
340/A(E)-BR/2022

Eingebracht am 02.06.2022

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Entschließungsantrag

der Bundesrät*innen Ingo Appé, Korinna Schumann,
Genossinnen und Genossen
betreffend **bessere Gesundheitsversorgung für unsere Bevölkerung**

„Gleiche Leistung für gleiche Beiträge sowie eine Leistungsharmonisierung nach oben“ war das Versprechen der türkis-blauen Bundesregierung.

Die - als große Errungenschaft des Strukturumbaus in der Krankenversicherung - angekündigte Leistungsharmonisierung, lässt jedoch auch unter Türkis/Grün weiter auf sich warten. Im Regierungsprogramm von Türkis/Grün sucht man vergeblich nach Lösungen zum Thema Leistungsharmonisierung oder gleich gute Leistungen für alle Versicherten.

Zu tun gäbe es aber mehr als genug. Von den Zahnleistungen bis hin zu Therapieleistungen gibt es noch jede Menge Defizite zu beseitigen. Insbesondere sollte aber eine Leistungsharmonisierung über alle SV-Träger erfolgen. Gleiche gute Leistungen für alle Versicherten muss das Ziel einer fairen Gesundheitspolitik sein.

Was passiert aber tatsächlich: Die „3-Klassen-Medizin“ von Schwarz-Blau wird auch unter grünen Gesundheitsministern weitergeführt und einzementiert. Die Leistungen zwischen ÖGK, SVS und BVAEB unterscheiden sich immer noch signifikant und werden sich weiter auseinanderentwickeln. Die Leistungen bei der BVAEB und der SVS bleiben besser als in der ÖGK!

1. In der BVA gibt es eine Reihe besserer Leistungen im Vergleich zu anderen Versicherungsträgern, beispielsweise: Sonderklassegebühren, Zahnimplantate, Zahnspangen, Psychotherapie, Physiotherapie u.a.
2. Die BVA kann sich das leisten, weil sie höhere Beitragseinnahmen und eine exzellente Risikostruktur hat (Arbeitslose, Notstandshilfebezieher*innen, Mindestsicherungs-bezieher*innen, Asylwerber*innen sind nur bei der ÖGK versichert).
3. Das Argument, dass die BVA finanziell besser dasteht, weil die Versicherten Selbstbehalte zu zahlen haben, geht bei der Gesamtbetrachtung ins Leere, denn der Selbstbehalt bei der BVA ist lediglich ein zusätzliches aber nicht entscheidendes Finanzierungsinstrument.

Die BVA hat also pro Kopf mehr Geld für die gesünderen Menschen (=bessere Risiken) zur Verfügung.

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

Ein Risikostrukturausgleich ist daher unbedingt erforderlich. Es ist nicht einzusehen, dass die ÖGK-Versicherten alleine für alle schlechten Risiken aufkommen sollen.

Gerade die letzten zwei Jahre der Pandemie haben gezeigt, wie wichtig ein gut funktionierendes Gesundheitssystem ist. Die Krankenversicherung leistet dabei einen unverzichtbaren Beitrag, der sicherstellt, dass alle Versicherten gleichermaßen ihre erforderlichen Leistungen erhalten. Doch sie stößt an ihre Grenzen.

Es wird immer schwieriger die Versicherten wohnortnah mit notwendigen Gesundheitsleistungen zu versorgen. Insbesondere der niedergelassene ärztliche Bereich sticht hier hervor. Als ein Beispiel sind hier die Kinderärzt*innen zu nennen:

Von den insgesamt 609 pädiatrischen Praxen in ganz Österreich arbeiten zirka 250 mit Kassenvertrag (ÖGK) und zirka 30 mit Kassenvertrag der so genannten „kleinen Kassen“. Wobei die Altersstruktur der Kinderärzt*innen deutlich zeigt, dass sehr viele in den nächsten fünf bis zehn Jahren in Pension gehen werden und sich die Situation weiter verschärfen wird.

Dem gegenüber stehen zirka 330 Privat-Kinderärzt*innen, die allerdings für viele Familien nicht leistbar sind. Es gibt sie also, die Kinderärzt*innen, es gibt nur leider zu wenig Anreize für diese einen Kassenvertrag zu übernehmen.

Hier ist die Politik gefordert steuernd einzugreifen. Der Vormarsch der „Zwei-Klassen-Medizin“ muss gestoppt werden. Der Gesundheitsminister ist gefordert rasch Lösungen auf den Tisch zu legen, um die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung innerhalb des Sozialversicherungssystems sicherzustellen.

Die bereits bei der Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger vom ehemaligen Bundeskanzler Kurz angekündigte „Patientenmilliarde“ ist bis heute ausgeblieben. Es wird Zeit, dass das Geld nun endlich in das Gesundheitssystem investiert wird. In den kommenden fünf Jahren müssen daher jährlich 200 Mio. Euro in den Ausbau der Gesundheitsleistungen fließen. Damit könnte unter anderem sofort in den Ausbau der Kinder- und Jugendversorgung durch Anreize im Kassenvertragssystem investiert werden. Aber auch andere Leistungen, wie zum Beispiel die Kostenübernahme für notwendige Physio-, Logo- und Ergotherapien finanziert werden.

Die unterfertigten Bundesrätinnen und Bundesräte stellen daher folgenden

Entschließungsantrag

Der Bundesrat wolle beschließen:

„Die Bundesregierung, insbesondere der Bundesminister für Soziales, Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz wird aufgefordert,

- 1. die Voraussetzungen für eine Harmonisierung der Leistungen, orientiert am höchsten Leistungsniveau, über alle Krankenversicherungsträger hinweg und für alle Versicherten in Österreich sofort zu schaffen,*
- 2. dem Nationalrat halbjährlich über die Fortschritte der Harmonisierung zu berichten,*
- 3. einen Risikostrukturausgleich über alle Krankenversicherungsträger umgehend einzuführen, sowie die*
- 4. versprochene Patientenmilliarde (je 200 Millionen Euro für fünf Jahre) auszuschütten, um damit einen Leistungsausbau zu ermöglichen“*

Zuweisungsvorschlag: Gesundheitsausschuss