

Johannes Rauch
Bundesminister

Herrn
Mag. Wolfgang Sobotka
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2024-0.504.263

Wien, 8.8.2024

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 19026/J des Abgeordneten Kucher, Genossinnen und Genossen betreffend Immer mehr statt weniger Zwei-Klassen-Medizin in Österreich** wie folgt:

Eingangs wird angemerkt, dass zu gegenständlicher parlamentarischer Anfrage eine Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger eingeholt wurde.

Fragen 1 und 11:

- *Wie haben sich die privaten Gesundheitsausgaben der österreichischen Bevölkerung seit der schwarz-blauen Kassenzerschlagung entwickelt?*
 - a) *Bitte um Auflistung der Jahre 2017 bis 2023 und bitte um Auflistung nach Versorgungsregion*
- *Wie haben sich die privaten Gesundheitsausgaben der österreichischen Bevölkerung entwickelt?*
 - a) *Bitte um Auflistung der Jahre 2017 bis 2023*

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der laufenden privaten Gesundheitsausgaben der Jahre 2017 bis 2023 sowie deren Anteil an den laufenden

Gesundheitsausgaben, wobei eine Auflistung nach Versorgungsregionen dem BMSGPK nicht vorliegt.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Private laufende Gesundheitsausgaben (in Mio. Euro)	9.965	10.100	10.385	9.940	10.730	11.200	11.946
Private laufende Gesundheitsausgaben, in % der laufenden Gesundheitsausgaben	26,0	25,3	24,9	23,1	21,8	22,4	22,9

Quelle: Statistik Austria

Frage 2:

- *Was wird getan, um gegen die 2.Klassen-Medizin vorzugehen?*

Nach Mitteilung des Dachverbands arbeiten die Krankenversicherungsträger kontinuierlich an der Ausweitung bzw. Stärkung der Sachleistungsversorgung durch niedergelassene Ärzt:innen sowie nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Sie sind laufend bemüht, Versorgungslücken zu schließen. Damit soll eine bedarfsgerechte und flächendeckende ärztliche Versorgung sichergestellt werden. Es wurden bereits zahlreiche Maßnahmen gesetzt, um die Sachleistungsversorgung kontinuierlich zu verbessern.

Im ärztlichen Bereich wird derzeit die Ausweitung der Kassenplanstellen um 100 neue Stellen in der Allgemeinmedizin sowie in den Fächern Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Gynäkologie, Dermatologie, Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie („Initiative +100“) entsprechend dem Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetz umgesetzt. Mit Stand 5. Juli 2024 sind 70 dieser Stellen ausgeschrieben worden, für 63 Stellen gab es in Summe 194 Bewerbungen. 55 Besetzungen wurden beschlossen und 12 Invertragnahmen sind bereits erfolgt.

Darüber hinaus werden Fächer, in denen die Nachbesetzung von Kassenplanstellen schwierig ist, bei den Verhandlungen mit den Ärztekammern besonders berücksichtigt.

Zudem bestehen Vertragsangebote, um die Sachleistungsversorgung zu attraktiveren und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu ermöglichen (z.B. Gruppenpraxen, Jobsharing, Primärversorgungseinheiten [PVE] sowie Anstellung und erweiterte

Stellvertretung). Zur Schließung regionaler Versorgungslücken, werden darüber hinaus alternative Versorgungsformen etabliert (z.B. dislozierte Ambulanzen). Durch die frühzeitige Einbindung von Ärzten in Ausbildung in die Sachleistungen (Lehrpraxis etc.) soll die Entscheidung zugunsten der öffentlichen Gesundheitsversorgung gestärkt werden.

Im Jahr 2023 haben sich der Bund, die Länder und die Sozialversicherung im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen auf die Gesundheitsreform geeinigt. Mit dieser umfassenden Gesundheitsreform soll eine hochwertige medizinische Versorgung der Patient:innen in Österreich in den nächsten Jahren nachhaltig gesichert werden und auch den wachsenden Herausforderungen wie z.B. die Auswirkungen der demografischen Entwicklung im Gesundheitssystem entgegengewirkt werden.

Der zentrale Grundsatz der Gesundheitsreform ist „digital vor ambulant vor stationär“, das heißt, dass der Bereich, Digitalisierung im Gesundheitswesen forciert wird und der ambulante insbesondere niedergelassene Bereich ausgebaut wird, um Patient:innen am „best point of service“ behandeln zu können. Bei der Erbringung einer qualitätvollen Versorgung ist auch ein ausreichend und entsprechend qualifiziertes Gesundheitspersonal ein wesentlicher Faktor. Dazu wurde vereinbart, ein umfangreiches Maßnahmenpaket zu erarbeiten und umzusetzen.

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag (2024 bis 2028) sieht daher folgende weitere Maßnahmen vor: Die Stärkung der Gesundheitsförderung, der Ausbau der Impfprogramme und die Optimierung der Medikamentenversorgung. Unter anderem sollen zudem bis Ende 2025 zwischen den Zielsteuerungspartnern auf Bundesebene die notwendigen Regelungen für versorgungswirksame Teilkassenverträge für im öffentlichen Gesundheitssystem angestellte Ärzte geschaffen werden. Zusätzlich wurde der laufende Auf- und Ausbau der Primärversorgung in Form von PVE inklusive Kinder-PVE beschlossen. Aktuell gibt es österreichweit 69 PVE, davon acht Kinder-PVE.

Die geplanten Maßnahmen in allen Bereichen werden durch zusätzliche Mittel unterstützt. Bis zum Jahr 2028 wird vom Bund jährlich rund eine Milliarde Euro zusätzlich für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt, davon jährlich 300 Mio. Euro zur Stärkung des niedergelassenen Bereichs für den quantitativen und qualitativen Ausbau der Versorgung.

Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wurde zusätzlich das Servicecenter „Meine eigene Praxis“ für Jungmediziner:innen und angehende Vertragsärzte und Vertragsärztinnen eingerichtet. Um zukünftige Vertragsärzte und Vertragsärztinnen zu gewinnen, werden auch laufend zielgruppenspezifische Informationsveranstaltungen (für

Jungmediziner:innen, Interessent:innen für PVE, regional für die Fächer Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Gynäkologie usw.) durchgeführt.

Des Weiteren wurde eine gesetzliche Regelung zur Vermeidung von selektiven Vertragskündigungen durch die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger eingeführt. Damit soll sichergestellt werden, dass bei Kündigung durch einen Vertragspartner die Planstelle auch weiterhin als Vollvertragsstelle ausgeschrieben werden kann. Die Möglichkeit der selektiven Vertragskündigung hat in der Vergangenheit immer wieder zu längerfristig vakanten Planstellen geführt, da nicht mit allen drei Krankenversicherungsträgern ein Vertrag abgeschlossen werden konnte.

Im Bereich der nichtärztlichen Gesundheitsberufe wurden österreichweit Rahmenverträge inklusive Stellenplänen beschlossen und somit der Auf- bzw. Ausbau der Sachleistungsversorgung in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie forciert. Zusätzlich wurde eine verstärkte Hebammenversorgung und Ausweitung der Leistungen in diesem Bereich beschlossen.

Beispielsweise bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) wurde im Jahr 2018 die Ausweitung des Stundenkontingents in der Psychotherapie von 800.000 auf 1.175.000 Stunden (bis Jahresende 2022) beschlossen, um auch in diesem Bereich die Sachleistungsversorgung zu optimieren.

Beispielsweise bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) wurden durch den neuen Ärzte-Gesamtvertrag qualitative Maßnahmen mit einem Schwerpunkt auf Mangelfächer gesetzt, um die Vertragsarztstellen zu attraktiveren. Es wurde insbesondere das Leistungsportfolio erweitert und das System an die aktuellen Anforderungen angepasst. Die SVS investiert mit dem neuen Paket 30 Mio. Euro jährlich in den niedergelassenen Bereich. 71 % werden für Mangelfächer genutzt. 42 % entfallen auf Allgemeinmediziner:innen, die aktuell zu den Mangelfächern zählen. 65 % der 30 Mio. gehen in neue Leistungen. Mit dem neuen Senioren-Check für Patient:innen über 70 unterstützt die SVS die Vorsorge-Transformation und ermöglicht es Vertragsärzt:innen, sich mehr Zeit für ältere, betreuungsintensivere Patienten zu nehmen. Mit der Neugestaltung der Darmkrebsvorsorge erfolgt auch eine tarifliche Anpassung an die bisher höher dotierte kurative Koloskopie. Eine weitere Neuerung ist zudem die First Line Sonographie, mit der eine generelle Ultraschallposition für Allgemeinmediziner eingeführt wird.

Frage 3:

- *Wie haben sich die Wahlarzt abrechnungen insgesamt entwickelt?*
a) *Bitte um Auflistung der Jahre 2017 bis 2023*

Vorweg ist festzuhalten, dass die Fragestellung nicht eindeutig ist. Von den Krankenversicherungsträgern wurden Auswertungen wie folgt durchgeführt.

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK):

Die vom Dachverband übermittelte Tabelle der ÖGK stellt die Anzahl der angewiesenen Fälle der Kostenerstattung bzw. Kostenbezuschussung bei Wahlärzt:innen dar.

ÖGK Gesamt	Anzahl der Anweisungen Allgemeinmedizin und Fachärzt:innen
2017	2.689.686
2018	2.951.597
2019	3.096.472
2020	2.975.330
2021	3.496.673
2022	3.869.031
2023	4.097.079

Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS):

Diesbezüglich darf auf die vom Dachverband übermittelte Beilage 1 verwiesen werden. Die Auswertung der SVS zeigt die Gesamtzahl der Anträge auf Refundierung von Wahlarztkosten sowie die Rechnungs- und Refundierungsbeträge der Wahlarztkostenrechnungen.

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB):

Die vom Dachverband übermittelte Auswertung der BVAEB zeigt die Erstattungsbeträge für Honorarnoten von niedergelassenen Ärzt:innen (exkl. Zahnmedizin).

Jahr	Erstattungsbeträge
2017*	37.022.284
2018*	39.696.941
2019*	44.461.415
2020*	45.468.415
2021	56.468.175
2022	61.319.642
2023	70.397.657

*) In diesen Jahren stehen nur Daten aus dem Versichertenkreis OEB (ehemalige BVA) zur Verfügung.

Frage 4:

- Für wie viel Prozent der Versorgung sind Wahlärzt:innen zuständig?
a) Bitte um Auflistung der der Entwicklung der Jahre 2017 bis 2023

Vorweg darf darauf hingewiesen werden, dass eine Zuständigkeit der Wahlärzt:innen für die Versorgung der österreichischen Bevölkerung nicht besteht.

Die Versorgungswirksamkeit von Wahlärzt:innen ist je nach Region und Fachrichtung unterschiedlich ausgeprägt. Um diesbezüglich ein höheres Maß an Transparenz zu erhalten, wurde im Rahmen des Zielsteuerungsvertrages 2024 bis 2028 vereinbart, die Entwicklung der Versorgungswirksamkeit von Wahlärzt:innen in den unterschiedlichen Fachrichtungen und Bundesländern zu beobachten. Generell darf dazu festgehalten werden, dass hierbei nur jene Leistungen von Wahlärzt:innen in die Beobachtung miteinfließen können, die den Patient:innen von der Sozialversicherung rückerstattet werden.

Die ÖGK hat für eine entsprechende Auswertung die finanziellen Aufwendungen für Vertragspartner:innen den Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Wahlbehandler:innen gegenübergestellt. Der daraus auf die Aufwendungen für die Inanspruchnahme von Wahlbehandler:innen entfallende prozentuelle Anteil ist der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

ÖGK Gesamt	Aufwand in %-Anteil Wahlärzt:innen/Vertragsärzt:innen Allgemeinmedizin und Fachärzte
2017	5,45 %
2018	5,62 %
2019	5,74 %
2020	6,11 %
2021	6,35 %
2022	6,60 %
2023	Werte stehen noch nicht zur Verfügung.

Seitens der BVAEB wurde der Anteil der erstatteten Wahlarzthonorare am Gesamthonorar für Vertrags- und Wahlärzt:innen ausgewertet.

Jahr	%-Anteil
2017*	11,73 %
2018*	12,20 %
2019	11,53 %
2020	11,52 %
2021	11,07 %
2022	11,28 %
2023	11,67 %

*) In diesen Jahren stehen nur Daten aus dem Versichertenkreis OEB (ehemalige BVA) zur Verfügung.

Fragen 5 und 6:

- *Als Konsumentenschutzminister fallen auch automatische Indexanpassungen in Zeiten der Teuerung in Ihren Verantwortungsbereich. Ist eine Überarbeitung der automatischen Indexanpassung bei Versicherungsverträgen angedacht?*

- *Ist eine Regulierung von Privaten Krankenversicherungen angedacht?*

Das Gesetz sieht bei der privaten Krankenversicherung keine automatische Indexanpassung bei Versicherungsverträgen vor. Vielmehr dürfen auch bei solchen Verträgen die vertraglich vereinbarten Prämien und Leistungen nur dann nachträglich geändert werden, wenn der Vertrag Prämien-/Leistungsanpassungsvereinbarungen enthält und diese Vereinbarungen den zum Schutz der Konsument:innen bestehenden gesetzlichen Vorgaben entsprechen.

Zusätzlich zu den für alle Verbraucher:innenverträge maßgeblichen Schutzbestimmungen sehen die §§ 178f bis 178h VersVG weitere besondere Schutzbestimmungen für Versicherungsnehmer:innen bei privaten Krankenversicherungen vor.

Das VersVG liegt im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Justiz.

Frage 7:

- *Wie hat sich die Dotierung des Prikräf seit der Schwarz-Blauen-Kassenzerschlagung im Jahr 2017 entwickelt?*
a) *Bitte um Auflistung der Dotierungen vom 2017 bis 2023*

Die Dotation des PRIKRAF durch die Sozialversicherung kann der folgenden Tabelle entnommen werden:

2017 ¹⁾	€ 121.085.305,44	¹⁾ <u>Quelle:</u> Rechnungsabschlüsse des PRIKRAF im jeweiligen Jahresbericht (https://pikraf.info/index.php/aktuelles-l/jahresberichte) ²⁾ Der Betrag 2019 enthält neben der beitragsinduzierten Erhöhung auch die außerordentliche Erhöhung im Ausmaß von € 14,7 Mio. gemäß § 149 Abs. 3a fünfter Satz ASVG. ³⁾ <u>Quelle:</u> vorläufiges Rechnungsergebnis (Stand Mai 2024)
2018 ¹⁾	€ 126.611.455,38	
2019 ^{1) 2)}	€ 146.496.522,78	
2020 ¹⁾	€ 150.040.533,91	
2021 ¹⁾	€ 156.457.430,32	
2022 ¹⁾	€ 165.580.128,59	
2023 ³⁾	€ 178.739.828,16	

Fragen 8 und 9:

- *In welchem Ausmaß hat sich die Anzahl an Leistungen der PRIKRAF Spitäler für das öffentliche Gesundheitssystem im Jahr 2023 im Vergleich zu den Vorjahren verändert?*
a) Bitte um Auflistung je Privatkrankenanstalt und Jahr
- *Welche Leistungen stehen Geldern des Pri kraf gegenüber?*

Die Auswertung zur Anzahl an Leistungen der PRIKRAF Spitäler für die Jahre 2017 bis 2023 findet sich in der Beilage 2.

Frage 10:

- *Welche Maßnahme-Empfehlungen aus dem Pri kraf-Rechnungshofbericht wurden umgesetzt?*

Alle den PRIKRAF selbst betreffenden Empfehlungen wurden von der Geschäftsführung rasch umgesetzt, beispielsweise folgende:

- Die Vertretung der Geschäftsführung wurde schriftlich klar und umfassend geregelt.
- Für Dienstverträge der Bediensteten ist für alle Nebenbeschäftigungen nunmehr eine Zustimmung der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers erforderlich.
- Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen wurde gewechselt. Zukünftig wird das Wirtschaftsprüfungsunternehmen nach maximal sechs aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren gewechselt.
- Die Vor-Ort-Überprüfungen in allen PRIKRAF-Krankenanstalten (Qualitätskriterien) wurden im Jahr 2023 wieder aufgenommen.

Die Anlage zum PRIKRAF-Gesetz wird im Zuge der nächsten Novelle des PRIKRAF-Gesetzes geprüft und gegebenenfalls angepasst. Die PRIKRAF-Geschäftsführerposition wird künftig so rechtzeitig ausgeschrieben, dass eine nahtlose Weiterbestellung bzw. Nachfolge möglich ist und eine Interimslösung vermieden wird. Die inhaltliche Ausgestaltung von Geschäftsführerverträgen des PRIKRAF wird sich zukünftig – wie schon bisher – an der Bundes-Vertragsschablonenverordnung im Sinne einer Best-Practice-Regel orientieren.

Frage 12:

- *Wie hat sich die Anzahl der Sonderklassepatient:innen in öffentlichen Spitälern entwickelt?*
a) *Bitte um Auflistung der Jahre 2017 bis 2023*

Die Auswertung zur Anzahl der Sonderklassepatient:innen in öffentlichen Spitälern für die Jahre 2017 bis 2023 findet sich in der Beilage 2.

Frage 13:

- *Wie haben sich die Ausgaben für Logo-, Ergo, und Psychotherapie entwickelt in den Jahren von 2017 bis 2023?*
a) *Wie hoch waren die privaten Zuzahlungen in den jeweiligen Bereichen in den Jahren von 2017 bis 2023?*

ÖGK:

Einleitend hielt der Dachverband fest, dass seitens der ÖGK die Frage dahingehend verstanden wurde, dass jeweils der Gesamtaufwand für Logopädie, Ergotherapie und Psychotherapie in den Jahren 2017 bis 2023 gefragt ist.

Im Bereich der *Psychotherapie* haben sich die Ausgaben wie folgt entwickelt. Für das Jahr 2023 liegen – nach Angaben der ÖGK – noch keine Echtdaten vor.

Jahr	Sachleistung	Kostenerstattung und Kostenzuschuss
2017	€ 62.041.054	€ 14.622.603
2018	€ 65.631.361	€ 15.156.079
2019	€ 70.563.019	€ 19.086.822
2020	€ 74.032.295	€ 19.293.057

Jahr	Sachleistung	Kostenerstattung und Kostenzuschuss
2021	€ 78.238.872	€ 24.188.031
2022	€ 81.372.710	€ 23.955.374

Für den Bereich *Ergotherapie* und *Logopädie* hielt die ÖGK fest, dass das Leistungsgeschehen äußerst komplex ist. Neben freiberuflichen Vertragspartner:innen werden derartige Leistungen in Instituten, Ambulatorien mit unterschiedlichsten Schwerpunkten und bei sonstigen Kooperationspartner:innen (z.B. Mobile Dienste, Seniorenwohnheime, Kindergärten und Schulen) in unterschiedlichsten Settings erbracht. Eine Aufstellung aller durch die ÖGK erbrachten logopädischen und ergotherapeutischen Leistungen und die damit in Zusammenhang stehenden Gesamtkosten bzw. deren Steigerung ist aufgrund unterschiedlichster komplexer Vertrags- und Finanzierungsregelungen nicht möglich (Pauschalabgeltungen für mehrere Leistungen, Mit- und Teilfinanzierungsregelungen, zeitlich befristete Pilotprojekte, etc.). Aufgrund der Vielfalt der Verträge und Honorierungssysteme, welche auf Basis regionaler Gegebenheiten individuell abgeschlossen wurden, ist eine Information betreffend die Ausgaben in diesem Bereich nicht möglich. Zudem bezieht sich ein großer Teil der angefragten Daten auf den Zeitraum vor Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen bzw. den Beginn des Harmonisierungsprozesses, wodurch standardisierte Abfragen nicht möglich bzw. nicht aussagekräftig sind.

SVS:

Hiezu darf auf die vom Dachverband übermittelte Beilage 3 verwiesen werden. Finale Zahlen für das Jahr 2023 liegen nach Mitteilung der SVS im Bereich Psychotherapie noch nicht vor.

BVAEB:

	Logotherapie	Ergotherapie	Psychotherapie
2017*	3.363.323	2.658.609	9.746.370
2018*	3.515.768	3.083.081	9.958.081

	Logotherapie	Ergotherapie	Psychotherapie
2019	3.738.031	3.459.568	10.847.997
2020	3.442.381	3.917.486	12.013.980
2021	3.969.010	4.656.770	13.880.767
2022	4.144.443	5.045.824	15.211.681
2023	5.178.200	6.079.181	16.732.511

*) Für die Jahre 2017 und 2018 stehen für den Bereich Ergotherapie ausschließlich Daten aus dem Versichertenkreis OEB (ehemalige BVA) zur Verfügung.

ad a.) Weder seitens der Krankenversicherungsträger und des Dachverbandes noch seitens des BMSGPK liegen Informationen bzw. standardisierte Aufzeichnungen zur Höhe von privaten Zuzahlungen bzw. Selbstbehalten vor. Auswertungen waren daher hiezu nicht möglich.

3 Beilagen

Mit freundlichen Grüßen

Johannes Rauch

