

Antrag

der Abgeordneten Kucher,

Genossinnen und Genossen

betreffend ein **Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur Abwicklung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF-Abwicklungsgesetz) geschaffen und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden**

Der Nationalrat wolle beschließen:

Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur Abwicklung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF-Abwicklungsgesetz) geschaffen und das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geändert werden

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

„Bundesgesetz zur Abwicklung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF-Abwicklungsgesetz)

§ 1. Dieses Bundesgesetz dient der Abwicklung des gemäß § 1 des Bundesgesetzes über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G), BGBl. I Nr. 165/2004, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2018, errichteten Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF).

§ 2. Für die Abwicklung des PRIKRAF gilt Folgendes:

1. Mit den Zahlungen an den und des PRIKRAF in den Jahren 2002 bis einschließlich 2020 gelten sämtliche Forderungen gegenüber dem PRIKRAF als erloschen.
2. Allfällige Forderungen des PRIKRAF mit Ausnahme allfälliger Bankguthaben sind nicht mehr zu realisieren.
3. Sämtliche nach Tilgung von Forderungen noch vorhandene Mittel des PRIKRAF sind an die Bundesgesundheitsagentur zur Finanzierung von stationären und/oder ambulanten Leistungen der Krankenanstalten im Sinne der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 199/2013 zu überweisen.
4. Die am 31. Dezember 2020 geltenden Bestimmungen des PRIKRAF-G finden bis zu dem in der Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG über das außer Kraft treten des PRIKRAF-G gem. § 24 Abs. 1 PRIKRAF-G genannten Termin weiterhin Anwendung.

§ 3. Nach der Abwicklung gemäß § 2 gilt der PRIKRAF als aufgelöst.

§ 4. Mit der Vollziehung dieses Gesetzes ist der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betraut.“

ARTIKEL II

Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz – ASVG, BGBl. Nr. 189/1955, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I. Nr. 31/2020, wird wie folgt geändert:

1. § 149 Abs. 2 und 3 lauten:

„(2) **(Grundsatzbestimmung)** Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie zB in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen hierfür sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch den Dachverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.“

2. § 149 Abs. 3a und 3b entfallen.

3. § 149 Abs. 5 lautet:

„(5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag von den mit der Krankenanstalt vereinbarten Verpflegskosten zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist.“

4. § 150 lautet:

„§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesfondsfinanzierte Krankenanstalten nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder
2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit aller Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

(3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.“

5. § 349 Abs. 2a entfällt.

6. § 447f Abs. 14 und 15 entfallen.

7. § 447f Abs. 18 erster Satz lautet:

„(18) Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz setzt mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel des § 447f fest, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 100/2018 und der sich daraus ergebenden Zuordnung von Versichertengruppen,

insbesondere im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen, neu zu berechnen sind.“

8. § 737 samt Überschrift lautet:

„Schlussbestimmungen zu Art. II des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020

§ 737 (1) §§ 149 Abs. 2, 3 und 5, 150 sowie § 447f Abs. 18 erster Satz treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.

(2) §§ 149 3a und 3b, 349 Abs. 2a und 447f Abs. 14 und 15 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2020 außer Kraft.“

Artikel III

Änderung des Gewerblichen Sozialversicherungsgesetzes

Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz – GSVG, BGBl. Nr. 560/1978 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:

1. § 98 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„§ 149 Abs. 3 und 4 ASVG sind anzuwenden.“

2. § 98a lautet:

„§ 98a. Wenn ein Anspruch auf Anstaltspflege als Sachleistung gegeben ist, der Anspruchsberechtigte jedoch die Sachleistung nicht in Anspruch nimmt, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten. Der Pflegekostenzuschuss ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.“

3. § 379 samt Überschrift lautet:

„Schlussbestimmung zu Art. III des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020

§ 379 §§ 98 Abs. 1 letzter Satz und 98a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“

Artikel IV

Änderung des Bauern-Sozialversicherungsgesetzes

Das Bauern-Sozialversicherungsgesetz – BSVG, BGBl. Nr. 559/1978 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:

1. § 92 Abs. 1 letzter Satz lautet:

„§ 89 Abs. 3 bis 5 dieses Bundesgesetzes sowie § 149 Abs. 3 bis 5 ASVG sind anzuwenden.“

2. § 93 lautet:

„§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig und unaufschiebbar, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist in der Satzung des Versicherungsträgers in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit des

Versicherungsträgers als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung einzubehalten ist.“

3. § 373 samt Überschrift lautet:

„Schlussbestimmung zu Art. IV des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020

§ 373 §§ 92 Abs. 1 letzter Satz und 93 treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“

Artikel V

Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz – B-KUVG, BGBl. Nr. 200/1967 zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 31/2020 wird wie folgt geändert:

1. § 68 Abs. 3 lautet:

„(3) Für Krankenanstalten nach Abs. 2 ist § 149 Abs. 3 und 4 ASVG mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Versicherungsanstalt berechtigt ist, vertragliche Vereinbarungen über Leistungen im Sinne des § 59 Abs. 1 zweiter Satz zu treffen und die Höhe der Zahlungen und die Zahlungsbedingungen hiefür festzulegen.“

2. § 68a lautet:

„§ 68a. Zu den Kosten einer anderweitigen Inanspruchnahme der Anstaltspflege ist in der Satzung ein Pflegekostenzuschuss in einem Ausmaß festzusetzen, das der Regelung in den Verträgen gemäß § 149 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes entspricht. Kommen keine Verträge zustande, so ist das Ausmaß des Pflegekostenzuschusses unter Bedachtnahme auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt als Krankenversicherungsträger sowie das wirtschaftliche Bedürfnis des Versicherten festzusetzen.“

3. § 260 samt Überschrift lautet:

„Schlussbestimmung zu Art. V des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020

§ 260 §§ 68 Abs. 3 und 68a treten in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I. Nr. XX/2020 mit 1. Jänner 2021 in Kraft.“

RL
 V/1
 Gemeinwohl
 P. Hub
 R. S. S.

Zuweisungsvorschlag: Gesundheitsausschuss

Begründung:

Aufgabe der sozialen Krankenversicherung ist die Finanzierung der Anstaltspflege in der allgemeinen Gebührenklasse. Hier sind mit den Zahlungen der Versicherungsträger an die Krankenanstalten (bzw. die Fonds) sämtliche Leistungen der Krankenanstalten abgegolten.

Nimmt ein Patient die Sonderklasse einer Krankenanstalt in Anspruch, so übernimmt die Sozialversicherung dennoch nur die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse. Die darüber hinausgehenden Kosten der Sonderklasse sind vom Patienten bzw. dessen privater Zusatzversicherung zu übernehmen.

Bis 2001 war die Kostenübernahme für die Behandlung Sozialversicherter in Verträgen geregelt. Es gab einen Gesamtvertrag des Hauptverbandes und Einzelverträge der einzelnen Träger mit den einzelnen Spitälern.

Der Gesamtvertrag sah eine Honorierung nach Tagsätzen vor, so wie dies auch für öffentliche Spitäler bis 1997 gehandhabt wurde. Es gab drei Gruppen von Spitälern, für die gestaffelte Tarife galten. Der Vertrag sah weiters eine Deckelung vor, die aufgewertet wurde. Dieser Betrag belief sich zuletzt auf ATS 970 Mio. Er wurde bei weitem nicht ausgeschöpft. Im letzten Jahr beliefen sich die Zahlungen in Summe auf etwa ATS 750 Mio.

Auf Basis dieses Gesamtvertrages hatten die Krankenversicherungsträger Einzelverträge mit den einzelnen Krankenanstalten abgeschlossen – oder auch nicht.

Die Regelungen zum PRIKRAF wurden im Rahmen der Neureglung der Krankenanstalten-Finanzierung 2001 unter Schwarz-Blau mit 1. Jänner 2002 neu eingeführt.

Der PRIKRAF hat die von den PRIKRAF-Krankenanstalten, die sich mit dem leistungszuständigen Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis befinden, erbrachten stationären Leistungen in analoger Anwendung der für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten geltenden LKF-Regelungen zu honorieren, wobei die Mittel zu 100 % nach einem bundeseinheitlichen LDF-Punktwert zu verteilen sind.

Der PRIKRAF hat an Versicherte und Anspruchsberechtigte, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt untergebracht waren, die mit dem für sie leistungszuständigen Versicherungsträger in keinem Vertragsverhältnis steht, einen Pflegekostenzuschuss zu leisten, der ebenfalls nach LKF-Kriterien bemessen wird. Durch die Pauschalzahlung der Kassen sind auch die Behandlungen ausländischer PatientInnen abgegolten.

Rechtsgrundlagen für den PRIKRAF sind einerseits die Novelle zum ASVG, BGBl. I Nr. 5/2001. Darin wird festgelegt, dass „die Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind nach den Grundsätzen des § 27 b KAG abzurechnen sind“. Gleichzeitig wurden in dieser Novelle nicht nur weitere Anpassungen an das neue Abrechnungs- und Pflegekostenzuschusssystem vorgenommen, sondern auch die Voraussetzungen für die Leistung des Kostenersatzes der Versicherungsträger an die Versicherten, die sich in eine Anstaltspflege privater Krankenanstalten begeben, geändert.

Bisher musste die Anstaltspflege gemäß § 150 Abs. 1 ASVG notwendig „und unaufschiebbar“ sein, damit Versicherten ein Kostenersatz von Versicherungsträgern gewährt wurde, nunmehr ist die Voraussetzung der „Unaufschiebbarkeit“ weggefallen, eine Änderung, die den Zugang zur Versorgung in privaten Krankenanstalten erleichtert.

Die zweite wesentliche Rechtsgrundlage für den PRIKRAF ist das Krankenanstaltengesetz des Bundes BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F. des BGBl. I Nr. 5/2001, auf das bezüglich der Abrechnung der Leistungen im stationären und tagesklinischen Bereich explizit im ASVG Bezug genommen wird.

Die operative Umsetzung dieser beiden erstgenannten Rechtsgrundlagen erfolgte zunächst mit dem „Bundesgesetz über die Errichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (PRIKRAF-Gesetz)“, BGBl. I Nr. 42/2002 und der auf dieser Grundlage erlassenen „Verordnung des Bundesministers für soziale Sicherheit und Generationen betreffend den PRIKRAF, die Organe des Fonds und ihre Aufgaben, die geeigneten Sanktionen und die Aufsicht über den Fonds (PRIKRAF-Verordnung)“, BGBl. II Nr. 145/2002. Sowohl das PRIKRAF-Gesetz, als auch die PRIKRAF-Verordnung wurden am 1. Jänner 2005 durch das PRIKRAF-Gesetz 2005, BGBl. I Nr. 165/2004, abgelöst.

In Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben hat der Hauptverband im Jahr 2002 zwei Verträge abgeschlossen:

- Einen Fondsvertrag mit dem PRIKRAF, der die Zusammenarbeit zwischen dem Fonds und den KVT und dem HV regelt.
- Einen Gesamtvertrag mit der WKÖ, der die Beziehungen der KVT mit den einzelnen KA regelt.

Auf Basis dieses GV schließen die KVT Einzelverträge mit den KA ab.

Nimmt ein Versicherter Anstaltspflege in einer Krankenanstalt in Anspruch, die in keinem Vertragsverhältnis mit „seinem Krankenversicherungsträger“ steht, hat er die gesamten Kosten selbst zu übernehmen und erhält einen Kostenzuschuss gem. § 150 Abs. 2 ASVG. Dieser Kostenzuschuss wird vom PRIKRAF ausbezahlt und ermittelt sich nach LKF Kriterien. D.h., der PRIKRAF zahlt dem Versicherten genau denselben Betrag aus, den er aufzuwenden gehabt hätte, hätte der Patient ein Vertragsspital in Anspruch genommen.

Eine Liste der PRIKRAF-Krankenanstalten findet sich in Anlage I zum PRIKRAF-G (BGBl. I Nr. 101/2007). Bis 2018 umfasste diese Liste 44 KA, von denen zum Stand 10. Oktober 2018 aber nur 37 im Krankenanstaltenkataster des BMASGK aufscheinen, von welchen im Jahr 2017 aber nur 30 Leistungen mit dem Fonds abgerechnet haben (PRIKRAF Jahresbericht 2017).

Die Finanzierung des PRIKRAF erfolgt nahezu ausschließlich durch Zahlungen der Krankenversicherungsträger. Im Jahr 2001 wurde festgesetzt, dass die KVT ein Pauschale von ATS 1.000 Mio. an den Fonds leisten. Begründet wurde dies damit, dass dieser Betrag im Wesentlichen dem aufgewerteten Limitbetrag des Gesamtvertrages entspräche. De facto wurde dieser Limitbetrag bei weitem nicht ausgeschöpft, sodass seit der Einführung des PRIKRAF die Krankenversicherungsträger um etwa ATS 200 Mio mehr belastet wurden – das entspricht 14,5 Mio. Euro. Der Pauschalbetrag beträgt für 2020 vorläufig rund 146 Mio. Euro; dieser Betrag setzt sich aus der regulären Anpassung (132 Mio. Euro) und der außerordentlichen Erhöhung unter Türkis-Blau 2018 um 14,7 Mio. Euro zusammen.

Die ÖGK finanziert derzeit knapp 70% der PRIKRAF Leistungen. Allerdings werden die Betten dieser Spitäler zu nur knapp über 50% von ÖGK-Versicherten in Anspruch genommen. Beamte und Selbstständige nutzen diese überproportional.

Die ÖVP-FPÖ-Regierung nutzte die Umgestaltung der Sozialversicherungen, um den Topf, aus dem Privatkliniken in Österreich Versichertengelder beziehen (PRIKRAF), aufzustocken. Aus den Sozialversicherungsbeiträgen fließen seither nicht mehr 130 Mio., sondern 145 Mio. Euro in die Taschen der privaten Holdings und Inhaber. Und das, bei knappen Mitteln: Denn die türkis-blaue „Reform“ hat den Kassen ein Milliardendefizit beschert.

Diese Aufstockung ist auch völlig unverhältnismäßig: Durch das SV-OG wurde die Liste der PRIKRAF-KA um lediglich eine weitere Krankenanstalt – die Privatklinik Währing in Wien, die 20 Betten führt – erweitert. Die PRIKRAF-Bettenkapazität wurde damit um ca. 0,7% erhöht. Während mit dem SV-OG ca. 750 Mio. Euro aus der öffentlichen Gesundheitsversorgung abgezogen wurden, wurde die Finanzierung der Privatspitäler um ca. 11,5% aufgestockt.

Ermittlungen im Ibiza-Untersuchungsausschuss legen jetzt nahe, dass es sich bei der Aufstockung der Gelder für Privatspitäler um einen Tauschhandel zwischen ÖVP und FPÖ handeln könnte: Die FPÖ bekommt die Aufnahme eines befreundeten Privatspitals in die Fördernutzer des PRIKRAF, dafür wird der Topf für alle aufgestockt.

Alleine die Tatsache, dass ein Gesetz die Möglichkeit eröffnet, durch seine Umsetzung gesetzlich nicht einwandfreie Vorgangsweisen zu unterstützen, erfordert es, dieses Gesetz abzuschaffen.

Es ist daher unumgänglich, die PRIKRAF-Finanzierung abzuschaffen und auf das Verrechnungssystem vor 2002 zurückzukehren.

