

Pia Andrea Zhang

Krankenversicherung I Allgemeiner Teil

7

Sozialrecht



Sozialrecht 7

Krankenversicherung I

Allgemeiner Teil

Pia Andrea Zhang

Krankenversicherung I

Allgemeiner Teil

VOGB



ÖSTERREICH

Dieses Skriptum ist für die Verwendung im Rahmen der Bildungsarbeit des Österreichischen Gewerkschaftsbundes, der Gewerkschaften und der Kammern für Arbeiter und Angestellte bestimmt.

Zeichenerklärung



Hinweise



Beispiele



Zitate

Stand: Jänner 2021

Impressum:

Layout/Grafik: Manuela Maitnar

Medieninhaber: Verlag des ÖGB GmbH, Wien

© 2021 by Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, Wien

Herstellung: Verlag des ÖGB GmbH, Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Printed in Austria

Geschichte der Krankenversicherung in Österreich	6
Daten zur gesetzlichen Krankenversicherung	8
Die Anspruchsberechtigung in der Krankenversicherung	10
Pflichtversicherte	10
Freiwillige Versicherung	11
Mitversicherung	11
Krankenversicherungsschutz	14
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	16
Pflichtleistungen – freiwillige Leistungen	16
Sachleistungen – Geldleistungen	17
Organisation der Krankenversicherung	18
Die Leistungserbringer in der Krankenversicherung	20
Das Vertragspartnerrecht	24
Das Krankenanstaltenrecht	26
Heilmittel	28
Zur Autorin	31

1 Geschichte der Krankenversicherung in Österreich

→ Die gesetzliche Krankenversicherung besteht in Österreich seit 1889. Am 1. August 1889 trat das Krankenversicherungsgesetz in Kraft, das alle in Industrie und Gewerbe beschäftigten Arbeiter und Lehrlinge in seinen Geltungsbereich miteinbezog.

Das **erste Krankenversicherungsgesetz** beinhaltete im Wesentlichen nur Bestimmungen zur **ärztlichen Hilfe** und zum **Krankengeld**. Die Höhe des Krankengeldes lag bei 60 % des ortsüblichen Taglohnes eines Arbeiters. **Auf den tatsächlichen Arbeitsverdienst** des einzelnen Arbeiters wurde **bei der Berechnung des Krankengeldes keine Rücksicht genommen**. Nicht nur die Dauer des Krankengeldbezuges, sondern auch die **Dauer** der vom Gesetz zugesicherten ärztlichen Behandlung war mit **20 Wochen** vom Beginn der Krankheit an **begrenzt**.

→ Völlig unbekannt waren diesem ersten Krankenversicherungsgesetz Leistungen für Familienangehörige sowie Leistungen der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes.

1917 wurden die Bestimmungen über die Höhe des Krankengeldes geändert. Es wurde **auf das bis heute bestehende Lohnklassensystem übergegangen**. Seither ist das tatsächlich erzielte Entgelt Grundlage für die Berechnung der Höhe des Krankengeldes.

→ Mitte der 20er-Jahre wurde eine Trennung des bis zu diesem Zeitpunkt einheitlichen Versichertenbegriffes in Arbeiter und Angestellte vorgenommen.

Während des Zweiten Weltkrieges galten in Österreich die Bestimmungen der **deutschen Reichsversicherungsordnung**.

In den Anfangsjahren der Zweiten Republik gab es ein völlig zersplittertes Krankenversicherungsrecht. Erst das **Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz von 1947** ermöglichte das Funktionieren der gesetzlichen Krankenversicherung. An Reformen im Bereich des Leistungsrechtes war zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht zu denken.

Eine **umfassende Neuordnung** im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgte durch das im Jahr **1956** in Kraft getretene **Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG)**.

→ Mit dem ASVG wurde das Krankenversicherungswesen für unselbstständig Erwerbstätige einer einheitlichen Regelung unterworfen und der Leistungsbereich wesentlich erweitert.

1965 wurde das **Bauern-Krankenversicherungsgesetz** in Kraft gesetzt. Mit diesem Gesetz wurde erstmals eine gesetzliche Krankenversicherung für alle in der Land- und Forstwirtschaft selbstständig erwerbstätigen Personen geschaffen.

Eine **gesetzliche Krankenversicherung für Gewerbetreibende** gibt es **seit 1966**. Seit **1979** ist die Krankenversicherung dieser Berufsgruppe im **Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG)** geregelt.

Daten zur gesetzlichen 2 Krankenversicherung

→ Durch die gesetzliche Krankenversicherung ist heute annähernd die **gesamte Bevölkerung krankenversichert** (99,9 %). Erwerbstätige und freiwillig Versicherte 47 %, PensionistInnen 25 %, Angehörige 22 %, sonst. 6 %.

2019 betragen die Gesamteinnahmen aller Krankenversicherungsträger 20 Mrd. €; ihnen standen Ausgaben in Höhe von 20,1 Mrd. € gegenüber.

→ Etwa 85 % der Ausgaben der Krankenversicherung werden über Beitragseinnahmen finanziert (der Beitragssatz beträgt derzeit für Arbeiter und Angestellte 7,65 %) und werden in unterschiedlichem Ausmaß von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen entrichtet.

Weitere **Einnahmequellen** der Krankenversicherung sind z. B. die Rezeptgebühren, der Selbstbehalt bei Kuraufenthalten und die von anderen Versicherungsträgern zu entrichtenden Ersätze für Leistungsaufwendungen der Krankenversicherung.

Darüber hinaus hat die **e-card** ab 1. 1. 2006 die bis dahin verwendeten Krankenscheine abgelöst. Dafür ist ein Service-Entgelt von € 12,70 für das Jahr 2022 zu bezahlen. Die Einhebung der Gebühr wird von jenem Dienstgeber/jener Dienstgeberin vorgenommen, zu dem/zu der am 15. 11. eines jeden Jahres ein Dienstverhältnis besteht, und gilt als Gebühr für das folgende Jahr. Die Krankenversicherungsträger und die Arbeitsmarktverwaltung heben die Gebühr für die bei ihnen versicherten bzw. gemeldeten Personen ein.

In Fällen einer Mehrfachversicherung wird über Antrag der/des Versicherten eine Rückabwicklung vorgenommen.

2019 waren in Österreich insgesamt **47.224 Ärzte/Ärztinnen** gemeldet, wovon 18.753 in freier Praxis tätig waren. 26.220 ÄrztInnen waren angestellt, 2.251 als WohnsitzärztInnen tätig (das sind ÄrztInnen, die ihre Tätigkeit ohne eigene Praxis ausüben, wie z. B. als Praxisvertretungen, im Ärztefunkdienst, als Schul- und BetriebsärztInnen). In den letzten Jahren kann beobachtet werden, dass immer mehr Ärzte/Ärztinnen mit Ordination nur mehr als Wahlärzte/Wahlärztinnen zur Verfügung stehen. Während 1999 noch rund 65 % der Ärzte/ÄrztInnen mit Ordination Kassenverträge (zumindest mit kleinen Kassen) hatten, waren es im Jahr 2019 nur mehr 45 %.

Es gibt derzeit **1.380 öffentliche Apotheken** und 794 Hausapotheken führende Ärzte/Ärztinnen.

Ein häufig diskutiertes Thema ist die Zahl der **Krankenstandstage**. Hier zeigt sich eine interessante Entwicklung:

1985 wurden im Durchschnitt je ArbeitnehmerIn 15,4 Krankenstandstage gezählt, 2000 waren es 14,4 Tage und seit 2002 ist er Wert relativ konstant bei rund 13 Tagen im Jahr. Im Jahr 2019 entfielen auf eine unselbständig erwerbstätige Person **13,3 Krankenstandstage**.

→ Zwischen 1980 (mit 17,4 Krankenstandstagen) und 2019 hat sich die Zahl der durchschnittlichen Krankenstandstage je ArbeitnehmerIn **beträchtlich verringert**.

Die meisten Krankenstände entfielen im Jahr 2019 auf Krankheiten des Atmungssystems, gefolgt von infektiösen Krankheiten und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Anders jedoch sieht das Bild bei der durchschnittlichen **Dauer der Krankenstände** aus: Bei Neubildungen (z. B. Krebserkrankungen) dauerte im Jahr 2019 ein Krankenstand durchschnittlich 43,5 Tage, bei psychischen Erkrankungen 35,2 Tage.

Die Anspruchsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung

Pflichtversicherte

→ Die Krankenversicherung ist eine **gesetzliche Pflichtversicherung**. Jede/r, die/der die gesetzlich normierten Voraussetzungen erfüllt, ist „automatisch“ in die Krankenversicherung eingebunden.

Pflichtversicherte sind nach § 4 Abs 1 ASVG alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, deren **monatliches Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze** (2021: € 475,86) übersteigt.

Darüber hinaus gibt es folgende Pflichtversicherte

- » Beamtinnen und Beamte
- » Gewerbetreibende mit einem jährlichen Einkommen über der Versicherungsgrenze (2021: € 5.710,32)
- » LandwirtInnen und Landwirte

Neben der Vollversicherung (also Abdeckung der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung), gibt es nach §§ 7 und 8 ASVG auch in der Krankenversicherung **Teilversicherte**.

Das sind insbesondere

- » Beschäftigte bestimmter Unternehmen (z. B. Austria Tabakwerke, Österreichische Staatsdruckerei)
- » Wehrdienst- und Zivildienstleistende, sowie TeilnehmerInnen am Freiwilligen Sozialen Jahr
- » **BezieherInnen folgender Leistungen:**
 - Pension oder Rehabilitationsgeld
 - Arbeitslosengeld
 - Kinderbetreuungsgeld oder Familienzeitbonus
 - Überbrückungsgeld nach BUAG

MindestsicherungsbezieherInnen sind per Verordnung nach § 9 ASVG in die Krankenversicherung einbezogen.

Freiwillige Versicherung (Selbstversicherung)

→ Personen, die nicht in die gesetzliche Pflichtversicherung eingebunden sind, können sich freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versichern lassen (**Selbstversicherung**).

Die allgemeine Selbstversicherung kostet im Jahr 2021 pro Monat 454,86 €; dieser Betrag kann jedoch bei Nachweis ungünstiger wirtschaftlicher Verhältnisse herabgesetzt werden.

Die Selbstversicherung eröffnet den Anspruch auf **sämtliche Sachleistungen** der gesetzlichen Krankenversicherung.

Es gibt auch die Möglichkeit einer **begünstigten Selbstversicherung** für **Studierende** (2021: € 63,44 monatlich) und für **geringfügig Beschäftigte** (2021: € 67,18 – umschließt zugleich auch eine Selbstversicherung in der Pensionsversicherung). Die Selbstversicherung bei **Pflege eines nahen Angehörigen** (bei Bezug von Pflegegeld zumindest der Stufe 3) **oder eines behinderten Kindes** ist kostenlos.

Mitversicherung (§ 123 ASVG)

→ Der Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung ist auch auf **Familienangehörige** von Versicherten bezogen, sofern diese keinen eigenen Krankenversicherungsschutz haben.

Als Familienangehörige gelten **Ehegatten/-gattinnen sowie eingetragene PartnerInnen und Kinder** eines/einer Versicherten, unter bestimmten Voraussetzungen auch die Eltern und andere Verwandte des/der Versicherten (z. B. Enkel).

Lebensgefährten/-gefährtinnen werden als mitversicherte Angehörige betrachtet, wenn sie seit 10 Monaten mit dem/der Versicherten in Hausgemeinschaft leben.

3 Die Anspruchsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung


Für die Mitversicherung ist grundsätzlich ein **Zusatzbeitrag** in Höhe von 3,4 % des Bruttoverdienstes (oder der Pension) der/des Versicherten zu bezahlen.


Davon ausgenommen sind folgende mitversicherte Angehörige:


- » Kinder bis zum 18.Lebensjahr
 - » Kinder über dem 18.Lebensjahr: bei aufrechter Ausbildung (maximal bis zum 27.Lebensjahr), bei Erwerbslosigkeit nach Ausbildung (maximal 24 Monate nach Ende der Ausbildung) oder bei gänzlicher Erwerbsunfähigkeit
 - » EhegattInnen/eingetragene Partner/LebensgefährtInnen, die sich zumindest vier Jahre der Erziehung gemeinsamer Kinder gewidmet haben, sich aktuell widmen
 - » Bei Pflegebedürftigkeit und Bezug von Pflegegeld zumindest der Stufe 3
 - » Wenn der mitversicherte Angehörige die versicherte Person, die zumindest Pflegegeld der Stufe 3 bezieht, pflegt
 - » Während des Bezugs von Krankengeld, Wochengeld, Kinderbetreuungsgeld, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Bedarfsorientierte Mindestsicherung durch die versicherte Person
 - » Bei Vorliegen **sozialer Schutzbedürftigkeit** (Einkommen unter Ausgleichszulagen-Richtsatz für Ehepaare – 2021: € 1.578,36)
- Auch bei **freiwilliger Versicherung** werden die Angehörigen vom Versicherungsschutz erfasst.

SKRIPTEN ÜBERSICHT



SOZIALRECHT		
SR-1	Grundbegriffe des Sozialrechts	
SR-2	Sozialpolitik im internationalen Vergleich	
SR-3	Sozialversicherung – Beitragsrecht	
SR-4	Pensionsversicherung I: Allgemeiner Teil	
SR-5	Pensionsversicherung II: Leistungsrecht	
SR-6	Pensionsversicherung III: Pensionshöhe	
SR-7	Krankenversicherung I: Allgemeiner Teil	
SR-8	Krankenversicherung II: Leistungsrecht	
SR-9	Unfallversicherung	
SR-10	Arbeitslosenversicherung I: Allgemeiner Teil	
SR-11	Arbeitslosenversicherung II: Leistungsrecht	
SR-12	Insolvenz-Entgeltssicherung	
SR-13	Finanzierung des Sozialstaates	
SR-14	Pflege und Betreuung	
Die einzelnen Skripten werden laufend aktualisiert.		

ARBEITSRECHT		
AR-1	Kollektive Rechtsgestaltung	
AR-2A	Betriebliche Interessenvertretung	
AR-2B	Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates	
AR-2C	Rechtstellung des Betriebsrates	
AR-3	Arbeitsvertrag	
AR-4	Arbeitszeit	
AR-5	Urlaubsrecht	
AR-6	Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall	
AR-7	Gleichbehandlung im Arbeitsrecht	
AR-8A	ArbeitnehmerInnenschutz I: Überbetrieblicher ArbeitnehmerInnenschutz	
AR-8B	ArbeitnehmerInnenschutz II: Innerbetrieblicher ArbeitnehmerInnenschutz	
AR-9	Beendigung des Arbeitsverhältnisses	
AR-10	Arbeitskräfteüberlassung	
AR-11	Betriebsvereinbarung	
AR-12	Lohn(Gehalts)exekution	
AR-13	Berufsausbildung	
AR-14	Wichtiges aus dem Angestelltenrecht	
AR-15	Betriebspensionsrecht I	
AR-16	Betriebspensionsrecht II	
AR-18	Abfertigung neu	
AR-19	Betriebsrat – Personalvertretung Rechte und Pflichten	
AR-21	Atypische Beschäftigung	
AR-22	Die Behindertenvertrauenspersonen	

GEWERKSCHAFTSKUNDE		
GK-1	Was sind Gewerkschaften? Struktur und Aufbau der österreichischen Gewerkschaftsbewegung	GK-4 Statuten und Geschäftsordnung des ÖGB
GK-2	Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung von den Anfängen bis 1945	GK-5 Vom 1. bis zum 19. Bundeskongress
GK-3	Die Geschichte der österreichischen Gewerkschaftsbewegung von 1945 bis heute	GK-7 Die Kammern für Arbeiter und Angestellte
		GK-8 Die sozialpolitischen Errungenschaften des ÖGB

**Die VÖGB-Skripten online lesen oder als Gewerkschaftsmitglied gratis bestellen:
www.voegb.at/skripten**

4 Krankenversicherungsschutz

Umfasste Versicherungsfälle

Grundsätzlich sind folgende Versicherungsfälle von der Krankenversicherung geschützt:

- » **Krankheit** (Anspruch auf Krankenbehandlung, Heilmittel, etc)
- » **Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit** (Anspruch auf Krankengeld)
- » **Wiedereingliederung** nach langem Krankenstand (seit 2007: Wiedereingliederungsgeld)
- » **Geminderte Arbeitsfähigkeit** (Anspruch auf Rehabilitationsgeld)
- » **Mutterschaft**: Eintritt mit Beginn der achten Woche vor der Entbindung

Zeitliche Abgrenzung des Krankenversicherungsschutzes

Bei der zeitlichen Abgrenzung des Versicherungsschutzes der gesetzlichen Krankenversicherung können drei Fallgruppen unterschieden werden:

1. Eintritt des Versicherungsfalles während der Versicherung

- Die **Versicherungsleistungen** sind **über das Ende der Versicherung hinaus** weiter zu gewähren, solange die Voraussetzungen für den Anspruch gegeben sind (sogenannte „Ausleistungspflicht der Krankenversicherungsträger“)

2. Eintritt des Versicherungsfalles vor Beginn der Versicherung

- Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit gebühren auch dann, wenn die Krankheit im Zeitpunkt des Beginnes der Versicherung bereits bestanden hat. Die **Leistungen** werden **ab Beginn der Krankenversicherung** gewährt.

Für Leistungen aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit, der Wiedereingliederung nach langem Krankenstand sowie der Mutterschaft besteht **kein Anspruch**, wenn diese bereits vor Beginn der Versicherung eingetreten sind.

3. Eintritt des Versicherungsfalles nach Ende der Versicherung

- Grundsätzlich kein Leistungsanspruch.
- **Aber: In bestimmten Fällen** gibt es **Versicherungsschutz auch nach Ende der Versicherung**. Dies insbesondere bei Eintritt eines Versiche-

rungsfalles während der 6-wöchigen **Schutzfrist** nach Ausscheiden aus der Pflichtversicherung oder bei Eintritt des Versicherungsfalles der Mutterschaft während besonderer Schutzfristen nach Ablauf der Versicherung. Außerdem, wenn der Versicherungsfall vor dem nächstfolgenden Arbeitstag eingetreten ist (z. B. Samstag oder Sonntag, wenn die Versicherung am Freitag zuvor geendet hat).

Örtliche Abgrenzung des Krankenversicherungsschutzes

Beim Anspruch auf Leistungen im Ausland ist zwischen Sach- und Geldleistungen zu unterscheiden.

Sachleistungen im Ausland

Bei Reisen ins Ausland sind bei Sachleistungen (insb. notwendige Krankenbehandlung) folgende Fallgruppen zu unterscheiden

Innerhalb der EU: Die E-Card beinhaltet auf der Rückseite die **Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK)**. Damit ist der Zugang zur Krankenbehandlung ohne Kosten für die Versicherten möglich. Dies gilt jedoch nur bei Vertragspartnern der Krankenkasse vor Ort. In der Türkei benötigt man hierfür einen Urlaubskrankenschein, der vor der Reise beantragt werden muss.

Außerhalb der EU: Bei einer notwendigen Krankenbehandlung außerhalb der EU müssen die Kosten grundsätzlich selbst übernommen werden. Diese können dann beim Krankenversicherungsträger für eine **Kostenerstattung** beantragt werden, wobei maximal 80 % der österreichischen Kosten übernommen werden.

Geldleistungen im Ausland

Ein Auslandsaufenthalt führt zum Ruhen der Geldleistungen, sofern nicht eine Ausnahmegewilligung erteilt wurde. Innerhalb der EU ist das Krankengeld aber nach Art 7 der VO 883/2004 zu exportieren. Sachleistungen werden auch im Ausland gewährt.

5 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Pflichtleistungen – Freiwillige Leistungen

Pflichtleistungen

→ Das Wesen einer Pflichtleistung liegt darin, dass die/der Versicherte (bzw. Anspruchsberechtigte) auf die Leistung einen Rechtsanspruch hat, der gegebenenfalls im Verfahren vor dem Arbeits- und Sozialgericht durchsetzbar ist.

Zu den Pflichtleistungen gehören z.B. die **Krankenbehandlung**, die **Anstaltspflege**, das **Kranken-** und das **Wochengeld**, das **Kinderbetreuungsgeld**, sowie **Heilbehelfe-** und **Heilmittel**.

Die Pflichtleistungen werden eingeteilt in **gesetzliche Mindestleistungen** und **satzungsgemäße Mehrleistungen**.

Die **gesetzlichen Mindestleistungen** werden nach **Art, Umfang und Anspruchsvoraussetzungen** unmittelbar **im Gesetz** bestimmt.

Die **satzungsgemäßen Mehrleistungen** basieren demgegenüber auf einer gesetzlichen Ermächtigung für die Krankenkassen, **in der Satzung der Krankenkasse** höhere bzw. mehr Leistungen vorzusehen.

Es gibt Leistungen, die **„dem Grunde nach“** satzungsgemäße Mehrleistungen sind, und solche, die **„der Höhe nach“** und/oder **„der Dauer nach“** durch die Satzung der Krankenkasse ermöglicht sind.

In den beiden zuletzt genannten Fällen geht die satzungsgemäße Mehrleistung über das Ausmaß bzw. über die Dauer einer an sich gegebenen gesetzlichen Mindestleistung hinaus.

Satzungsgemäße Mehrleistungen „dem Grunde nach“ sind **z.B. Zuschüsse für die Anschaffung notwendiger Hilfsmittel**.

Freiwillige Leistungen

→ Auf freiwillige Leistungen besteht **kein Rechtsanspruch**, sie sind nicht einklagbar. Über die Gewährung hat der Krankenversicherungsträger nach „pflichtgemäßem Ermessen“ zu entscheiden.

Zu den freiwilligen Leistungen der Krankenversicherung gehören **z.B. Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit („Kur“)**.

Sachleistungen – Geldleistungen

Geldleistungen

sind Leistungen, die nur in Geld erbracht werden können (insbesondere Kranken- und Wochengeld).

Sachleistungen

werden entweder in eigenen Einrichtungen der Versicherungsträger oder durch Vertragspartner, mit denen privatrechtliche Verträge abgeschlossen wurden, erbracht (ärztliche Hilfe, Spitalsbehandlung etc).

Neben Sach- und Geldleistungen sieht das Gesetz die **Möglichkeit einer Kostenerstattung** (z.B. für die Kosten einer Krankenbehandlung bei Fehlen vertraglicher Regelungen mit den Ärztinnen/Ärzten) und die Möglichkeit von **Kostenzuschüssen** durch die Krankenversicherung vor.

6 Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung

Selbstverwaltung

Die österreichische Bundesverfassung sieht für die Sozialversicherung die Verwaltungsform der Selbstverwaltung vor. Das bedeutet insbesondere, dass die **Organe aus dem Kreis der Mitglieder** der Versichertengemeinschaft zu bilden sind. Von diesen Selbstverwaltungskörpern werden die Träger geleitet.

Die Gremien der Krankenversicherungsträger sind paritätisch mit Dienstgeber- und Dienstnehmervorteilern besetzt. Nach der Strukturreform der Sozialversicherung sind die Gremien überwiegend mit einer Mehrheit von Dienstgebervertreilern besetzt, was zu viel Kritik geführt hat.

Bei ihren **eigenen Aufgaben** ist die Sozialversicherung in ihrer Verwaltung grundsätzlich **weisungsfrei**. Zusätzlich gibt es einen sogenannten „übertragenen Wirkungsbereich“, wo die Sozialversicherung Agenden anderer Institutionen übernimmt. Hier unterliegt sie sehr wohl einem Weisungsrecht.

Die Träger unterliegen aber der **staatlichen Aufsicht und Kontrolle**, insbesondere durch das Ministerium und den Rechnungshof.

Krankenversicherungsträger

→ Die österreichische Sozialversicherung und damit auch der Zweig der Krankenversicherung ist **berufsständisch organisiert**. Die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Träger richtet sich also nach der ausgeübten Tätigkeit.

Seit dem Umbau der Sozialversicherung gibt es nun seit 1. Jänner 2020 folgende Krankenversicherungsträger:

» **Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)**: Die bisher bei den Gebietskrankenkassen versicherten unselbstständig Erwerbstätigen und PensionistInnen sind nun in dem bundesweiten Träger ÖGK versichert. Hinzu kommen alle Beschäftigten, die bisher in Betriebskrankenkassen versichert waren. Die ÖGK ist auch die Krankenversicherung für alle nicht Erwerbstätigen, also insbesondere Arbeitslose, MindestsicherungsbezieherInnen oder AsylwerberInnen in der Grundversorgung. In den Bundesländern agieren die jeweiligen Landesstellen.

- » **Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB):** die BVA und die VAEB wurden zur BVAEB zusammengeschlossen. In dieser sind nun eben alle BeamtInnen und Vertragsbedienstete, deren Dienstverhältnis nach dem 31. 12. 2000 begründet wurde und alle Bedienstete der Eisenbahnen und Bergbau-Gesellschaften versichert.
- » **Sozialversicherungsanstalt für Selbstständige (SVS):** darin sind alle Gewerbetreibenden, FreiberuflerInnen und selbstständig Erwerbstätige im Bereich der Land- und Forstwirtschaft versichert. Sie wurde aus der ehemaligen SVA und SVB zusammengeschlossen.

Neben diesen drei großen Trägern gibt es nach wie vor die auf der Landesebene eingerichteten **Krankenfürsorgeanstalten (KFA) für öffentlich Bedienstete**. Diese wurden auch durch die sogenannte Strukturreform der Sozialversicherungen nicht mit den anderen Trägern zusammengeschlossen. Aktuell gibt es bundesweit 15 verschiedene KFA mit rund 250.000 Versicherten.

7 Die Leistungserbringer in der Krankenversicherung

Für die Gewährung der Sachleistungen ist das Vorhandensein einer Vielzahl verschiedener Personengruppen notwendig. Im Folgenden werden einige der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen und ihre Aufgaben kurz dargestellt.

→ Die Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen und Vertragspartner bilden meist **Gesamt- oder Rahmenverträge**, auf deren Basis dann **Einzelverträge** mit den jeweiligen VertragspartnerInnen abgeschlossen werden. Solche bestehen z. B. mit ÄrztInnen, Hebammen, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen und für die Klinisch Psychologische Diagnostik.

Die Gesundheitsberufe werden vom Gesetzgeber durch einen **Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt** geschützt. Berufs- und Tätigkeitsvorbehalte in Bezug auf bestimmte Tätigkeiten und Maßnahmen bedeuten, dass diese aufgrund gesetzlicher Festlegung nur von entsprechen ausgebildeten Personen durchgeführt werden dürfen. Außerdem gibt es einen Bezeichnungsvorbehalt (geschützte Berufsbezeichnungen) und einen Ausbildungsvorbehalt (Vorgabe der Ausbildungseinrichtungen). So normiert beispielsweise § 2 iVm § 3 Ärztesgesetz, welche Tätigkeiten ausschließlich von ÄrztInnen durchzuführen sind. Diese bilden auch den sogenannten „**Arztvorbehalt**“. Darunter fällt beispielsweise die Vornahme operativer Eingriffe.

Außerdem besteht für alle Gesundheitsberufe eine gesetzlich verankerte **Fortbildungspflicht als Berufspflicht**, die regelmäßige kontinuierliche Fortbildung ist als Qualitätsmerkmal zu sehen.

a) Ärzte/Ärztinnen

Die ärztliche Berufsausübung umfasst eine Vielzahl von auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Tätigkeiten, die entweder unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen erbracht werden (Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, operative Eingriffe, Geburtshilfe, Verordnung von Heilmitteln und -behelfen etc.).

- » Ärzte/Ärztinnen können sowohl **freiberuflich** als auch **im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses** tätig sein.
- » Die **Berechtigung** zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung des medizinischen Berufes wird nach **Absolvierung des Hochschul-**

studiums und einer daran anschließenden **Ausbildung zum Arzt/zur Ärztin für Allgemeinmedizin** oder **zum Facharzt/zur Fachärztin** erlangt. Für die Ausübung des Berufs müssen sie in der Ärzteliste bei der Österreichischen Ärztekammer eingetragen sein.

b) Gehobene medizinisch-technische Dienste (MTD)

Der gehobene medizinisch-technische Dienst (MTD) umfasst sieben Berufsgruppen:

- » **physiotherapeutischer Dienst** (Heilmassagen, Reflexzonen-therapie, Lymphdrainagen, Ultraschalltherapie etc.)
- » **Diätologie** (Zusammenstellung und Berechnung besonderer Kost, Anleitung und Überwachung derselben etc.)
- » **ergotherapeutischer Dienst** (Behandlung Kranker und Behinderter durch handwerkliche Tätigkeiten)
- » **logopädisch-phoniatrisch-audiologischer Dienst** (Behandlung von Sprech-, Stimm- und Hörstörungen)
- » **medizinisch-technische Laboratoriumsdienste bzw. biomedizinische Analytik**
- » **Radiotechnologie**
- » **Orthoptischer Dienst** (Untersuchung und Behandlung von Sehstörungen)

Die **Ausbildung** erfolgt **an medizinisch-technischen Akademien** oder an **Fachhochschulen** und dauert drei Jahre. Die Berufsangehörigen müssen sich regelmäßig über neueste Entwicklungen und Erkenntnisse fortbilden. Eigenmächtige Heilbehandlungen sind zu unterlassen.

c) Krankenpflegepersonal

Das **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz** unterscheidet zwischen dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegefachassistenz (PFA) und der Pflegeassistenz (PA).

Die **Tätigkeit der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege** umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich, die Gesundheitsförde-

7 Die Leistungserbringer in der Krankenversicherung

rung und -beratung. Angehörige des gehobenen Dienstes tragen die Verantwortung für die **unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen**. Zur Kernkompetenz gehört insbesondere die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfs sowie die Beurteilung der Pflegeabhängigkeit und der gesamte Pflegeprozess.

- » Bestimmte **ärztliche Tätigkeiten können** an diplomierte Pflegepersonen **delegiert werden**, wie z. B. die Verabreichung von Arzneimitteln und Injektionen, die Blutabnahme und das Legen von Magensonden. Wenn keine Ärztin oder kein Arzt zur Verfügung steht, sind auch **ärztliche Notfallmaßnahmen** eigenverantwortlich zulässig.
- » Die Pflegepersonen sind außerdem berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnung verordnete Medizinprodukte in bestimmten Bereichen (insbesondere Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Verbandsmaterialien, etc) **weiterzuverordnen**.
- » Die **Pflegeassistent** umfasst Pflegemaßnahmen, das Handeln in Notfällen und die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie. Die Pflegeassistent darf nur auf Anordnung tätig werden und arbeiten immer unter Aufsicht. Zum Aufgabenbereich zählt z. B. die Verabreichung von Insulin durch subkutane Injektion, Blutentnahme aus Venen und das Durchführen einfacher Wundversorgung.
- » Die **Pflegefachassistent** hat einen erweiterten Tätigkeitbereich und soll die DGKP entlasten. Sie sind zur **eigenverantwortlichen** Durchführung der ihnen übertragenen Aufgaben befugt, eine verpflichtende Aufsicht ist dafür nicht vorgesehen. Sie werden dennoch ausschließlich auf Anordnung tätig.
- » Die Ausbildung für die gehobene Gesundheits- und Krankenpflege dauert drei Jahre, für Pflegefachassistent zwei Jahre und für Pflegeassistent ein Jahr.

d) Hebammen

Das **Hebammengesetz** regelt die Aufgaben und Ausbildungsinhalte von Hebammen.

- » Die **Aufgabe einer Hebamme** (beachte: die Berufsbezeichnung Hebamme gilt sowohl für weibliche als auch männliche Berufsangehörige) umfasst die Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöch-

nerinnen, den Beistand bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.

- » Die **Ausbildung** dauert drei Jahre (für ausgebildete Krankenpflegepersonen zwei Jahre) und erfolgt an der Fachhochschule.

e) Klinisch-psychologische Diagnostik

Für die Übernahme einer klinisch psychologischen Diagnostik durch die Krankenversicherungsträger ist eine Zuweisung (Verordnung) zu einer klinischen Psychologin bzw. einem klinischen Psychologen von einem Facharzt (z. B. Neurologie) erforderlich.

Der **Tätigkeitsbereich** umfasst insbesondere die klinisch-psychologische Diagnostik in Bezug auf gesundheitsbezogenes und gesundheitsbedingtes Verhalten und Erleben und darauf aufbauend die Erstellung von klinisch-psychologischen Befunden und Gutachten. Die Diagnostik ist mit wissenschaftlich anerkannten psychologischen Methoden durchzuführen.

Die **Ausbildung** ist im Psychologengesetz 2013 geregelt und umfasst neben einem Universitätsstudium, eine postgraduale Fachausbildung, den Erwerb praktischer fachlicher Kompetenzen und eine begleitende Supervision.

Die **Kosten** einer Behandlung oder Beratung durch PsychologInnen werden aktuell **nicht von den Krankenversicherungsträgern übernommen**.

f) Psychotherapie

Die Psychotherapie ist ein eigenes Heilverfahren, das von ausgebildeten PsychotherapeutInnen angewandt wird, um psychische Störungen zu behandeln. Eine wichtige Rolle spielen dabei der **Austausch zwischen PatientInnen und TherapeutInnen** sowie das Gespräch. Es gibt eine Vielzahl an verschiedenen psychotherapeutischen Methoden („Schulen“).

Die Krankenversicherungsträger leisten entweder einen **Kostenzuschuss** (nach ärztlicher Bestätigung und Diagnose). In den einzelnen Bundesländern gibt es unterschiedliche Lösungen (Versorgungsvereine, VertragspartnerInnen), wie die Kosten direkt mit den Krankenversicherungsträgern abgerechnet werden und keine zusätzliche Kosten für die Versicherten entstehen. Diese Plätze sind aber in der Regel sehr begrenzt.

8 Das Vertragspartnerrecht

→ Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt Sachleistungen nur ausnahmsweise in Kassenambulatorien oder eigenen Spitälern. In der überwiegenden Zahl der Fälle werden **Vertragspartner der Krankenversicherung mit der Erbringung von Sachleistungen betraut**.

Rechtsbeziehung zwischen den Krankenversicherungen und den Kassenärzten/-ärztinnen

→ Grundlage für die privatrechtlichen Vertragsbeziehungen zwischen den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen und der gesetzlichen Krankenversicherung sind eine gesetzlich bestimmte **Gesamtvertragskonstruktion** und darauf **aufbauende Einzelverträge**.

- » Die **Konstruktion des Gesamtvertrages** orientiert sich am Kollektivvertrag des Arbeitsrechtes, jedoch mit dem wesentlichen Unterschied, dass die **Krankenkassen sowohl Partner des Gesamtvertrages als auch Partner des Einzelvertrages** sind [im Arbeitsrecht gibt es bei Kollektivvertrag und (Einzel-)Arbeitsvertrag unterschiedliche Vertragspartner].
- » Die **Gesamtverträge** werden **auf Seiten der Krankenversicherung vom Dachverband der Sozialversicherungsträger** (mit Zustimmung des betroffenen Krankenversicherungsträgers) und **auf Seiten der Ärzte/Ärztinnen** von der **Ärztekammer** abgeschlossen.

Der **Gesamtvertragsinhalt ist verbindlicher Rahmen für die Einzelverträge**. Bei einer Änderung des Gesamtvertrages sind neue Einzelverträge abzuschließen. Der Inhalt eines Gesamtvertrages wird zwischen den Parteien frei ausgehandelt, folgende **Gegenstände sind u. a. zu regeln**:

- » **Anzahl und örtliche Verteilung der Vertragsärzte/-ärztinnen** unter Berücksichtigung der örtlichen Verkehrsverhältnisse sowie Bevölkerungsdichte und -struktur (ärztlicher Stellenplan)
- » **Auswahl, Rechte und Pflichten der Vertragsärzte/-ärztinnen**
- » **Vorsorge zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibeweise**

- » **Zusammenarbeit** der Vertragsärzte/-ärztinnen mit den **chef- oder kontrollärztlichen Diensten der Krankenversicherungsträger.**
- Schließt ein Arzt/eine Ärztin mit dem Krankenversicherungsträger einen Einzelvertrag ab, ist er/sie verpflichtet, krankenversicherte Personen auf Rechnung der Krankenversicherung zu behandeln.

Der Inhalt des Einzelvertrages ist weitgehend durch den Inhalt des Gesamtvertrages bestimmt, beinhaltet darüber hinaus lediglich noch die Fixierung der Ordinationsstätte und der Ordinationszeiten.

Rechtsbeziehung zwischen der Krankenversicherung und den Krankenanstalten

- Die Vertragsbeziehungen zwischen der Krankenversicherung und den Krankenanstalten werden in eigenen Verträgen geregelt.
- » Die Verträge werden auf Seiten der Krankenversicherung ebenfalls vom **Dachverband der Sozialversicherungsträger** im Einvernehmen mit dem betroffenen **Krankenversicherungsträger** abgeschlossen.
- » **Vertragspartner ist der jeweilige Träger der Krankenanstalt.**
- » In diesen Verträgen wird **vor allem der Ersatz der Pflegekosten für den Fall der Spitalsbehandlung** eines/einer Versicherten **geregelt.**

9 Das Krankenanstaltenrecht

→ Die österreichische Bundesverfassung sieht eine geteilte Gesetzgebungskompetenz für das Krankenanstaltenwesen vor. Dem Bundesgesetzgeber obliegt die Grundsatzgesetzgebung, den Landesgesetzgebern die Ausführungsgesetzgebung.

Das **Krankenanstalten-Grundsatzgesetz** normiert einen relativ engen Rahmen für die Ausführungsgesetze. Das Grundsatzgesetz legt unter anderem fest,

- » welche Voraussetzungen vorliegen müssen, um von einer Krankenanstalt sprechen zu können (Begriffsbestimmung),
- » unter welchen Voraussetzungen Krankenanstalten errichtet und betrieben werden dürfen und
- » unter welchen Voraussetzungen PatientInnen aufgenommen werden können bzw. müssen.

Laut Grundsatzgesetz

- » **sind Krankenanstalten** Einrichtungen, in denen Untersuchungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes vorgenommen, Operationen sowie Behandlungen zur Vorbeugung, Besserung oder Heilung von Krankheiten und Entbindungen durchgeführt werden.
 - » Krankenanstalten können aber auch Einrichtungen sein, die der ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch kranken Personen dienen.
 - » Unterschieden wird zwischen **öffentlichen** und **privaten Krankenanstalten**.
- Öffentliche Krankenanstalten sind verpflichtet, jede anstaltsbedürftige Person aufzunehmen, ungeachtet der Frage, ob sich ein Kostenträger für den Aufenthalt findet.

Im Gegensatz dazu nehmen **private Krankenanstalten** nur PatientInnen auf, die sich zur Übernahme der entstehenden Kosten im Vorhinein verpflichten.

→ Anspruchsgrundlage für die Spitalspflege von Personen, die in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden sind, ist das im ASVG normierte Leistungsrecht.

Demnach besteht **Anspruch auf Pflege in der allgemeinen Gebührenklasse einer öffentlichen Krankenanstalt**, wenn und **solange es die Art der Krankheit erfordert**.

Wird ein/e PatientIn vom Arzt/bzw. von der Ärztin in ein Spital eingewiesen, so hat die **Einweisung prinzipiell in eine öffentliche Krankenanstalt** zu erfolgen. Nur wenn kein Bett in einem öffentlichen Spital verfügbar ist, darf die Einweisung in eine private Krankenanstalt erfolgen. Die Sozialversicherungsträger zahlen Beiträge an den privaten Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (**PRI-KRAF**). Damit wird die Anstaltspflege (in der allgemeinen Gebührenklasse) in einer privaten Vertragskrankenanstalt zur Gänze abgegolten.

Der **Spitalssektor gehört zum kostenintensivsten Bereich des Gesundheitswesens**, da man bemüht ist, die in diesem Bereich gewonnenen wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in die Praxis umzusetzen und hoch entwickelte Behandlungsmethoden anzuwenden.

10 Heilmittel

In letzter Zeit wird in der Gesundheitspolitik verstärkt eine Diskussion über den steigenden Verbrauch von Heilmitteln (= Medikamenten) geführt.

- Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz definiert als Heilmittel alle Arzneien, die der Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder der Sicherung des Heilerfolges dienen.
- Das Arzneimittelgesetz regelt, dass alle pharmazeutischen, homöopathischen und radioaktiven Arzneimittel einem besonderen Zulassungsverfahren unterliegen, bevor sie in Verkehr gebracht werden dürfen. Dieses Verfahren dient der Sicherstellung von Qualität und Wirksamkeit eines Präparates.

Arzneimittel müssen, um in Verkehr gebracht werden zu können, außerdem bestimmte **Angaben auf ihrer Verpackung** enthalten (Markenname, Name und Sitz des Herstellers, Angaben über die Zusammensetzung, Inhaltsmenge, Verfallsdatum usw.).

- Die **Verschreibung** der Arzneimittel erfolgt durch den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin, der/die dabei zweckmäßig und wirtschaftlich vorgehen soll (Richtlinie über die ökonomische Verschreibeweise von Medikamenten).

Im Jahr 2019 hat die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten von rund **112 Mio. Arzneimittelpackungen** übernommen. Dafür wurden 3,4 Mrd. € (ohne Umsatzsteuer) aufgewendet. Auf jede/n Versicherte/n entfielen durchschnittlich 13 Arzneimittelpackungen und Aufwendungen in Höhe von 387 €.

Die **verordnungstärksten Indikationsgruppen** im Jahr 2019 waren: blutdruckregulierende Medikamente, Antidepressiva, Mittel gegen Fettstoffwechselstörungen, Schmerzmittel, Thrombosemittel, Antidiabetika, Antibiotika und Beruhigungsmittel.

Durch die steigende Zahl von Verschreibungen und die Verschreibung auch sehr teurer Arzneimittel steigen die Ausgaben in diesem Sektor der gesetzlichen Krankenversicherung weiter an. Daran vermögen auch Verhandlungen, die der Dachverband der Sozialversicherungsträger mit den pharmazeutischen Unternehmen führt, um Preisreduktionen zu erwirken keine großen Veränderungen herbeizuführen.

Nicht überraschend ist, dass mit zunehmendem Alter der **Arzneimittelverbrauch** deutlich zunimmt. So werden über 60 % aller Arzneimittelpackungen von über 60-jährigen Personen benötigt. Viele ältere Menschen nehmen auch mehrere Medikamente, was zu Problemen hinsichtlich Wechselwirkungen führen kann. Ab einer Einnahme von fünf Arzneimitteln spricht man von **Polypharmazie**.

Preise

Damit von ÄrztInnen verschriebene Medikamente von der Sozialversicherung übernommen werden, müssen sie in den **Erstattungskodex (EKO)** aufgenommen werden. Heilmittel außerhalb des EKO werden nur in Ausnahmefällen bezahlt. Die Preise im EKO (Fabrikabgabepreise) werden vom Dachverband der Sozialversicherungsträger mit den Unternehmen ausverhandelt und unterliegen gesetzlichen Vorschriften. So müssen Preise grundsätzlich unter dem EU-Durchschnitt liegen.

Zum **Fabrikabgabepreis eines Medikaments** können öffentliche Apotheken sowie Hausapotheken einen Zuschlag verrechnen, die so genannte „**Apothekenspanne**“.

→ Fabrikabgabepreis und „Apothekenspanne“ ergeben zusammen den Krankenkassenpreis eines Medikamentes.

Wird ein Arzneimittel von einer Apotheke an eine/n PrivatkäuferIn abgegeben, so wird zusätzlich ein Privatverkaufszuschlag und die Mehrwertsteuer verrechnet. 58 % des Fabrikabgabepreises eines neuen Medikaments entfallen auf Forschung, Entwicklung und Herstellung, 13 % werden für wissenschaftliche Information der Ärzte/Ärztinnen aufgewendet, 9 % für den Vertrieb, 4 % für Werbung und der Rest für sonstige Aufwendungen.

Zur Autorin

Pia Andrea Zhang ist seit 2017 juristische Referentin in der Abteilung Sozialversicherung in der Arbeiterkammer Wien. Dabei ist sie in der Gerichtsvertretung, Beratung und Grundlagenarbeit tätig. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind unter anderem die Themen Arzneimittel, psychische Gesundheit und Frauenpensionen. Sie ist Mitglied in der Heilmittlevaluierungskommission und der Preiskommission.

SKRIPTEN ÜBERSICHT



WIRTSCHAFT	
WI-1	Einführung in die Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftswissenschaften
WI-2	Konjunktur
WI-3	Wachstum
WI-4	Einführung in die Betriebswirtschaftslehre
WI-5	Beschäftigung und Arbeitsmarkt
WI-6	Lohnpolitik und Einkommensverteilung
WI-7	Der öffentliche Sektor (Teil 1) – in Vorbereitung
WI-8	Der öffentliche Sektor (Teil 2) – in Vorbereitung
WI-9	Investition
WI-10	Internationaler Handel und Handelspolitik
WI-12	Steuerpolitik
WI-13	Bilanzanalyse
WI-14	Der Jahresabschluss
WI-16	Standort-, Technologie- und Industriepolitik

Die einzelnen Skripten werden laufend aktualisiert.

POLITIK UND ZEITGESCHICHTE	
PZG-1A	Sozialdemokratie und andere politische Strömungen der ArbeiterInnenbewegung bis 1945
PZG-1B	Sozialdemokratie seit 1945
PZG-2	Christliche Soziallehre
PZG-4	Liberalismus/Neoliberalismus
PZG-6	Rechtsextremismus
PZG-7	Faschismus
PZG-8	Staat und Verfassung
PZG-9	Finanzmärkte
PZG-10	Politik, Ökonomie, Recht und Gewerkschaften
PZG-11	Gesellschaft, Staat und Verfassung im neuzeitlichen Europa, insbesondere am Beispiel Englands
PZG-12	Wege in den großen Krieg
PZG-14	Die Geschichte der Mitbestimmung in Österreich

SOZIALE KOMPETENZ			
SK-1	Grundlagen der Kommunikation	SK-6	Beraten
SK-2	Frei reden	SK-7	Teamarbeit
SK-3	NLP	SK-8	Führen im Betriebsrat
SK-4	Konfliktmanagement	SK-9	Verhandeln
SK-5	Moderation	SK-10	Politische Rhetorik

Die VÖGB-Skripten online lesen oder als Gewerkschaftsmitglied gratis bestellen:
www.voegb.at/skripten

VÖGB/AK-SKRIPTEN

Die Skripten sind eine Alternative und Ergänzung zum VÖGB/AK-Bildungsangebot und werden von ExpertInnen verfasst, didaktisch aufbereitet und laufend aktualisiert.

UNSERE SKRIPTEN UMFASSEN FOLGENDE THEMEN:

- › Arbeitsrecht
- › Sozialrecht
- › Gewerkschaftskunde
- › Praktische Gewerkschaftsarbeit
- › Internationale Gewerkschaftsbewegung
- › Wirtschaft
- › Wirtschaft – Recht – Mitbestimmung
- › Politik und Zeitgeschehen
- › Soziale Kompetenz
- › Humanisierung – Technologie – Umwelt
- › Öffentlichkeitsarbeit

SIE SIND GEEIGNET FÜR:

- › Seminare
- › ReferentInnen
- › Alle, die an gewerkschaftlichen Themen interessiert sind.



Nähere Infos und
kostenlose Bestellung:
www.voegb.at/skripten
E-Mail: skripten@oegb.at
Adresse:
Johann-Böhm-Platz 1,
1020 Wien
Tel.: 01/534 44-39244

Die Skripten gibt es hier zum Download:



www.voegb.at/skripten

Leseempfehlung:
Reihe Zeitgeschichte und Politik

