
959/J XXVI. GP

Eingelangt am 01.06.2018

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

Anfrage

**der Abgeordneten Mag. Gerald Loacker, Kolleginnen und Kollegen
an die Bundesministerin für die Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumenten-
schutz**

betreffend Krankenkassen: Überall Selbstbehalte

Die Diskussion, ob in der österreichischen Krankenversicherung Selbstbehalte eingehoben werden sollen oder nicht, führt in Österreich immer wieder zu hitzigen Meinungsverschiedenheiten. Was dabei selten bekannt wird, ist der Fakt, dass eigentlich keine einzige Krankenkasse auf Selbstbehalte zur Finanzierung der laufenden Ausgaben verzichtet. Sei es in Form von Selbsthalten bei Arztbesuchen, bei Arzneimittelverschreibungen („Rezeptgebühren“) oder nicht ausgabendeckenden Zuschüssen. Im Grunde genommen handelt es sich um eine Scheindiskussionen mit viel künstlicher Aufregung. Gleichzeitig übersieht man die Entwicklungen in anderen Krankenkassensystemen, die dem österreichischen System in der Regel einige Jahrzehnte voraus sind, weil dort die Akteure lösungsorientierter sind. In der Schweiz, den Niederlanden und Deutschland lässt man nämlich die einzelnen Versicherten selbst darüber entscheiden, ob sie sich via Selbstbehalts-Modellen oder Vollversicherungs-Modellen versichern wollen. In den beiden zuerstgenannten Ländern ist die Selbstbeteiligung via "Franchise"-Stufen bzw. Baukasten-Versicherungen bereits ziemlich ausgereift.

Beim Blick ins Ausland sieht man also sehr deutlich, was möglich ist. Zu einer solchen Innovationskraft ist aber die österreichische Sozialversicherung nicht in der Lage. Das Wort "Wahlfreiheit" ist in unserem zwangskammerndurchsetzten System nämlich mittlerweile ein Schimpfwort. Und während der Wettbewerb das holländische, das schweizerische und das deutsche Kassensystem beflügelt hat, ist unser wettbewerbsfeindliches Kassensystem völlig erstarrt. Veränderung, Innovation und Wettbewerb sind in der österreichischen SV praktisch nicht vorgesehen, und jeder der sie fordert, wird von den Zwangskämmerern gnadenlos verunglimpft.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgende

Anfrage:

1. Gibt es gesetzliche österreichische Krankenversicherungen bei denen man zwischen Vollversicherungs- und Selbstbehalts-Modell wählen kann?
 - a. Wenn ja, welche?

Dieser Text ist elektronisch textinterpretiert. Abweichungen vom Original sind möglich.

2. In den KV-Erfolgsrechnungen findet man bezüglich Selbstbehalten den Gebärungsabschnitt "Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge". Welche Selbstbehalte gibt es derzeit bei den einzelnen KV-Trägern?
3. Wie viel wurde zwischen 2007 und 2017 über Gebärungsabschnitt "Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge" eingenommen? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
 - a. Wie viel über Rezeptgebühren?
 - b. Wie viel über Service-Entgelt?
 - c. Wie viel über Kostenbeteiligungen?
 - d. Wie viel über Behandlungsbeiträge bzw. Kostenanteile?
4. Waren im Gebärungsabschnitt "Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge" sämtliche Eigenbeiträge der Versicherten abgebildet, sofern es sich um Leistungen aus dem Leistungskatalog handelte und diese bei einem Vertragsarzt in Anspruch genommen wurden?
 - a. Wenn nein, wie hoch waren zwischen 2007 und die 2017 die Eigenbeiträge der Versicherten, die nicht im Gebärungsabschnitt "Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge" abgebildet waren? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
 - i. Um welche Leistungen aus dem Leistungskatalog handelte es sich dabei? (je KV-Träger)
5. Wenn für bestimmte Leistungen lediglich Kostenzuschüsse gewährt wurden, wurden die Eigenbeiträge der Versicherten von den KV-Trägern dokumentiert und im Gebärungsabschnitt "Gebühren, Kostenbeteiligungen und Behandlungsbeiträge" abgebildet? (vorausgesetzt: Leistung aus Leistungskatalog bei Vertragsarzt)
 - a. Wenn nein, weshalb nicht?
 - b. Wenn nein, wie hoch waren zwischen 2007 und 2017 die entsprechenden Kostenzuschüsse für diese Leistungen? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
 - i. Um welche Leistungen aus dem Leistungskatalog handelte es sich dabei? (je KV-Träger)
6. Wie hoch waren zwischen 2007 und 2017 die Rechnungsbeträge, die im Rahmen von Wahlarzt-Kontakten von den Versicherten bei den KV-Trägern eingebracht wurden? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
7. Wie hoch waren zwischen 2007 und 2017 die Beträge, die im Rahmen von Wahlarzt-Kontakten von den KV-Trägern an die Versicherten refundiert wurden? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
8. Wie viele Anspruchsberechtigte waren jährlich zwischen 2007 und 2017 bei den einzelnen KV-Trägern versichert? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
9. Wie viele Anspruchsberechtigte waren jährlich zwischen 2007 und 2017 bei den einzelnen KV-Trägern mehrfach-versichert? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)
10. Wie hoch war jährlich zwischen 2007 und 2017 die Summe der KV-Beitragsgrundlagen bzw. die Summe der "beitragspflichtigen Einkommen" bei den einzelnen KV-Trägern? (Darstellung jährlich und nach KV-Träger)