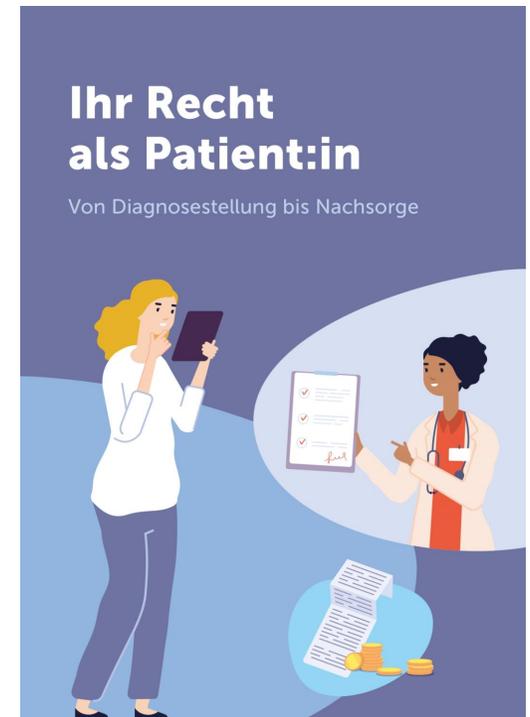
*„Kommunikation der Patientenrechte
bislang vernachlässigt“*

DOWNLOAD & BESTELLUNG

Online: <https://selpers.com/sozialversicherung-und-recht-bei-chronischer-erkrankung/>

Die Broschüre kann unter diesem Link auch kostenlos als Printexemplar bestellt werden.

QR-Code:



Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!



Ihr Recht als Patient:in

Von Diagnosestellung bis Nachsorge

