
11466/J XXV. GP

Eingelangt am 24.01.2017

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

Anfrage

der Abgeordneten Gerald Loacker, Kollegin und Kollegen

an die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

betreffend Querfinanzierung zwischen Unfall- und Krankenversicherung

Nicht nur Unfallkrankenhäuser behandeln in einer großen Zahl Freizeitunfälle, ebenso behandeln Krankenanstalten, die nicht der AUVA zuzuordnen sind, Arbeitsunfälle. Dadurch ergeben sich Querfinanzierungsströme, da die Kosten für die Behandlung von Arbeitsunfällen durch die Unfallversicherung zu tragen sind. Die so entstehenden Finanzierungsströme weisen Mängel in der Transparenz und Kostenwahrheit (für die AUVA) auf, was u.a. auch ein Artikel der Wirtschaftszeitung für Marketing und Sales "Medianet" vom 14. Februar 2014 verdeutlicht:

"Nur etwa zwölf Prozent aller Unfälle, die in den Spitälern der AUVA oder deren Rehasentren behandelt werden, sind echte Arbeitsunfälle. Für den Rest bekommt die AUVA einen Pauschalbetrag. Umgekehrt zahlt sie für jene Arbeitnehmer, die verunfallen und in anderen Kliniken behandelt werden, ebenfalls einen Fixbetrag. Das Problem dabei: die AUVA zahlt zu viel und bekommt zu wenig - nach Schätzungen der Industriellenvereinigung zuletzt rund 330 Mio. €. Trotz deutlich gesunkener Arbeitsunfallzahlen leistet die AUVA eine seit Jahren kontinuierlich steigende Pauschalzahlung an die Krankenversicherung für die Behandlung von Arbeitsunfällen durch diese."

Die angesprochenen Pauschalbeträge für die Behandlung von Nicht-Arbeitsunfällen in Anstalten der Unfallversicherung sind gem. § 149 Abs. 4 ASVG festzulegen. Wie die Anfragebeantwortung 6504/AB XXIV.GP aufzeigt, stieg dieser Pauschalbetrag der an die AUVA ging zwischen 2006 und 2009 von 35,8 Mio. Euro auf 41,5 Mio Euro, also um fast 16 Prozent an. Inwiefern sich im Gegenzug die Kostenersätze für Krankenversicherung von der AUVA entwickelten wird in der Anfragebeantwortung nicht abschließend geklärt, sondern nur auf den in § 319a ASVG festgelegten Fixbetrag aus dem Jahr 1975 verwiesen, der "jährlich unter Berücksichtigung der Veränderungen der Aufwendungen der betroffenen Krankenversicherungsträger für die Leistungen aus dem Versicherungsfall der Krankheit und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit ... neu festzusetzen [ist]"

Während beim Pauschalbetrag von den Krankenversicherungen an die AUVA die Berechnung einer fiktiven Abgeltung der angefallenen Kosten je stationärem Tag in der genannten Anfragebeantwortung möglich war, schien dies umgekehrt beim Pauschalbetrag von der AUVA an die Krankenversicherungsträger nicht möglich. Daraus lässt sich nur schließen, dass es keine Aufzeichnungen über die entsprechenden

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

Behandlungstage bzw. die anfallenden Kosten gab, sodass ein Vergleich der Pauschalbeträge - insbesondere der fiktiven Tagessätze - nicht möglich ist.

Gerade ein Vergleich der fiktiven täglichen Kosten der Behandlungen ist nicht nur Voraussetzung dafür, unverhältnismäßige Querfinanzierungsströme zu unterbinden, sondern auch im Hinblick auf den rechtlichen Rahmen für die Krankenbehandlung gem. § 133 ASVG einerseits und für die Unfallheilbehandlung gem. § 189 ASVG andererseits interessant. Schließlich ist der Rahmen für die Unfallheilbehandlung wesentlich weiter gefasst, was die anzuwendenden Mittel angeht, als dies bei der Krankenbehandlung der Fall ist. Demzufolge ist fraglich, ob es hier innerhalb der AUVA nicht auch zu einer "Übersorgung" im Sinne der Auslegung des § 133 bzw. 189 ASVG kommt.

Die Anfragebeantwortung (6834/AB XXV.GP) bringt in diese Querfinanzierungspraxis etwas Licht ins Dunkel, wodurch man die kann man die Einschätzungen der AUVA nur teilen kann. Es scheint als würden die mächtigen Krankenkassen die Pauschalbeträge so festlegen, dass sie besser aussteigen und sich ihre Bilanzen von Beiträgen der AUVA aufpolieren lassen. Vielleicht wurde auch deshalb der Weg über Pauschalbeträge gewählt, weil es damit keinen Drang gibt die tatsächlich geleisteten Ausgaben entsprechend auszuweisen.

Ein erster Blick bestätigt das bei den Zahlen, denn in den Unfallkrankenhäusern der AUVA fielen 2014 reine Behandlungskosten von 179,7 Millionen Euro für Freizeitunfälle (die von den Krankenkassen zu zahlen wären) an. Der Betrag den die Krankenkassen aber an die AUVA tatsächlich überwiesen lag nur bei 108,7 Millionen Euro – damit entsteht alleine schon durch die Behandlungskosten ein Fehlbetrag aus Sicht der AUVA von 71 Millionen Euro, ohne noch verschiedene indirekte Kosten mit einzuberechnen.

Man könnte nun auch zu dem Schluss gelangen, dass vielleicht auch die AUVA an die Krankenkassen zu wenig überweist für die Behandlung von Arbeitsunfällen. Doch darüber will der Hauptverband keine brauchbaren Informationen an die Öffentlichkeit geben. Immerhin ging es z.B. 2014 um über 200 Millionen Euro an Geldern die an die von der AUVA an die Krankenkassen zur Behandlung von Arbeitsunfällen gingen. Dieser Betrag stieg zwischen 2005 und 2014 um 36,4%. Betrachtet man zusätzlich die Tatsache, dass die Zahl der Arbeitsunfälle seit 2005 um 11,3% gesunken ist, verstärkt sich der Eindruck, dass die tatsächlichen Kosten zur Behandlung jener Arbeitsunfälle absichtlich klein geschwiegen werden und sich die Krankenkassen schamlos an der AUVA, aber damit vor allem auch an den Unfallversicherungsbeitrags-Zahler_innen, bedienen.

Es liegt auf der Hand, dass die Krankenversicherungen mit allen Mitteln versuchen, mit solchen verdeckten Querfinanzierungen, sich Diskussionen über die Struktur der Krankenkassen zu entziehen. Gerade die AUVA bietet sich in diesem Zusammenhang natürlich bestens an, sich zu bereichern. Kein anderer Versicherungsträger verfügt über ein vergleichbares Vermögen, das auch ohne Berücksichtigung der eigenen Einrichtungen mit hohen Vermögenswerten die AUVA zu einem finanzstarken Träger macht. Ein neuerliches Update über die Entwicklung dieser Querfinanzierungsströme kann nun Aufschluss darüber geben, ob es innerhalb der Sozialversicherungsträger zu einem Umdenken und damit mehr Effizienz und Transparenz gekommen ist.

Aus diesem Grund stellen die unterfertigten Abgeordneten nachstehende

Anfrage:

1. Wie hoch war der Pauschalbetrag gem. § 149 ASVG jeweils 2015 und 2016?
2. Wie hoch war der Pauschalbetrag gem. § 319a ASVG jeweils 2015 und 2016?
3. Wie hoch war die Zahl der Behandlungstage in Unfallkrankenhäusern, die unter § 149 ASVG fallen, jeweils 2015 und 2016?
4. Wie viele Behandlungstage in anderen Krankenhäusern, die unter § 319a ASVG fallen, wurden jeweils 2015 und 2016 abgedeckt?
5. Wie hoch waren die allgemeinen durchschnittlichen Kosten je Behandlungstag (fiktive Tagsätze) jeweils 2015 und 2016 innerhalb der Unfallkrankenhäuser?
6. Wie hoch waren die allgemeinen durchschnittlichen Kosten je Behandlungstag (fiktive Tagsätze) jeweils 2015 und 2016 innerhalb anderer Krankenanstalten?
7. Gibt es aus Ihrer Sicht ein Ungleichgewicht zwischen den Kostenersätzen der Krankenkassen an die AUVA für die Behandlung allgemeiner Unfälle und den Kostenersätzen der AUVA für die Behandlung von Arbeitsunfällen an andere Versicherungsträger?
8. Wenn ja, gedenken Sie dieser Problematik entgegenzuwirken?
9. Wenn ja, wie wollen sie dieser Problematik entgegenwirken?
10. Wenn ja, bis wann werden sie entsprechende Maßnahmen setzen?
11. Wenn ja, welche Maßnahmen sollen gesetzt werden?
12. Ergibt sich aufgrund der unterschiedlichen anzuwendenden Mittel im Falle einer Krankenbehandlung gem. § 133 ASVG und im Falle einer Unfallheilbehandlung gem. § 189 ASVG zwischen Unfallkrankenhäusern und anderen Krankenanstalten eine unterschiedliche Praxis im Umgang mit Patient_innen?
13. Wenn ja, worin äußert sich dies?
14. Wenn ja, ergeben sich dadurch Kosteneinsparungen bzw. Mehrausgaben?