

Anfrage

der Abgeordneten Ralph Schallmeiner, Freundinnen und Freunde

an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

betreffend Pläne der Arbeitgeberseite in der Österreichischen Gesundheitskasse

BEGRÜNDUNG

Den unterfertigenden Abgeordneten liegt ein Dokument vor, das laut seinem Titel die Ergebnisse einer am 16. September 2026 abgehaltenen Strategieklausur der "ÖGK-Fraktion" festhält. Darin werden weitreichende Vorschläge zu Leistungen, Kostenbeteiligungen und Beiträgen in der gesetzlichen Krankenversicherung formuliert. Es handelt sich hierbei mutmaßlich um ein Dokument, welches der Arbeitgeberkurie in der ÖGK zuordenbar ist.

Um den Wortlaut vollständig und unverändert zu dokumentieren, wird das Dokument im Folgenden wörtlich wiedergegeben:

Strategieklausur der ÖGK-Fraktion – Ergebnisse

Datum: 16.09.2026 16:30-19:30 | Ort: twelve Conference Rooms, Wien

1) Attraktivierung des Kassensystems

Vorschlag & Argumentation:

- Streichung der Kostenerstattung der ÖGK für Wahlarztbesuche, Verwendung der freigespielten Mittel für attraktivere Kassenangebote mit dem Ziel, versorgungswirksame Wahlärzte in das Kassensystem zu bringen
- Der private Markt wird abgesichert, aber ohne zusätzliche öffentliche Mittel, Alternative zu den von der SPÖ vorgeschlagenen unternehmensfeindlichen Eingriffen in den Wahlarztmarkt

Follow-Ups:

- Ausgestaltung eines Gesamtpakets zum Kassensektor inkl. fraktioneller Prioritäten:
 - Verbesserte Gewinnabschöpfung der ÖGK bei PVE und Ambulatorien
 - Verbesserte Steuerung der Frequenzen
 - Zielgerichtete Angebote an junge Ärzte zur Minderung des unternehmerischen Aspekts
 - ggf. Gesundheitsvertrag (einheitlicher Gesamtvertrag) mit besserem Tarifsysteem
- Weitere Präzisierung des Vorschlags insb. durch Datenauswertung zu Wahlarztbesuchen

2) Prävention

Vorschlag & Argumentation:

- Zielgerichtete(re) Ansprache und Aufbereitung von Vorsorge-/Präventionsangeboten der ÖGK zur Steigerung der Teilnehmeraten und Eigenverantwortung
- Verbesserungen notwendig bei:
 - Angebot: digitaler Vorsorgepass zB in MeineÖGK App inkl. Erinnerungen
 - Zielgruppenorientiertheit: gemeinsame Projekte mit Partnern zB AMS, Schulen
 - Vertriebswegen: bestehende Betriebsärzte besser nutzen (Beispiel NÖ)

Follow-Ups:

- Themendestillation auf 3 Schwerpunktrichtungen bis zur nächsten Klausur

3) Patientenlenkung

Vorschlag & Argumentation:

- Bessere Orientierung und Frequenzoptimierung durch gestaffelte Kostenbeteiligungen bei Arztbesuchen, dafür ein Erhalt der freien Arztwahl ohne Gatekeeper-System, Umsetzung unabhängig vom Ausbaustand von 1450/Vollversorgung, wie junktimiert in Reformpartnerschaft
- Finanzielle Belastbarkeit des Einzelnen: keine pauschalen Ausnahmen wie bei Ambulanzgebühr, ev. Einführung einer einkommensabhängigen „Gesundheitsausgabenobergrenze“ (Rezeptgebühr + Arztkosten)
- Chancen der gleichzeitigen Reformierung: Dauermedikationskontakte, geschl. Krankenstände

Follow-Ups:

- Juristische Argumentation via ASVG-Möglichkeit zur Einhebung von Selbstbehalten prüfen
- Konzept zu den Eigenbeiträgen erarbeiten, mit Bedacht auf Telemedizin

4) Fairness-Beitrag

Vorschlag & Argumentation:

- Mehr Beitragsgerechtigkeit und Incentivierung von Vollzeitarbeit durch proportional höhere Abgaben bei (freiwilliger) Teilzeitarbeit

Follow-Ups:

- Prüfung der Einführung einer Mindestprämie nach Schweizer Vorbild

Die darin genannten Vorhaben reichen von der Streichung der Kostenerstattung für Wahlarztbesuche über gestaffelte Kostenbeteiligungen bei Arztbesuchen bis zu höheren Abgaben bei Teilzeitarbeit und einer Mindestprämie nach Schweizer Vorbild. Zu klären ist, über welche Schritte diese Vorschläge umgesetzt werden könnten, welche Eingriffs- und Genehmigungsbefugnisse der Bundesministerin zukommen und ob es bereits Abstimmungen dazu gab.

Politisch läuft dieses Papier auf eine weitreichende Verschiebung von Verantwortung und Kosten hinaus. Nicht die bestehenden Versorgungslücken, Fehlsteuerungen und strukturellen Probleme des Gesundheitssystems stehen im Mittelpunkt, sondern die Frage, wie Patient:innen stärker zur Finanzierung herangezogen und Versicherte zu einem bestimmten Verhalten gedrängt werden können. Damit würde das finanzielle Risiko für eine unzureichend organisierte Versorgung zunehmend jenen aufgebürdet, die auf diese Versorgung angewiesen sind.

Besonders deutlich wird diese Stoßrichtung bei der vorgeschlagenen Streichung der Kostenerstattung für Wahlarztbesuche. Viele Menschen suchen eine Wahlärztin oder einen Wahlarzt nicht deshalb auf, weil sie sich bewusst für eine private Zusatzleistung entschieden haben, sondern weil sie zeitnah keinen Kassenarzttermin erhalten oder in erreichbarer Nähe überhaupt kein entsprechendes Kassenangebot vorhanden ist. Das betrifft insbesondere Fachrichtungen und Regionen mit erheblichen Versorgungslücken. Die Kostenerstattung zu streichen, bevor ausreichend Kassenangebote geschaffen wurden, würde daher nicht in erster Linie Wahlärzt:innen in das Kassensystem bringen. Sie würde zunächst jene bestrafen, die schon heute für das Versagen der öffentlichen Versorgungsplanung aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Eine solche Maßnahme würde die Zwei-Klassen-Medizin weiter verschärfen. Menschen mit hohem Einkommen könnten sich den Wahlarztbesuch weiterhin leisten. Menschen mit niedrigen und mittleren Einkommen müssten länger warten, weitere Wege in Kauf nehmen oder auf eine Untersuchung und Behandlung verzichten. Aus einer ohnehin ungleichen Versorgung würde damit eine noch stärker vom Einkommen abhängige Versorgung. Die im Papier formulierte Absicherung des privaten Marktes steht in einem auffälligen Gegensatz zum Ziel einer solidarischen Krankenversicherung, in der der Zugang zur notwendigen Behandlung nicht von der Kreditkarte abhängen darf.

Auch die angekündigte Verwendung der dadurch frei werdenden Mittel für attraktivere Kassenangebote löst dieses Problem nicht. Weder ist damit garantiert, dass tatsächlich rasch zusätzliche Kassenstellen entstehen, noch wird die Zeitspanne berücksichtigt, in der Patient:innen weiterhin auf Wahlärzt:innen angewiesen wären. Eine Leistung zuerst zu streichen und erst danach auf einen möglichen Ausbau des Kassenangebots zu hoffen, kehrt die notwendige Reihenfolge um. Zuerst muss eine flächendeckende, gut erreichbare und zeitnahe Versorgung als Sachleistung gewährleistet sein. Erst auf dieser Grundlage kann über eine Neuordnung der Wahlarztregelungen seriös diskutiert werden.

Ebenso problematisch ist die geforderte bessere Gewinnabschöpfung der ÖGK bei Primärversorgungseinheiten und Ambulatorien. Der Begriff bleibt im Papier sachlich unklar. Politisch weist er jedoch auf zusätzlichen finanziellen Druck auf genau jene Versorgungsformen hin, die für die Zukunft des Kassensystems besonders wichtig sind. Primärversorgungseinheiten ermöglichen multiprofessionelle Zusammenarbeit, längere Öffnungszeiten und eine wohnortnahe Betreuung. Ambulatorien übernehmen vielfach Leistungen, die andernfalls im niedergelassenen Bereich nicht oder nur schwer zugänglich wären. Werden ihre wirtschaftlichen Rahmenbedingungen verschlechtert, drohen weniger Angebote und nicht mehr Versorgung.

Die Überlegungen zur besseren Ansprache und Aufbereitung von Vorsorgeangeboten sind für sich genommen sinnvoll. Ein digitaler Vorsorgepass, Erinnerungen und gezielte Kooperationen können die Teilnahme an Präventionsprogrammen verbessern. Diese Vorschläge stehen jedoch im direkten Widerspruch zur gleichzeitig

geplanten Verteuerung von Arztbesuchen. Wer Prävention und frühe Behandlung stärken will, darf keine neuen finanziellen Hürden beim Zugang zur ärztlichen Versorgung errichten. Eigenverantwortung kann nur dort eingefordert werden, wo tatsächlich erreichbare, verständliche und leistbare Angebote bestehen.

Besonders weitreichend sind die Vorschläge zur Patientenlenkung durch gestaffelte Kostenbeteiligungen. Selbstbehalte entfalten ihre sogenannte Lenkungswirkung gerade dadurch, dass Menschen aus finanziellen Gründen von der Inanspruchnahme einer Leistung abgehalten werden. Sie unterscheiden aber nicht zuverlässig zwischen medizinisch unnötigen und notwendigen Arztbesuchen. Besonders betroffen wären chronisch kranke Menschen, Personen mit Behinderungen, ältere Menschen, Familien mit Kindern und Menschen mit niedrigen Einkommen. Wird notwendige Behandlung aus Kostengründen aufgeschoben, drohen nicht nur gesundheitliche Schäden, sondern später häufig auch höhere Kosten für das Gesundheitssystem.

Die geplante Umsetzung unabhängig vom Ausbaustand von 1450 und einer tatsächlichen Vollversorgung verschärft dieses Problem. Eine sinnvolle Patientensteuerung setzt voraus, dass es eine verlässliche, rund um die Uhr erreichbare Beratung und real verfügbare Alternativen zum jeweils teureren Versorgungsweg gibt. Fehlen diese Voraussetzungen, ist eine gestaffelte Kostenbeteiligung kein Steuerungsinstrument, sondern eine Strafzahlung für Patient:innen, die häufig gar keine andere Wahl haben. Auch die im Papier beschworene freie Arztwahl wäre dann nur noch für jene tatsächlich frei, die sich die jeweilige Kostenbeteiligung leisten können.

Eine einkommensabhängige Gesundheitsausgabenobergrenze ändert nichts am grundsätzlichen Problem. Sie setzt ein System zusätzlicher Selbstbehalte bereits voraus und versucht lediglich, dessen Folgen nachträglich zu begrenzen. Die Verbindung von Rezeptgebühren und Arztkosten könnte zudem neue Ungleichheiten und zusätzliche bürokratische Hürden schaffen. Eine Obergrenze ersetzt keinen barrierefreien Zugang zur Versorgung. Politisch würde damit das Prinzip ausgehöhlt, wonach notwendige medizinische Behandlung als Versicherungsleistung und nicht als vom verfügbaren Einkommen abhängige Konsumententscheidung organisiert werden muss.

Der als Fairness-Beitrag bezeichnete Vorschlag höherer Abgaben bei freiwilliger Teilzeitarbeit verkehrt den Begriff der Fairness in sein Gegenteil. Teilzeit ist häufig die Folge unbezahlter Betreuungs- und Pflegearbeit, fehlender Kinderbetreuung, gesundheitlicher Einschränkungen oder betrieblicher Arbeitszeitmodelle. Betroffen wären daher in besonderem Ausmaß Frauen, Eltern, pflegende Angehörige und Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen nicht Vollzeit arbeiten können. Zudem würden Menschen mit demselben Bruttoeinkommen unterschiedlich belastet, nur weil sie unterschiedlich viele Stunden arbeiten. Das widerspricht der einkommensbezogenen Logik der Sozialversicherung und ist auch gleichheits- und verfassungsrechtlich höchst problematisch. Der Klammerzusatz freiwillig löst weder das Definitionsproblem noch die soziale Schieflage.

Auch die Prüfung einer Mindestprämie nach Schweizer Vorbild würde einen grundlegenden Systemwechsel bedeuten. Die österreichische Krankenversicherung beruht auf einkommensabhängigen Beiträgen und einer gemeinsamen Finanzierung durch Beschäftigte und Arbeitgeber. Eine vom Einkommen entkoppelte Mindestprämie würde niedrige Einkommen relativ stärker belasten und könnte gering entlohnte Beschäftigung gegenüber höheren Einkommen zusätzlich verteuern. In Verbindung mit höheren Selbstbehalten und zusätzlichen Eigenbeiträgen entstünde ein Modell, in dem ein wachsender Teil der Finanzierungslast von den Arbeitgebern und der solidarischen Versichertengemeinschaft auf die einzelnen Versicherten verschoben wird.

Ein einheitlicher Gesamtvertrag und ein modernes Tarifsysteem können demgegenüber wichtige Bestandteile einer notwendigen Strukturreform sein. Sie müssen aber dem Ausbau der Kassenversorgung, einer besseren regionalen Verteilung und zeitgemäßen Leistungsangeboten dienen. Sie dürfen nicht als Instrument verwendet werden, um Honorare pauschal zu drücken oder Kürzungen an anderer Stelle zu finanzieren. Auffällig ist zudem, dass wesentliche Kostentreiber und Reformfelder – etwa Medikamentenpreise, zersplitterte Zuständigkeiten und Finanzierungsströme oder die mangelnde Planung aus einer Hand – im Papier praktisch nicht vorkommen.

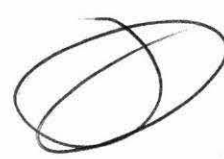
Die politische Stoßrichtung ist damit klar: Statt das Kassensystem durch mehr Angebote, bessere Planung und eine solidarische Finanzierung zu stärken, sollen Leistungen eingeschränkt, Arztbesuche verteuert und niedrige sowie mittlere Einkommen stärker belastet werden. Aus Patient:innen werden Kostenfaktoren, die durch finanzielle Anreize und Sanktionen gesteuert werden sollen. Eine solche Politik würde den Zugang zur Gesundheitsversorgung ungleicher machen und das Vertrauen in die gesetzliche Krankenversicherung weiter beschädigen.

Gerade vor dem Hintergrund, dass die Bundesregierung bei bisherigen Verschlechterungen für ÖGK-Versicherte wiederholt auf die Eigenständigkeit der Selbstverwaltung verwiesen hat, braucht es eine klare Antwort der zuständigen Bundesministerin. Selbstverwaltung darf nicht zum politischen Schutzschild werden, wenn auf Arbeitgeberseite Modelle vorbereitet werden, die tief in Leistungsansprüche, Beiträge und den Zugang zur Versorgung eingreifen. Wo Genehmigungs-, Aufsichts- oder gesetzgeberische Zuständigkeiten bestehen, trägt die Ministerin politische Verantwortung dafür, ob solche Vorhaben ermöglicht oder verhindert werden.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgende

ANFRAGE

- 1) Gab es vor oder nach der im Dokument angeführten Strategieklausur Gespräche, Besprechungen, Schriftverkehr oder sonstige Abstimmungen zwischen Ihnen, Ihrem Kabinett beziehungsweise Ihrem Ressort und Vertreter:innen der Arbeitgeberseite in der ÖGK, der Wirtschaftskammer Österreich, der ÖGK oder des Dachverbands zu einem oder mehreren der im Dokument genannten Vorschläge und Follow-Ups? Wenn ja, wann fanden diese statt, wer nahm daran teil, welche Punkte waren Gegenstand und welche Ergebnisse oder Vereinbarungen gab es?
- 2) Welche konkreten rechtlichen und organisatorischen Schritte wären zur Umsetzung jedes einzelnen im Dokument genannten Vorschlags, Unterpunkts und Follow-Ups erforderlich? Bitte um getrennte Darstellung nach Punkten und jeweils um Angabe, welche Entscheidungen durch Organe der ÖGK, den Dachverband, Gesamtvertragspartner, Ihr Ressort, den Bundesgesetzgeber oder andere Stellen zu treffen wären.
- 3) Bei welchen der im Dokument genannten Vorschläge, Unterpunkte und Follow-Ups verfügen Sie beziehungsweise Ihr Ressort nach geltender Rechtslage über eine aufsichtsrechtliche, genehmigungsrechtliche oder sonstige Möglichkeit, eine Umsetzung zu genehmigen, abzuändern, zu untersagen oder zu verhindern, und bei welchen nicht? Bitte um getrennte Darstellung und Nennung der jeweiligen Rechtsgrundlage. Werden Sie sich bei einzelnen dieser Vorhaben – wie bereits bei anderen Verschlechterungen für ÖGK-Versicherte – darauf berufen, wegen der Selbstverwaltung keine Eingriffsmöglichkeit zu haben? Wenn ja, bei welchen und aus welchem konkreten rechtlichen Grund?
- 4) Sind Sie bereit, einen oder mehrere der im Dokument genannten Vorschläge, Unterpunkte oder Follow-Ups politisch zu unterstützen, gesetzlich zu ermöglichen, zu genehmigen oder nicht zu beanstanden? Bitte um eine eindeutige Position zu jedem einzelnen Punkt. Falls Sie einzelne Vorhaben ablehnen: Welche rechtlichen, aufsichtsrechtlichen oder politischen Schritte werden Sie setzen, um deren Umsetzung zu verhindern?


(Dis-Ste)

Zöbels
(Zöbels)


(Schallert)

(Mair)

(Müller)

	Unterzeichner	Parlamentsdirektion
	Datum/Zeit-UTC	2026-09-30T15:24:45+02:00
Prüfinformation	Dieses Dokument wurde elektronisch besiegelt. Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels und des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.parlament.gv.at/siegel	