

1088/AB
Bundesministerium vom 24.06.2025 zu 1288/J (XXVIII. GP) sozialministerium.gv.at
Arbeit, Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz

Korinna Schumann
Bundesministerin

Herrn
Dr. Walter Rosenkranz
Präsident des Nationalrates
Parlament
1017 Wien

Geschäftszahl: 2025-0.398.655

Wien, 18.6.2025

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 1288/J des Abgeordneten Mag. Gerhard Kaniak betreffend Gebarung der SV-Träger** wie folgt:

Ich schicke voraus, dass sich die gegenständliche Anfrage vorwiegend auf Fragen des Vollzugs der Sozialversicherungsträger bezieht. Ungeachtet der Tatsache, dass dieser an sich nicht Gegenstand des Interpellationsrechts nach Art. 52 B-VG ist, habe ich in vorliegender Angelegenheit eine koordinierende Stellungnahme des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger eingeholt, der dazu die einzelnen Träger befragt hat. Die Stellungnahme des Dachverbandes (samt umfangreicher Beilagen) habe ich dieser Beantwortung zu Grunde gelegt.

Weiters wird festgehalten, dass die Neuorganisation der Sozialversicherung mit fünf Trägern und einem Dachverband (SV-OG, BGBl. I 100/2018) mit 1. Jänner 2020 in Kraft trat. Die Beantwortung beschränkt sich daher vorwiegend auf den Zeitraum ab 2020.

Frage 1:

- *Wer erstellt in der ÖGK die unterjährigen Gebarungsvorschauen? Werden diese intern errechnet oder von externen Experten erstellt?*
 - a. *Wenn extern, wie hoch sind die Kosten für die Erstellung der Gebarungsvorschau?*

Die Gebarungsvorschaurechnungen (GVR) der ÖGK werden unter Koordinierung des Fachbereichs Finanzwesen in einem breiten Prozess unter Einbindung sämtlicher relevanter Fachbereiche erstellt. Die Erstellung erfolgt entsprechend den Bestimmungen der Rechnungsvorschriften unter Beachtung der kaufmännischen Vorsicht. Die Beschlussfassung der GVR erfolgt durch den Verwaltungsrat.

Fragen 2 bis 4:

- *Wie erklären Sie sich angesichts der Aufsichtspflicht des Ministeriums gegenüber den SV-Trägern die exorbitant falschen Gebarungsprognosen?*
- *Wer ist in Ihrem Ministerium für diese Aufsichtspflicht zuständig?*
- *Können Sie ausschließen, dass bei dieser Aufsicht Fehler unterlaufen sind?*
 - a. *Wenn ja, warum?*
 - b. *Wenn nein, welche Fehler sind passiert?*
 - c. *Wenn nein, wer ist für diese verantwortlich?*
 - d. *Welche Konsequenzen wird dies nach sich ziehen?*

Die Versicherungsträger und der Dachverband samt ihren Anstalten und Einrichtungen unterliegen gemäß § 448 ASVG grundsätzlich der Aufsicht des Bundes. Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betraut bestimmte Bedienstete ihres Bundesministeriums mit dieser Aufsicht. Die Aufsichtsbehörde hat die Gebarung der Versicherungsträger und des Dachverbandes zu überwachen und darauf hinzuwirken, dass im Zuge dieser Gebarung nicht gegen Rechtsvorschriften verstößen wird. Sie kann ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken. Sie soll sich in diesen Fällen auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger und des Dachverbandes nicht unnötig eingreifen.

Die Erstellung der Gebarungsprognosen erfolgt durch die Versicherungsträger, diese werden meinem Ressort quartalsweise vorgelegt und von der zuständigen Fachabteilung überprüft - wobei Prognosen naturgemäß mit Unsicherheiten behaftet sind. Eine Überprüfung derselben durch mein Ressort kann sich lediglich auf die Einhaltung der Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherung sowie auf die Plausibilität der von den Versicherungsträgern im Zuge der Prognosen getätigten Annahmen beschränken.

Mein Ressort erlangte im Zuge der Vorlage der Gebarungsvorschau per 15. November 2024 davon Kenntnis, dass sich der Ausblick auf die Gebarungssituation der ÖGK gegenüber dem Vorquartal deutlich verschlechtert hat. Die zu vorangegangenen Prognosezeitpunkten übermittelten Unterlagen enthielten keine Hinweise auf diese erwartete Entwicklung.

Frage 5:

- *Wie viele Standorte und Immobilien gehören den fünf Sozialversicherungsträgern ÖGK, SVS, BVAEB, PVA und AUVA? (Bitte um detaillierte Aufschlüsselung nach Träger, Bundesländern, Nutzungsflächen)*

ÖGK:

Derzeit befinden sich bundesweit 112 Standorte bzw. Immobilien, darunter das Hanusch-Krankenhaus und zahlreiche Gesundheits- und Zahngesundheitszentren in ganz Österreich im Eigentum der ÖGK:

Bundesland	Anzahl Standorte/Immobilien	Nettonutzfläche in m ²
Wien	9	106.393
Niederösterreich	26	55.079
Burgenland	2	15.177
Oberösterreich	26	102.123
Steiermark	16	33.374
Kärnten	8	17.376
Salzburg	8	29.188
Tirol	11	28.916
Vorarlberg	6	14.535

Nähere Angaben zur Nutzungsfläche einzelner Standorte bzw. Immobilien liegen meinem Ressort nicht vor.

SVS:

- 1051 Wien, Wiedner Hauptstraße 84-86, inkl. Tiefgarage, Fläche: 24.800m²
- 4020 Linz, Hanuschstraße 34, inkl. Tiefgarage, Fläche: 10.100m²
- 8011 Graz, Körblergasse 115, Fläche: 3.900m²
- 9020 Klagenfurt/Wörthersee, Bahnhofstraße 67, Fläche: 2.400m²
- 9020 Klagenfurt/Wörthersee, Feldkirchner Straße 52, Fläche: 3.300m² (aktuell Generalsanierung)
- 6020 Innsbruck, Klara-Pölt-Weg 1, Fläche: 3.040m²
- 6800 Feldkirch, Schloßgraben 14, Fläche: 1.600m²
- 4820 Bad Ischl, Gartenstraße 9, Fläche: 19.007 m²
- 4820 Bad Ischl, Mastaliergasse 7, 9 Dienstwohnungen mit in Summe 706,67 m² (alle vermietet)
- 4820 Bad Ischl, Brennerstraße 21 und 23, Fläche insg.: 1361m²
- 2500 Baden, Adolfine-Malcher-Gasse 1, Fläche: 20.103 m²

Für die AUVA verweise ich auf die Beilage 1, für die PVA auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 3.

a. *Wie haben sich diese zwischen 2019 bis 2024 verändert?*

ÖGK:

In Niederösterreich wurden wegen einer erforderlichen Standortverlegung zusätzliche Flächen im Ausmaß von 808 m² erworben.

In Oberösterreich wurden wegen einer erforderlichen Standortverlegung zusätzliche Flächen im Ausmaß von 584 m² erworben. Weiters erfolgte in Linz der Abriss eines Gebäudes (4.592 m²) auf Eigengrund zwecks Errichtung eines zeitgemäßen und zukunftssicheren Neugebäudes. In diesem Zusammenhang wurde auf Eigengrund ein temporärer Ausweichstandort mit einer Fläche von 2.370 m² errichtet.

In Kärnten wurden auf Eigengrund zwei neue Standorte mit zusätzlichen Flächen im Ausmaß von rund 1.534 m² errichtet.

In Salzburg können durch den Abschluss von bereits durch die ehemalige Salzburger Gebietskrankenkasse gestarteten Baumaßnahmen zur Erweiterung am Standort der Landesstelle Salzburg auf Eigengrund zusätzliche Flächen im Ausmaß von 2.520 m² genutzt werden.

SVS:

- 4020 Linz, Hanuschstraße 34, Ankauf 2023
- 7000 Eisenstadt, Osterwiese 2, Verkauf 2023
- 4820 Bad Ischl, Brennerstraße 21, Ankauf 2023

Für die AUVA verweise ich auf die Beilage 1, für die PVA auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 3.

Frage 6:

- Wie viele zusätzliche Standorte sind angemietet? (Bitte um Aufschlüsselung nach Träger, Bundesland, Größe)

ÖGK:

Aktuell sind bundesweit 52 Standorte bzw. Immobilien angemietet:

Bundesland	Anzahl Standorte/Immobilien	Nettonutzfläche in m ²
Wien	17	21.641
Niederösterreich	3	27.485
Burgenland	6	1.106
Oberösterreich	12	2.481
Steiermark	7	5.459
Kärnten	1	593
Salzburg	2	286
Tirol	3	1.115

Vorarlberg	1	188
------------	---	-----

Nähere Angaben zur Nutzungsfläche einzelner Standorte bzw. Immobilien liegen meinem Ressort nicht vor.

SVS:

- 1030 Wien, Ghegastraße 1, Fläche: 17.900m² (Abmietung 08/2025, aktuell untervermietet)
- 3100 St. Pölten, Neugebäudeplatz 1, Fläche: 7.100m²
- 7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße, Fläche: 2.100m²
- 8074 Raaba-Grambach, Dietrich-Keller-Straße 20, Fläche: 5.080m² (Abmietung 01/2026)
- 5020 Salzburg, Auerspergstraße 24, Fläche: 2.900m²
- 5020 Salzburg, Schillerstraße 27, Fläche: 860m²
- 6020 Innsbruck, Fritz-Konzert-Straße 5, Fläche: 1.640m² (vsl. Abmietung 2029)

Für die AUVA verweise ich auf die Beilage 1, für die PVA auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 6.

a. *Wie haben sich diese zwischen 2019 bis 2024 verändert?*

ÖGK:

In Wien erfolgte bei gleichbleibender Anzahl der Standorte durch Zusammenlegungen und Flächenreduktionen eine Verringerung der Nutzfläche um 2.281 m².

Im Burgenland wurde durch die Neueröffnung eines Kundenservice (KS) eine zusätzliche Fläche von rund 450 m² angemietet.

In Oberösterreich kam es aufgrund einer Schließung und einer Übersiedlung auf Eigengrund zu einer Flächenreduktion um 393 m².

In der Steiermark wird ein zusätzlicher Standort mit einer Fläche von rund 500 m² genutzt.

In Kärnten erfolgte durch die Rückgabe von Räumlichkeiten eine Flächenreduktion um 81 m².

In Tirol wurde auf Grund einer erforderlichen Standortteilung ein zusätzlicher Standort mit einer Fläche von 116 m² eingerichtet.

SVS:

- 1050 Wien, Ziegelofengasse 5, Fläche: 1.250m² (Abmietung 2023)
- 4020 Linz, Blumauerstraße 47, Fläche: 5.550m² (Abmietung: 2024)
- 6900 Bregenz, Montfortstraße 9-11, Fläche: 925m² (Abmietung 2023)
- 5020 Salzburg, Schillerstraße 27, Fläche 860m² (Anmietung 2021)
- 5020 Salzburg, Rainerstraße 25, Fläche: 1.870m² (Abmietung 2021)

Für die AUVVA verweise ich auf die Beilage 1, für die PVA auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 6.

b. Wie hoch sind die Kosten für diese Mietobjekte?

ÖGK:

Die nachstehende Kostenaufstellung erfolgt unter Angabe der monatlichen Nettomiete ohne Berücksichtigung von Betriebskosten, allfälligen Heizkosten etc., da diese laufenden Kosten auch bei Liegenschaften im Eigentum anfallen würden:

Bundesland	Nettomiete pro Monat
Wien	179.852,00
Niederösterreich	308.341,00
Burgenland	11.374,00
Oberösterreich	27.119,00
Steiermark	71.664,00
Kärnten	3.309,00
Salzburg	2.500,00
Tirol	16.039,00
Vorarlberg	1.667,00

SVS:

	Jahresmietkosten 2024 (in EUR netto, exkl. nicht abziehbare Vorsteuer)
1030 Wien, Ghegastraße 1	1.212.581,39
3100 St. Pölten, Neugebäudeplatz 1	1.241.047,56
7000 Eisenstadt, Siegfried-Marcus-Straße	296.155,68
8074 Raaba-Grambach, Dietrich-Keller-Straße 20	907.018,79
5020 Salzburg, Auerspergstraße 24	352.497,50
5020 Salzburg, Schillerstraße 27	161.690,04
6020 Innsbruck, Fritz-Konzert-Straße 5	247.764,45

Für die AUVA verweise ich auf die Beilage 1, für die PVA auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 6.

Frage 7:

- *Gibt es vom Dachverband der Sozialversicherungsträger ein trägerübergreifendes Immobilienkonzept, um ein wirtschaftlich und räumlich optimales Vorgehen sicherstellen zu können (RH-Empfehlung)?*
 - a. *Wenn nein, warum nicht?*

Ein versicherungsträgerübergreifendes Immobilienkonzept liegt nicht vor. Die Aufgaben des Dachverbandes im Zusammenhang mit der Prüfung des Bedarfes bei Bauvorhaben der Versicherungsträger sind in der Bedarfsprüfungs-Verordnung geregelt (BGBI. II Nr. 367/2020). Sie beschränken sich im Wesentlichen auf die Gelegenheit zur Äußerung im Rahmen des Koordinierungsprozesses, der auf mögliche Kooperationen und Synergien mit anderen Versicherungsträgern in Bezug auf das jeweilige Bauvorhaben abzielt.

Frage 8:

- *Welche sogenannten „eigenen Einrichtungen“ sind im Besitz der SV-Träger? (Bitte um Aufschlüsselung nach Träger und Art: KA, Ambulatorium, Reha/Kur, etc.)*

SVS:

Klinikum Malcherhof Baden	Rehabilitation des Bewegungs- und Stützapparates, vor allem bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sowie nach orthopädischen Eingriffen.
	Art: Sonderkrankenanstalt
HerzReha Bad Ischl	Rehabilitation von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen
	Art: Sonderkrankenanstalt
NRZ Rosenhügel	neurologische und neuropsychologische Rehabilitation
	Art: Sonderkrankenanstalt
SVS Gesundheitszentrum Wien	Gesundheitsvorsorge und ambulante Rehabilitation
	Art: Sonderkrankenanstalt

PVA:

Nachfolgende Eigene Einrichtungen (Sonderkrankenanstalten „RZ“, Zentrum für ambulante Rehabilitation „ZAR“) sind im Besitz der PVA:

- RZ Laab im Walde – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Bad Aussee – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Bad Ischl – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Bad Schallerbach – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Felbring – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Gröbming – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Saalfelden – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ St. Radegund – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Weyer – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Alland – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Aflenz – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation

- RZ Hochegg – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Bad Hofgastein – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Bad Tatzmannsdorf – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- RZ Großmain – Sonderkrankenanstalt, Rehabilitation
- ZAR Wien – Selbständiges Ambulatorium, Rehabilitation
- ZAR Graz – Selbständiges Ambulatorium, Rehabilitation

Für die AUVA verweise ich auf die Beilage 1, für die ÖGK auf die Beilage 4 sowie für die BVAEB auf die Beilage 3.

Frage 9:

- Wie hoch sind die jährlichen Kosten dieser „eigenen Einrichtungen“ für den SV-Träger? (Bitte um Aufschlüsselung nach Träger und Art der Einrichtung)
 - a. Wie haben sich diese Kosten von 2019 bis 2024 entwickelt?

ÖGK:

Die jährlichen Kosten für die eigenen Einrichtungen der ÖGK sind aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich. Das Jahr 2024 liegt erst nach Beschlussfassung des Rechnungsabschlusses durch die Hauptversammlung im Juli 2025 vor.

Art der Einrichtung	2020	2021	2022	2023
Gesundheitszentren, Zahngesundheitszentren und Gesundheitszentren für Physikalische Medizin	184.556.149,07	181.509.050,73	188.359.735,67	204.003.351,71
Gesundheitszentren für Kur und Rehabilitation	22.687.636,11	20.507.622,18	20.899.573,39	21.086.497,54
Insgesamt	207.243.785,18	202.016.672,91	209.259.309,06	225.089.849,25

AUVA:

	2020	2021	2022	2023	2024
UB	38.376.500,62	35.270.189,97	36.005.183,74	44.177.496,27	65.095.199,57
UM	49.034.245,67	49.417.433,51	57.532.749,70	71.622.946,19	63.844.907,25
UG	42.871.773,93	43.493.816,91	47.484.697,88	57.820.216,51	58.926.551,60
UK	32.907.463,04	32.608.158,11	32.619.275,02	39.781.817,08	43.755.306,39
UO	21.318.182,87	20.192.905,37	21.787.341,50	26.456.328,53	27.444.040,04
UL	41.436.815,66	41.660.360,53	43.024.084,51	52.283.871,48	56.395.144,54
US	35.715.349,47	38.252.641,11	37.070.002,13	44.897.857,51	47.966.457,37
RH	14.150.322,17	13.660.684,70	17.045.069,05	16.220.995,50	17.770.632,94
RM	9.704.569,52	12.155.599,98	14.443.455,55	14.653.895,50	15.990.804,57
RT	27.511.445,70	27.649.271,81	30.799.017,31	33.391.422,46	36.394.911,19
RW	22.145.191,48	20.379.979,61	22.065.451,32	23.873.453,13	24.843.248,40

Die SVS verweist darauf, dass für die Eigenen Einrichtungen keine jährlichen Kosten anfallen, da diese in einem PPP-Modell geführt werden. Die Liegenschaften werden lediglich als Gebäude- und Grundstückswert geführt.

Für die PVA verweise ich auf die Beilage 2 und für die BVAEB auf die Beilage 6.

Frage 10:

- Wieviel kostet das Hanusch Krankenhaus der ÖGK jährlich? (Bitte um eine Aufstellung seit 2019)

Die jährlichen Kosten für das Hanusch Krankenhaus sind aus der nachstehenden Tabelle ersichtlich. Das Jahr 2024 liegt erst nach Beschlussfassung des Rechnungsabschlusses durch die Hauptversammlung im Juli 2025 vor.

Art der Einrichtung	2020	2021	2022	2023
Hanusch-Krankenhaus	207.053.862,44	208.109.747,63	230.188.589,24	250.110.722,78
abzgl. Zahlungen aus dem Wiener Krankenanstaltenfonds	96.539.844,16	105.320.590,50	112.966.738,11	119.435.171,83
abzgl. Abgangsdeckung gem. Wiener Krankenanstaltengesetz	55.304.454,00	57.826.058,50	56.894.030,18	63.129.206,00
Insgesamt	55.209.564,28	44.963.098,63	60.327.820,95	67.546.344,95

Fragen 11 und 12:

- Wie viele Gastpatienten aus anderen Bundesländern werden im Hanusch Krankenhaus jährlich behandelt?
- Wie viele Patienten aus Wien werden jährlich im Hanusch Krankenhaus behandelt?

Ich verweise auf die Beilage 7.

Frage 13:

- Wie viele Mitarbeiter haben die SV-Träger inkl. Dachverband? (Bitte um Aufschlüsselung je Träger und Dachverband)
 - a. Wie haben sich die Mitarbeiterzahlen (VZÄ) seit 2019 entwickelt?

Nachfolgende Tabellen stellen die Anzahl der Mitarbeiter:innen nach Vollzeitäquivalenten (VZÄ) gegliedert nach Sozialversicherungsträger für die Jahre 2020 bis 2024 und insgesamt für alle Sozialversicherungsträger für die Jahre 2019 bis 2024 dar. Zahlen für 2019 werden aufgrund der differenten Trägerstruktur vor Inkrafttreten des SV-OG nicht gegliedert nach Sozialversicherungsträger dargestellt.

Darauf hingewiesen wird, dass es sich um eine Stichtagsbetrachtung handelt und die Zeitreihen nur bedingt vergleichbar sind.

Ausdrücklich festzuhalten ist, dass insbesondere im Bereich der Gesundheitseinrichtungen der hohe Versorgungs- und Qualitätsstandard aufrechterhalten und weiterentwickelt wurde, trotz der im Vergleich 2023 gegenüber 2020 grundsätzlich gesunkenen Anzahl an Mitarbeiter:innen. Auf die ergänzenden Anmerkungen zu den Zahlen der ÖGK und der BVAEB darf hingewiesen werden.

SV-Gesamtsumme					
2019	2020	2021	2022	2023	2024
26.830,84	26.849,76	26.616,80	26.253,01	26.194,58	26.456,34

DVS:

DVS				
2020	2021	2022	2023	2024
267,37	247,11	220,35	217,53	233,68

ÖGK:

ÖGK				
2020	2021	2022	2023*	2024*
10.566,67	10.604,07	10.505,77	10.464,06	10.648,20

* Die Steigerung von 2023 auf 2024 ergibt sich aus einem Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention, der aufwandsneutralen Überführung des österreichweiten Impfprogramms in den Regelbetrieb, der Einstellung von rund 70 zusätzlichen Pflegekräften in Gesundheitseinrichtungen, der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle in den Gesundheitseinrichtungen, einer Digitalisierungsoffensive sowie der Umsetzung bundesweiter Vorgaben aus dem Bereich des Chief Information Security Officer (CISO-Vorgaben).

SVS:

SVS				
2020	2021	2022	2023	2024
2.498,98	2.494,93	2.422,37	2.406,23	2.393,93

BVAEB:

BVAEB				
2020	2021	2022*	2023*	2024*
2.519,58	2.555,16	2.671,90	2.711,36	2.741,24

* Die Steigerungen 2022 bis 2024 ergeben sich aufgrund der Inbetriebnahme des Gesundheitszentrums Sitzenberg sowie Schwerpunkt Ausbau Gesundheitsförderung und Prävention.

AUVA:

AUVA*				
2020	2021	2022	2023	2024
5.166,77	4.852,85	4.665,06	4.672,62	4.631,15

* Die Mitarbeiter:innenzahlen sind exkl. Überlassungen an die AUVB zu verstehen.

PVA:

PVA				
2020	2021	2022	2023	2024
5.830,39	5.862,68	5.767,56	5.722,78	5.808,14

b. Auf welche Summe beläuft sich die durchschnittliche Jahresbruttoverdienstsumme der Vollzeitmitarbeiter?

Das durchschnittliche Jahresbruttogehalt richtet sich nach der Gehaltstabelle der jeweiligen Dienstordnung.

- Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 – DO.A 2005; Wiederverlautbarung avsv Nr. 94/2005 in der geltenden Fassung;
- Dienstordnung B für die Ärzte bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 – DO.B 2005; Wiederverlautbarung avsv Nr. 175/2005 in der geltenden Fassung;
- Dienstordnung C für die Arbeiter bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs 2005 – DO.C 2005; Wiederverlautbarung avsv Nr. 178/2005 in der geltenden Fassung.

Konsolidierte Fassungen sind öffentlich und kostenlos zugänglich unter <http://www.sozdok.at/>.

Nachfolgend ist die durchschnittliche Monatsbruttoverdienstsumme der Mitarbeiter dargestellt (SV-insgesamt).

Jahr	Vollzeitäquivalente MA	Durchschnittl. Gehalt/Lohn (in EUR)
2019	26.830,84	3.944,87
2020	26.849,76	4.047,02
2021	26.616,80	4.120,44
2022	26.253,01	4.273,74
2023	26.194,58	4.593,87
2024	26.456,34	4.738,31

c. Wie hoch ist das Jahresbruttogehalt der Spitzenmanager (GD, GD Stv., Bereichsleiter) in der SV je Träger und Dachverband?

Das Jahresbruttogehalt der „Spitzenmanager“ wird ebenfalls durch die kollektivvertragliche Gehaltstabelle (Anlage 1 der DO.A) festgelegt.

Der jeweilige Generaldirektor und seine Stellvertreter:innen sind in Gehaltsgruppe G/II eingereiht, Bereichsleiter:innen in Gehaltsgruppe G/I. Die Bezüge – inklusive Zulagen gemäß DO.A – werden 14-mal jährlich bezahlt.

Frage 14:

- *Gibt es bei der Besetzung der obersten Führungsebenen der SV-Träger objektiv nachvollziehbare Ausschreibungskriterien, die der Entscheidungsfindung zugrunde gelegt werden (RH-Empfehlung)?*

Die Geschäftsführung der Sozialversicherungsträger obliegt grundsätzlich dem Verwaltungsrat. Dessen Mitglieder werden durch die Interessenvertretungen entsendet (§§ 419 ff ASVG, §§ 16 ff SVSG, §§ 130 ff B-KUVG).

Die Besetzung des leitenden Dienstes erfolgt entsprechend den Bestimmungen des Stellenbesetzungsgegesetzes sowie den darüber hinaus zu beachtenden rechtlichen Vorgaben (Dienstordnungen, Richtlinien für die Erstellung von Dienstpostenplänen für die Sozialversicherungsträger) mit transparenten und objektiv nachvollziehbaren Ausschreibungskriterien.

Es werden – unter Beziehung externer Beratungsunternehmen – Anforderungs- und Kompetenzprofile zur Beurteilung der persönlichen Voraussetzungen für Managementpositionen erstellt bzw. herangezogen.

Neben diesen inhaltlichen Kriterien werden formale Erfordernisse beachtet, wie die Veröffentlichung der Ausschreibungen in Tageszeitungen. Zudem werden die Namen der Personen, mit denen die Stellen besetzt werden, veröffentlicht.

Frage 15:

- *Gibt es eine Personalbedarfsplanung der SV-Träger, die auf mögliche Einsparung Synergieeffekte abzielt (RH-Empfehlung)?
a. Wenn nein, warum nicht?*

Die Versicherungsträger und der Dachverband haben gemäß § 460 Abs. 1 ASVG – unter Rücksichtnahme auf ihre wirtschaftliche Lage – die Zahl der Dienstposten auf das unumgängliche Maß einzuschränken und einen Dienstpostenplan zu erstellen.

Die Erstellung des Dienstpostenplanes erfolgt entsprechend der gemäß § 30a Abs. 1 Z 1 ASVG erstellten Richtlinie zur Erstellung von Dienstpostenplänen für die Sozialversicherungsträger (den Dachverband) – RDPP (verlautbart unter www.ris.bka.gv.at - avsv Nr. 17/2005 idgF).

Die aus den Integrationsmaßnahmen resultierenden Effizienzpotentiale im Sinne einer stabilen Personalentwicklung wurden kostendämpfend berücksichtigt.

Um den Personalbedarf zu optimieren, werden die Potenziale laufend evaluiert und analysiert, um mögliche Einsparungspotentiale und Synergieeffekte bestmöglich zu nutzen.

Frage 16:

- *Wie viele Dienststellen konnten durch die Kassenfusionierung seit 2019 abgebaut werden? (Bitte um Aufschlüsselung je Träger)*

Eingangs wird darauf hingewiesen, dass der Begriff „Dienststellen“ unterschiedliche Interpretationen zulässt. Es könnten darunter Dienstposten für Mitarbeiter:innen oder beispielsweise Verwaltungseinheiten/eigene Einrichtungen zu verstehen sein.

Auf die Ausführungen zu Frage 13a wird verwiesen.

Ergänzend merkt der Dachverband Folgendes an:

Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Versorgung aller Versicherten sicherzustellen. Auch exponierte Regionen Österreichs sollen bestmöglich durch eine Versorgungsinfrastruktur abgedeckt werden. Den Kund:innen soll ein niederschwelliger persönlicher und wohnortnaher Zugang zu den Leistungen und Services der Sozialversicherungsträger angeboten werden.

Bei der ÖGK kam es nicht zur ersatzlosen Schließung von Gesundheitseinrichtungen, Zahngesundheitszentren oder Serviceeinrichtungen. Es wurden zwei Standorte (KS Hütteldorf und Liesing) an einem neuen zeitgemäßen Standort (KS Meidling)

zusammengeführt. Die Versorgungsstrategie basiert auf bundesweit einheitlichen Grundsätzen, Prozessen und Service-Levels. Zur optimalen Nutzung der Standorte werden von der ÖGK Räumlichkeiten den Stakeholdern im Gesundheitsbereich zur Verfügung gestellt und Kooperationen mit anderen Versicherungsträgern zur gemeinsamen Nutzung von Räumlichkeiten forciert. Dadurch kommt es zu Synergieeffekten in der Sozialversicherung bzw. im gesamten Gesundheitsbereich.

Seitens der BVAEB wird zudem darauf hingewiesen, dass sechs Verwaltungsdienststellen sowie drei eigene Einrichtungen aufgelassen wurden.

Betreffend den Dachverband ist anzumerken, dass die seinerzeit vier Posten der Generaldirektion (ein Generaldirektor und drei -stellvertreter) auf zwei Posten der Büroleitung (ein Büroleiter und ein -stellvertreter) reduziert wurden. Die Geschäftsbereiche wurden von vier auf drei reduziert. Aus 15 Abteilungen wurden zehn Abteilungen.

Frage 17:

- *Wie sind die Eigentümerstrukturen in den SV-nahen IT-Firmen SVC, IT-SV und ELGA GmbH?*

Auf die öffentlich zugänglichen Angaben im Firmenbuch wird verwiesen.

- IT-Services der Sozialversicherung GmbH (ITSV), FN 255932x
- Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. (SVC), FN 206187t
- ELGA GmbH (ELGA), FN 338778d

Frage 18:

- *Wie viele Mitarbeiter sind in diesen Unternehmen beschäftigt?*

Bei der SVC waren zum Stand 1. Juni 2025 unter Berücksichtigung bereits abgeschlossener Dienstverträge mit künftigen Dienstnehmer:innen 245 Personen beschäftigt (225 Vollzeitäquivalente).

In der ELGA GmbH waren zum Stichtag 31. Dezember 2024 51 Mitarbeiter:innen beschäftigt.

Bei der ITSV waren zum Stand 31. März 2025 880 Mitarbeiter:innen beschäftigt.

Frage 19:

- *Gibt es neben diesen IT-Unternehmen noch weitere IT-Unternehmen, an denen die SV beteiligt ist?*

Die SVS und die BVAEB sind an der SVD Büromanagement GmbH (FN 227986z) beteiligt. Angemerkt wird, dass die SVD neben den Themen der Informations- und Kommunikationstechnologie auch viele weitere Bereiche wie Bauwesen, Beschaffung, Druckzentrum, Facility Management, Projekt- und Changemanagement und Datenschutz betreut.

Der Dachverband ist an der Peering Point BetriebsgmbH (PPG, FN 262659p) beteiligt. Aufgabe der PPG ist die Zurverfügungstellung des Peering Points, über den die gesamte e-card-Kommunikation läuft. Die PPG hat keine Mitarbeiter:innen. Die zwei von den Gesellschaftern gestellten Geschäftsführer beziehen für diese Tätigkeit kein Entgelt.

Weitere Beteiligungen an IT-Unternehmen liegen nicht vor.

Frage 20:

- *Wie hoch sind die jährlichen Kosten der SV (unterteilt nach Trägern) für diese (s.o.) IT-Unternehmen seit 2019?*

Angemerkt wird, dass die Kosten der IT-Töchter nicht von den Sozialversicherungsträgern und dem Dachverband getragen werden.

Die ITST, die SVC, die PPG sowie die SVD finanzieren sich durch die Erbringung der jeweils von den Sozialversicherungsträgern und dem Dachverband beauftragten Leistungen. An die ELGA sind seitens des Dachverbandes Gesellschafterzuschüsse zu leisten (aufgrund der gesetzlich normierten Beteiligung).

Eine detaillierte Auswertung der erbrachten Leistungen bzw. der dafür verrechneten Entgelte war dem Dachverband innerhalb der Frist für die Anfragebeantwortung nicht möglich.

Frage 21:

- *Sind die IT-Systeme bei den SV-Trägern bereits harmonisiert, um Synergieeffekte zu nutzen und patientenfreundlicher zu agieren?*
 - a. *Wenn nein, warum nicht?*

Der Großteil der IT-Systeme bei den Sozialversicherungsträgern und dem Dachverband ist harmonisiert.

Gemäß den Richtlinien über die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (nunmehr Dachverband) in der elektronischen Datenverarbeitung 2006 (REDV 2006; siehe RIS - avsv Nr. 87/2006 idgF) erfolgt die sozialversicherungsinterne Steuerung und Koordination der Einrichtung, der Betreuung sowie des Betriebes von Standardprodukten und IT-Infrastruktur durch die ICSV GmbH in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern. Seit der durchgeführten Konsolidierung der Rechenzentren erfolgt der Betrieb im zentralen Rechenzentrum.

Im Bereich der IT-Rechenzentrumsleistungen findet seit mehr als 20 Jahren ein laufender Harmonisierungsprozess statt, der die Sozialversicherungsträger und die IT-Töchter umfasst. Dadurch sind die einheitlichen Entwicklungs- und Betriebsumgebungen und deren Aktualisierung und Weiterentwicklung sichergestellt.

Im Bereich der Anwendungen werden auf Grundlage der REDV 2006 Standardprodukte betrieben. Diese werden von allen Trägern verwendet, sofern diese aufgrund deren rechtlicher Aufgaben nutzbar sind (z.B. im Bereich der Pensionsversicherung oder der elektronischen Sozialversicherung – eSV). Zusätzlich gibt es trägerspezifische Anwendungen, die den rechtlichen Aufgaben und Rahmenbedingungen des jeweiligen Trägers entsprechen.

Diese ermöglichen weitestgehend eine harmonisierte kundenfreundliche Abwicklung der Aufgaben der Sozialversicherungsträger sowie die Nutzung entsprechender Synergieeffekte. Diese Produkte werden im Rahmen von Prozessoptimierungen mit dem Fokus auf Effizienzsteigerungen laufend weiterentwickelt.

Fragen 22, 24, 26 und 32

- Wie hoch sind die Kosten für ärztliche Hilfe je Träger seit 2019?
- Wie hoch sind die Kosten für Anstaltpflege je Träger seit 2019?
- Wie hoch sind die Kosten für den Ordinationsbedarf je Träger? (Bitte um eine Aufstellung der Kostenentwicklung seit 2019)
- Welche Vermögenswerte - sowohl materielle als auch immaterielle – stehen den SV-Trägern zur Verfügung?

Die Sozialversicherungsträger haben gem. den Bestimmungen des § 444 ASVG iVm. § 1 der Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherung einen Jahresbericht zu erstellen, der sich u.a. aus der Erfolgsrechnung und deren Einzelnachweisungen sowie der Schlussbilanz und deren Einzelnachweisungen zusammensetzt und im Internet zu veröffentlichen ist. Die Zahlen zu den Fragen 22, 24, 26 und 32 für die Jahre 2020 bis 2023 können für die KV-Träger den entsprechenden Jahresberichten auf den Websites der Träger entnommen werden.

Zu beachten ist, dass im Fall der BVAEB die Einzelnachweisungen zur Erfolgsrechnung und Schlussbilanz im Prüfbericht des Wirtschaftsprüfers enthalten sind, der als eigenständiges Dokument – als Bestandteil des Jahresberichts – gesondert publiziert wurde.

Für die Frage 32 wird hinsichtlich der PVA und der AUVA ebenso auf die entsprechenden Werte in den jeweiligen Jahresberichten für die Jahre 2020 bis 2023 verwiesen.

Die Jahresberichte der SV-Träger für die Jahre 2020 bis 2023 waren zum Zeitpunkt der Beantwortung dieser Anfrage auf den Websites der Träger publiziert.

<u>ÖGK</u>	https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.898894
<u>BVAEB:</u>	https://www.bvaeb.at/cdscontent/?contentid=10007.855097&portal=bvaebbportal
<u>SVS</u>	https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816783&portal=svsportal
<u>PVA</u>	https://www.pv.at/bewe/views/allgemeinesBestellwesenNeuInput-PV.xhtml?contentid=10007.890105&filter-preselect=%22Jahresberichte%22
<u>AUVA</u>	https://auva.at/auva-ihre-leistungen

Die Werte für 2024 werden nachstehend angeführt:

In EUR	BVAEB	ÖGK	SVS
Kosten für Ärztliche Hilfe	1.064.511.199,36	5.465.163.014,48	710.039.821,40
Verpflegskosten und sonstige Leistungen	135.117.398,36	490.378.840,86	62.754.522,66
Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds	985.122.251,06	5.167.641.833,12	680.569.310,71
Ordinationsbedarf	6.160.887,33	35.874.565,94	4.636.618,92

In EUR	BVAEB	ÖGK	SVS	AUVA	PVA
Anlagevermögen	468.850.900,69	1.073.937.513,24	687.934.361,93	872.147.965,30	296.014.088,18
Umlaufvermögen	1.151.688.309,10	7.580.832.638,57	2.057.167.225,60	314.425.388,90	4.231.575.878,61
Gesamt	1.620.539.209,79	8.654.770.151,81	2.745.101.587,53	1.186.573.354,20	4.527.589.966,79

Frage 23:

- Wie hat sich die Anzahl der ärztlichen Kassenstellen seit 2019 entwickelt und wie viele sind unbesetzt? (Bitte um Aufschlüsselung nach Fachrichtung)

Die nachstehende Tabelle bezieht sich auf Stellen, bei denen Verträge mit allen drei Krankenversicherungsträgern bestehen bzw. vorgesehen sind. Diese werden von der ÖGK für alle Krankenversicherungsträger in Abstimmung mit der Österreichischen Ärztekammer bzw. der jeweiligen Landesärztekammer vergeben.

Der Dachverband merkt weiters an, dass sich die dargestellten Stellenpläne nur auf den vertragsärztlichen Bereich beziehen. Die Versorgungswirksamkeit durch eigene Einrichtungen, Vertragsinstitute und Spitalsambulanzen werden nicht berücksichtigt. Diese Vertragspartner würden zunehmend zur Versorgungswirksamkeit im ambulanten Bereich beitragen.

	Planstellen gesamt	Entwicklung seit 2020	Davon unbesetzt per 1.5.2025
	01.05.2025		
Allgemeinmedizin	4.025,8	-0,98%	2,37%
FachärztInnen	3.423,9	+4,24%	2,13%
ZahnbehandlerInnen	2.846,0	-2,00%	8,05%
Summe	10.295,7	+0,40%	3,86%

Frage 25:

- Wie hoch sind die Kosten für Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel je Träger seit 2019? (Bitte um gesonderte Anführung von Rückvergütungen, Herstellerrabatten und Selbstbehalten gesondert anführen!)

ÖGK:

Heilmittel

Jahr	Aufwand Heilmittel (in EUR)
2020	3.093.396.264,71
2021	3.286.607.628,63
2022	3.514.922.916,99
2023	3.750.930.449,80
2024	4.030.033.407,90

Heilbehelfe/Hilfsmittel (HBHI)

Jahr	HBHI* (in EUR)	HBHI medizinische Rehabilitation (in EUR)
2020	230.099.427,73	259.255.669,89
2021	233.020.878,09	300.076.389,65
2022	255.841.908,01	340.426.113,91
2023	278.261.683,04	369.312.686,59
2024	305.838.899,71	425.224.041,21

* Selbstbehalte werden bereits bei der Buchung abgezogen und können nicht extra ausgewiesen werden.

SVS:

Bezüglich der SVS verweise ich auf die Beilage 5. Angemerkt wird, dass es sich dabei um Netto-Zahlen (exkl. nicht abziehbare Vorsteuer) handelt. Die Kostenbeteiligungen „KV/medizinische Rehabilitation“ können nur für den gesamten Bereich „Medizinische Rehabilitation“ angegeben werden. Der konkrete Anteil für Heilbehelfe/Hilfsmittel/Körperersatzstücke war in der für die Anfragebeantwortung zur Verfügung stehenden Zeit nicht auswertbar.

BVAEB:

Bezüglich der BVAEB verweise ich auf die Beilage 6. Ergänzend wird angemerkt, dass die Ermittlung der Selbstbehalte für Heilmittel und Hilfsmittel nicht möglich ist, da diese direkt vom Vertragspartner einbehalten werden, den Aufwand reduzieren und nicht gesondert als Ertrag ausgewiesen werden.

AUVA:

Bezüglich der AUVA verweise ich auf die Beilage 1. Angemerkt wird, dass Selbstbehalte in der Unfallversicherung grundsätzlich nicht vorgesehen sind. Rückvergütungen kommen üblicherweise ebenfalls nicht vor.

PVA:

Bezüglich der PVA verweise ich auf die Beilage 2. Angemerkt wird, dass eine gesonderte Anführung von Rückvergütungen, Herstellerrabatten und Selbstbehalten bzw. eine Trennung zwischen Heilbehelfe und Hilfsmittel nicht möglich war.

Da meinem Ressort zwischenzeitlich der Büroentwurf des Rechnungsabschlusses 2024 der PVA übermittelt wurde, können nachstehend die Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel der PVA für das Jahr 2024 ergänzt werden. Diese betragen 88.440.131,02 EUR.

Frage 27:

- Welche Maßnahmen zur Kostendämpfung bei Medikamenten, Heilmitteln, Heilbehelfen, Ordinationsbedarf gibt es und wie wirken sich diese auf die Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit aus?

Zunächst ist festzuhalten, dass aufgrund des medizinischen Fortschrittes stetig neue und hochpreisige Medikamente sowie Heilbehelfe mit modernster Funktionalität auf den Markt kommen. Durch die massiven Frequenzsteigerungen bei der ärztlichen Hilfe sind auch Steigerungen im Folgekostenbereich (vor allem Ordinationsbedarf und Heilbehelfe) plausibel und kaum vermeidbar.

Bezüglich Maßnahmen zur Kostendämpfung ist für den Bereich der Krankenversicherung allgemein anzumerken, dass in den Gesamtverträgen zur Gewährleistung des Ökonomieprinzips gemäß § 342 Abs. 1 Z 4 und § 342b Abs. 2 Z 5 ASVG Regelungen zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Behandlung und Verschreibweise einschließlich Steuerungsmaßnahmen bei Heilmitteln sowie hinsichtlich der ärztlich veranlassten Kosten, z.B. in den Bereichen Zuweisung und Überweisung zu niedergelassenen Ärzten (Gruppenpraxen), Heilbehelfe, Hilfsmittel und Transporte vorgesehen sind.

Auf die Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2024 (RöV 2024; § 30a Abs. 1 Z 12 ASVG) und die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RöK 2005; § 30a Abs. 1 Z 9 ASVG) ist hinzuweisen.

Außerdem unterliegen die Sozialversicherungsträger als öffentliche Auftraggeber den Bestimmungen des Bundesvergabegesetzes (BVergG 2018). Durch die Durchführung von entsprechenden Vergabeverfahren wird einhergehend mit einem entsprechenden Wettbewerb die Marktkonformität der Preise sichergestellt.

Für den Bereich der Medikamente ist weiters allgemein Folgendes festzuhalten:

Die Sozialversicherung ist bestrebt, die hohe Versorgungsqualität mit Medikamenten stetig zu gewährleisten und gleichzeitig Einsparpotenziale, unter anderem im Rahmen der Verfahren zum Erstattungskodex (EKO) sowie durch die Förderung einer ökonomischen Verschreibweise, zu heben und damit die Kosten zu dämpfen.

Im Allgemeinen ist zur Kostendämpfung bei Medikamenten auf den EKO, seiner Untergliederung in drei Bereiche (roter, grüner und gelber Bereich) sowie der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG hinzuweisen (VO-EKO; § 30b Abs. 1 Z 4 sowie § 351g Abs. 1 ASVG). Der EKO ist jenes Verzeichnis, in dem für Österreich zugelassene, erstattungsfähige und gesichert lieferbare Arzneispezialitäten, die auf Rechnung eines Sozialversicherungsträgers abgegeben werden können, gelistet sind.

Auf folgende Maßnahmen sowie gesetzliche Bestimmungen zur Kostendämpfung kann weiters verwiesen werden:

- Berücksichtigung gesetzlicher Preisregelungen bei Aufnahme von wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukten und Biosimilars in den EKO (§ 351c Abs. 10 ASVG)
- Beachtung von Sonderbestimmungen für nicht im EKO angeführte Arzneispezialitäten (§ 351c Abs. 9a ASVG)
- Berücksichtigung von EU-Durchschnittspreisen zur Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit im roten Bereich des EKO (§ 351c Abs. 7 ASVG)
- Festlegung eines Preisbandes für wirkstoffgleiche Arzneimittel im grünen Bereich des EKO (§ 351c Abs. 11 bis 17 ASVG)

Darüber hinaus ist insbesondere auf folgende Richtlinien hinzuweisen:

- Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen 2024 (RöV 2024; § 30a Abs. 1 Z 12 ASVG)
- Richtlinien über die Abgabe von parallel importierten Arzneispezialitäten (RPI 2025; § 30a Abs. 1 Z 39 ASVG)

Alle oben angeführten Maßnahmen bzw. Bestimmungen dienen der Kostendämpfung bzw. Kostenkontrolle bei gleichzeitiger Gewährleistung der Versorgungsqualität und Versorgungssicherheit.

Im Rahmen der Pharmastrategie und SV-Heilmittelstrategie wurden in enger Zusammenarbeit zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Dachverband weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung entwickelt. Ein wichtiger Ansatz ist die Erhöhung der Transparenz von im EKO enthaltenen behandlungökonomischen Alternativen für verschreibende Ärzt:innen. Beispielsweise sollen automatisierte Hinweise auf kostengünstigere Nachfolgepräparate in der Rezeptsoftware dazu beitragen, den Anteil der Generika-Verordnungen zu erhöhen. Zudem werden im „Infotool zum Erstattungskodex“ indikationsbezogene, ökonomische Reihungen kostenintensiver Biologika und Small Molecules bereitgestellt.

Weiters erfolgen zur Optimierung der Versorgungssicherheit Verhandlungen über erhöhte Kontingente für den österreichischen Markt, wenn kostengünstigere Nachfolgepräparate in den grünen oder gelben Bereich des EKO aufgenommen werden.

Die gemeinsame Finanzierung von „Nahtstellenmedikamenten“ durch die Krankenversicherungsträger und die Länder, z.B. Enzymersatztherapien, Soliris, Ultomiris, verbessert die Versorgungsqualität der Behandlung von Versicherten mit seltenen Erkrankungen, weil damit strittige finanzielle Leistungszuständigkeiten von vornherein ausgeschlossen werden. Diesbezüglich wird eine bundesweite „Medikamente gemeinsam finanzieren – Harmonisierungsvereinbarung“ (MEDGEF-Harmonisierungsvereinbarung) mit den Landesgesundheitsfonds verhandelt.

Als weitere beispielhafte Maßnahmen werden vom Dachverband genannt:

ÖGK:

Im Bereich der Heilbehelfe/Hilfsmittel (medizinische Rehabilitation) wurde Ende April 2025 eine kostendämpfende Maßnahme beschlossen; demnach erhöht sich der Eigenkostenanteil für orthopädische Maßschuhe auf 75,00 EUR pro Paar bzw. 37,50 EUR pro Stück.

SVS:

Das Versorgungsangebot wird unter Berücksichtigung des rechtlichen Ökonomiegebots in Form unterschiedlicher Maßnahmen gestaltet (z.B. Vertragsregelungen, nachgelagerte Kontrollen, Bewilligungspflichten). Die Versorgungsqualität wird dabei stets hochgehalten, die Versorgungssicherheit aufrechterhalten.

BVAEB:

Folgende Maßnahmen zur Kostendämpfung werden gesetzt:

- Die Anzahl verschriebener Heilmittel sinkt. Zudem werden laufend Refundierungsmodelle und Kooperationsvereinbarungen mit Krankenanstalten zur Kostenteilung bei hochpreisigen Medikamenten abgeschlossen.
- Bei Heilbehelfen wird ein strenger Maßstab für die Beurteilung der individuellen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit angelegt.
- Der bezogene Ordinationsbedarf wird stichprobenartig mit der Anzahl der behandelten Versicherten gegengeprüft.

PVA:

Beispielsweise in Bezug auf die Beschaffung von Arzneimitteln wurde nach den Bestimmungen des BVergG 2018 ein zweistufiges europaweites Verhandlungsverfahren im Oberschwellenbereich nach dem Bestbieterprinzip durchgeführt. Zur Ermittlung des Bestangebotes wurden neben dem Preis zur Sicherstellung der Versorgungssicherheit und -qualität weitere Kriterien der Bewertung zugrunde gelegt.

Zudem werden die RöV 2024 auch in den Eigenen Einrichtungen der PVA analog angewendet.

Frage 28:

- *Wie hoch sind die Verwaltungskosten (absolut und in Relation zu den Gesamtausgaben) je Träger seit 2019 und nach welchen Untergruppen teilen sich diese im Einzelnen auf?*

Ich verweise auf die Beilage 8. Die Verwaltungsaufwendungen untergliedern sich in Personal- und Sachaufwand sowie den Aufwand der Verwaltungskörper.

Frage 29:

- *Wie hoch sind die Ausgaben für ausländische Versicherte je Träger?*

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Frage auf Personen bezieht, die bei einem Versicherungsträger in einem EU-/EWR-Mitgliedsstaat bzw. in einem Staat mit bilateralem Sozialversicherungsabkommen versichert sind.

Darauf hinzuweisen ist, dass die zwischenstaatliche Sozialversicherung auf die Versicherungszugehörigkeit und nicht auf die Staatsbürgerschaft abstellt. Daher können die nachfolgenden Fragen nur im Hinblick auf Personen, die im Ausland versichert sind und in Österreich Sachleistungen in Anspruch nehmen, beantwortet werden. Daten zur Staatsbürgerschaft dieser Personen liegen nicht vor.

Weiters ist darauf hinzuweisen, dass aushelfender Träger die ÖGK ist, nicht jedoch die BVAEB oder die SVS. Die AUVA fungiert als aushelfender Träger für die Sachleistungsaushilfe bei Arbeitsunfällen, die PVA im Bereich der Rehabilitation.

a. Wie haben sich diese Kosten seit 2019 jährlich entwickelt?

Es liegen lediglich Daten zur Höhe der Kostenforderungen sowie deren Erstattung vor.

In der nachstehenden Tabelle sind die Kostenforderungen der ÖGK an ausländische Krankenversicherungsträger für die entsprechenden Jahre dargestellt.

Jahr	Anzahl Kostenforderungen	Betrag Kostenforderungen (in EUR)
2020	474.927	258.253.917,52
2021	363.493	207.819.227,56
2022	394.757	244.862.350,32
2023	465.062	309.772.882,93
2024	488.618	354.519.979,23

In der nachstehenden Tabelle sind die Kostenforderungen der AUVA aus der Unfallversicherung für die entsprechenden Jahre dargestellt.

Jahr	Anzahl Kostenforderungen	Betrag Kostenforderungen (in EUR)
2020	435	935.170,31
2021	455	814.184,27
2022	466	817.449,71
2023	496	978.914,07
2024	584	931.258,19

Die PVA hat nur wenige Fälle von Kostenforderungen im Bereich der Rehabilitation. Die Zahlen werden daher nicht dargestellt.

Hinsichtlich der Bezahlung der Forderungen wird auf die Ausführungen zu Frage 29d verwiesen.

- b. Welche Leistungen haben ausländische Versicherte (nach Nationalität) seit 2019 in Anspruch genommen?*
- c. Was haben diese Leistungen im Einzelnen, wie im Gesamten (nach Nationalität) gekostet?*

Die Fragen können nicht beantwortet werden. Die diesbezüglich allenfalls vorliegenden Daten liegen nicht in elektronischer Form vor. Auswertungen sind daher nur eingeschränkt möglich.

- d. Welche dieser Leistungen konnten mit den jeweiligen Herkunftsländern seit 2019 abgerechnet werden?

Über die Leistungsabrechnung liegen keine Daten vor. Es liegen lediglich Daten zur Höhe der Kostenforderungen sowie deren Erstattung vor. In der Tabelle sind die Zahlungen von ausländischen Kranken- und Unfallversicherungsträgern an die ÖGK und die AUVA für die entsprechenden Jahre dargestellt.

Jahr	Betrag der Erstattung (in EUR)
2020	241.523.421,08
2021	264.678.676,32
2022	231.179.247,40
2023	241.309.357,97
2024	341.724.832,05

- e. Welche dieser Forderungen wurden seit 2019 jährlich beglichen?
 f. Welche offenen Forderungen in welcher Höhe der jeweiligen Herkunftsländer bestehen seit 2019 jährlich?
 g. Wie hoch ist bis dato der Gesamtstand dieser offenen Forderungen der jeweiligen Herkunftsländer?
 h. Wie sollen diese offenen Forderungen eingefordert und beglichen werden?

Forderungen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe werden laufend beglichen. Vom Dachverband wird darauf hingewiesen, dass bislang sämtliche berechtigte Forderungen – auch fällige – eingebracht werden konnten.

Frage 30:

- Wie hoch sind die Ausgaben für sonstige Drittstaatsangehörige?
 - a. Wie haben sich diese Kosten seit 2019 jährlich entwickelt?
 - b. Welche Leistungen haben ausländische Versicherte (nach Nationalität) seit 2019 in Anspruch genommen?
 - c. Was haben diese Leistungen im Einzelnen, wie im Gesamten (nach Nationalität) gekostet?

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Fragen auf Personen beziehen, die bei einem Versicherungsträger in einem Staat versichert sind, der weder EU/EWR-Mitgliedsstaat ist und mit dem auch kein bilaterales Sozialversicherungsabkommen besteht.

Die Fragen können nicht beantwortet werden. Daten zu Ausgaben für Versicherte aus Staaten, zu denen keine vertraglichen Beziehungen bestehen, liegen nicht vor.

Frage 31:

- *Welche Rückstellungen haben die einzelnen SV-Träger gebildet?*

Eine Bildung von Rückstellung ist in den Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherung nicht vorgesehen.

Fragen 33 und 35:

- *Wurde angesichts der finanziellen Krise der ÖGK ein Sanierungsplan erstellt?*
 - a. *Wenn ja, wie soll die Krise aus Sicht der ÖGK bewältigt werden*
 - b. *Wenn nein, warum nicht?*
- *Wurde angesichts der finanziellen Krise ein Krisenmanager beauftragt, um die ÖGK zu sanieren?*
 - a. *Wenn nein, warum nicht?*
 - b. *Wenn nein, besteht hier ein solches Vorhaben?*
 - c. *Wenn ja, gibt es hierzu bereits Berichte und Empfehlungen?*
 - d. *Wenn ja, was wurde davon bereits umgesetzt?*

Die ÖGK hat ab Vorliegen der Gebarungsvorschaurechnung (GVR) November 2024 und des damit verbundenen negativen wirtschaftlichen Ausblicks ein umfassendes Finanzkonsolidierungsprogramm gestartet. In diesem Zusammenhang wurde ein umfassendes Maßnahmenpaket zur Kostendämpfung erarbeitet, um die finanzielle Stabilität langfristig zu verbessern und nachhaltig abzusichern.

Die Konsolidierungsmaßnahmen sollen eine nachhaltige und strukturierte Kostendämpfung in der GVR-Periode 2025 bis 2029 erreichen. Ziel ist es, durch Effizienzsteigerungen und einer gezielten Ausgabensteuerung die

Gesundheitsversorgung auch in Zukunft auf hohem Niveau sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

In den Sitzungen des Verwaltungsrats und der Hauptversammlung Ende April 2025 wurden erste Sofortmaßnahmen im Rahmen der Finanzkonsolidierung beschlossen. In diesem Kontext wird auf die Presseaussendung verwiesen:
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20250429OTS0170/oegk-gremien-beschliessen-massnahmen-fuer-nachhaltige-gesundheitsversorgung

Frage 34:

- *Wie hoch sind die Beratungskosten seit 2019? (Bitte um detaillierte Aufschlüsselung der Aufwände jeweils nach Beratungsunternehmen, Beschreibung und Zweck der Inanspruchnahme der Leistung sowie der daraus resultierenden Kosten je Träger)*

Der von mir in dieser Frage befasste Dachverband teilte mit, dass mangels einer näheren Definition des Begriffs „Beratung“ eine abschließende Beantwortung der Frage in der gewünschten Form nicht möglich ist.

Hinsichtlich der Beratungsleistungen und -kosten im Zusammenhang mit der Organisationsreform aufgrund des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes (SV-OG, BGBI. I Nr. 100/2018) wird auf die Anfragebeantwortung 11438/AB zur parlamentarischen Anfrage 11765/J aus dem Jahr 2022 verwiesen werden (insb. Fragen 1 und 10).

Für die BVAEB wurden vom Dachverband für die Jahre 2021 und 2022 ergänzend folgende Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation im Rahmen des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes (SV-OG) übermittelt:

Jahr	Art der Dienstleistung	Auftragnehmer	Entgelt (in EUR)
2021	Organisationsberatung	Team Gnesda	105.895,00
2022	Organisationsberatung	Team Gnesda	17.520,00
Summe			123.415,00

Frage 36:

- *Welche Maßnahmen wird Ihr Ministerium angesichts der finanziellen Schieflage der SV-Träger, insbesondere der ÖGK, ergreifen?*
 - a. *Welche Ziele werden diese verfolgen?*
 - b. *Wie sollen diese Ziele erreicht werden?*
 - c. *Sollen weiter Leistungen der Versicherten gekürzt werden?*
 - d. *Sollen weiter Honorare der Leistungserbringer gekürzt werden?*

Es liegt nicht im Zuständigkeitsbereich des Ministeriums, Maßnahmen zu setzen. Gesetzliche Rahmenbedingungen können nur durch den formellen Gesetzgebungsprozess im Nationalrat geändert werden.

Zuletzt wurden durch das Budgetsanierungsmaßnahmengesetz 2025 Teil II (BSMG 2025 II BGBl I Nr. 20/20025) gesetzliche Maßnahmen betreffend die gesetzliche Sozialversicherung vom Nationalrat beschlossen. Dadurch erfolgte beispielsweise eine Anhebung von Krankenversicherungsbeiträgen von Pensionisten bzw. Pensionistinnen. Die Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung sollen zur Konsolidierung des Budgets der Krankenversicherungsträger herangezogen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

