

**Handbuch der österreichischen
Sozialversicherung
2018**

Herausgeber und Verleger: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger
Redaktion: Karl Grillitsch
Alle in 1030 Wien, Haidingergasse 1
Internet: www.sozialversicherung.at

Druck: Ferdinand Berger GmbH., Wiener Straße 21 - 23, 3580 Horn

VORWORT

Das vorliegende Handbuch informiert über die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung im Jahre 2017, berücksichtigt aber auch die bis März 2018 beschlossenen gesetzlichen Änderungen.

Da zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Handbuches die endgültigen Gebahrungsmeldungen der Sozialversicherungsträger noch nicht vorlagen, sind die angegebenen Gebarungsdaten für das Jahr 2017 noch als vorläufig anzusehen. Das im Oktober 2018 erscheinende *Statistische Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* wird die endgültigen Gebarungsdaten aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger beinhalten.

Um eine leichtere Lesbarkeit zu gewährleisten beziehen sich im Folgenden die in männlicher Form angeführten personenbezogenen Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hofft, mit der vorliegenden Publikation den Benützern einen umfassenden Überblick über die österreichische Sozialversicherung zu geben.

Wien, April 2018

Inhaltsverzeichnis

Gebahrung der österreichischen Sozialversicherung	5
K r a n k e n v e r s i c h e r u n g.....	9
Krankenversicherte und Beschäftigte	9
Ärzte, Zahnärzte und Dentisten	17
Apotheken und Heilmittel.....	34
Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern.....	36
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	42
Gebahrung der Krankenversicherungsträger.....	44
P e n s i o n s v e r s i c h e r u n g	53
Pensionsversicherte	53
Pensionsstände.....	56
Anpassung der Renten und Pensionen	70
Pensionshöhe	73
Zulagen, Zuschüsse	78
Gebahrung der Pensionsversicherungsträger	83
U n f a l l v e r s i c h e r u n g.....	89
Unfallversicherte	89
Rentenstände.....	90
Rentenhöhe.....	92
Gebahrung der Unfallversicherungsträger.....	94
Rehabilitation, Heilverfahren und eigene Einrichtungen	96
Rehabilitation	96
Heilverfahren und Erholungsaufenthalte.....	98
Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger	100
Bundespflegegeldgesetz	101
Zwischenstaatliche Sozialversicherung	105
Elektronische Datenverarbeitung	110

Gebahrung der österreichischen Sozialversicherung

Das vorläufige Gebahrungsergebnis 2017 der Sozialversicherungsträger ergab Gesamteinnahmen in der Höhe von 61.699 Millionen Euro, denen Gesamtausgaben in der Höhe von 61.683 Millionen Euro gegenüberstanden. Im Vergleich zum Jahre 2016 ist bei den Gesamteinnahmen eine Steigerung von 2,4 % und bei den Gesamtausgaben eine Steigerung um 2,6 % festzustellen.

Die folgende Tabelle informiert über das Gebahrungsergebnis nach Versicherungsbereichen:

Gebahrung der Sozialversicherung 2016 – 2017

Versicherungsbereich	Jahr	Einnahmen in Millionen Euro	Ausgaben	
			in Millionen Euro	in % der Einnahmen
Sozialversicherung insgesamt	2017	61.699	61.683	100,0
	2016	60.228	60.117	99,8
Krankenversicherung	2017	18.476	18.471	100,0
	2016	17.889	17.776	99,4
Pensionsversicherung	2017	41.563	41.562	100,0
	2016	40.732	40.728	100,0
Unfallversicherung	2017	1.660	1.650	99,4
	2016	1.607	1.613	100,4

Die Mittel der Sozialversicherung werden in erster Linie durch Beiträge für Versicherte aufgebracht, die im Jahre 2017 50.945 Millionen Euro betragen.

Soweit die Beiträge für Versicherte in der Pensionsversicherung nicht zur vollen Deckung der Ausgaben ausreichen, besteht eine Ausfallhaftung des Bundes. Der vom Bund zu leistende Beitrag zur Finanzierung der Sozialversicherung betrug im Jahre 2017 6.264 Millionen Euro.

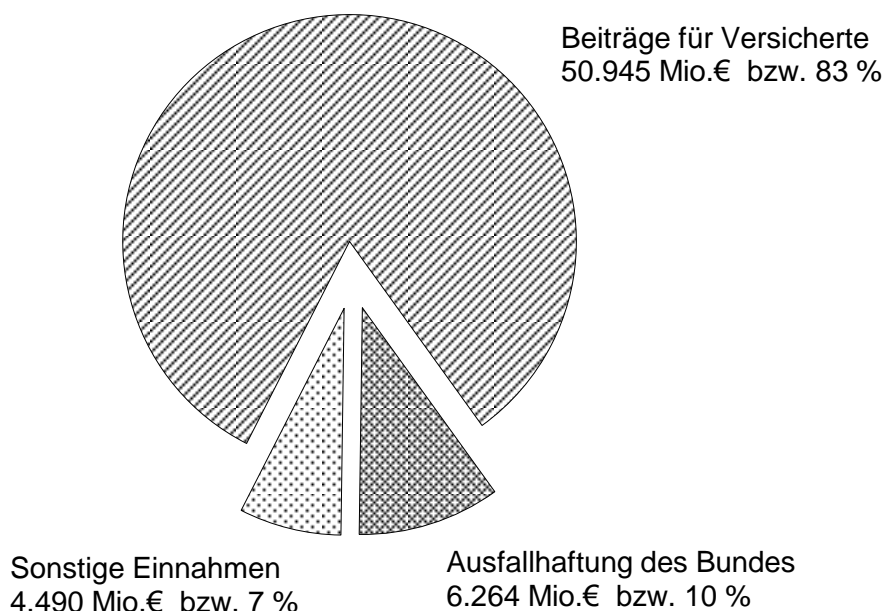
Weitere Mittel fließen den Sozialversicherungsträgern auch aus Kostenbeteiligungen der Versicherten, aus Leistungszulagen wie z.B. Ersätze für Ausgleichszulagen zu. Diese Einnahmen betrugen im Jahre 2017 4.490 Millionen Euro.

Die Einnahmen der Sozialversicherung setzten sich somit wie folgt zusammen:

Beiträge für Versicherte	50.945 Mio.€
Ausfallhaftung des Bundes	6.264 Mio.€
Sonstige Einnahmen (Ersätze für Ausgleichszulagen, sonstige Leistungsersätze, Kostenbeteiligungen, etc.)	4.490 Mio.€
I n s g e s a m t	61.699 Mio.€

Einnahmen der Sozialversicherung im Jahre 2017

Gesamteinnahmen: 61.699 Mio.€ = 100 %



Von den Gesamteinnahmen in der Höhe von 61,7 Milliarden Euro entfielen rund 4,4 Milliarden Euro auf Transferzahlungen innerhalb der Sozialversicherung, sodass die tatsächlichen Einnahmen der Sozialversicherungsträger rund 57,3 Milliarden Euro betragen.

Wenn auch die Einnahmen der Sozialversicherungsträger in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Bruttoinlandsprodukt oder dem Bundesbudget stehen, so sind Vergleichsdaten – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – dennoch informativ und beweisen die große Rolle der Sozialversicherung im Rahmen der zweiten Einkommensverteilung.

**Mittel der Sozialversicherung
im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt und Bundesbudget**

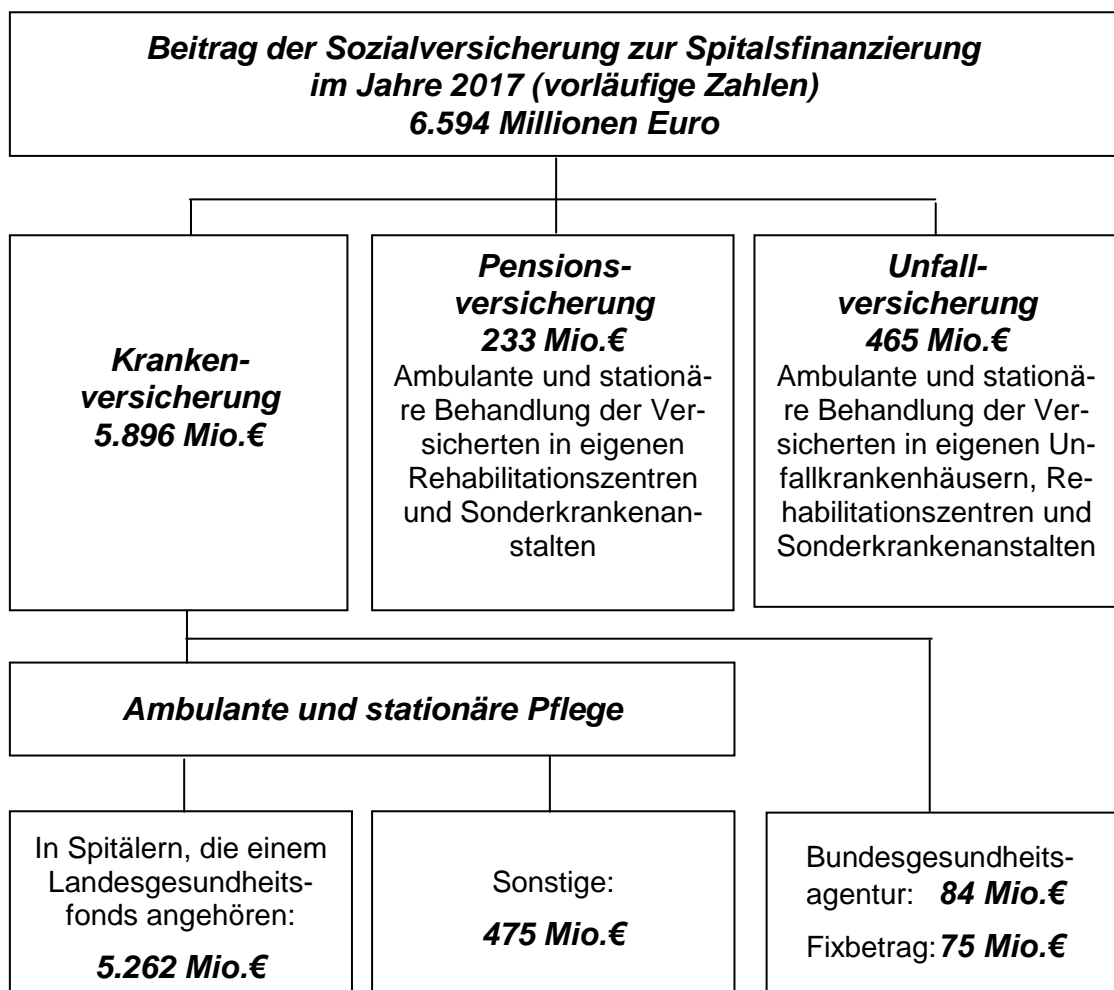
Jahr	Bruttoinlands- produkt in Millio- nen Euro	Bundesbudget ¹⁾ in Millionen Euro	Mittel der Sozialversicherung		
			Millionen Euro	in Prozenten vom	
				BIP	Bundesbudget
2007	283.978	72.332	43.105	15,2	59,6
2008	293.762	76.051	45.330	15,4	59,6
2009	288.044	71.014	47.445	16,5	66,8
2010	295.897	67.287	49.086	16,6	73,0
2011	310.129	67.814	50.501	16,3	74,5
2012	318.653	72.880	52.579	16,5	72,1
2013	323.910	75.567	54.594	16,9	72,2
2014	333.063	74.653	56.454	16,9	75,6
2015	344.493	74.590	58.259	16,9	78,1
2016	353.297	76.452	60.228	17,0	78,8
2017 ²⁾	370.161	77.457	61.699	16,7	79,7

¹⁾ Ab 2013 Finanzierungshaushalt (Allgemeine Gebarung).

²⁾ Vorläufige Zahlen.

Von den Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger in der Höhe von 61.683 Millionen Euro entfielen 60,0 % auf Pensions- und Rentenleistungen. Insgesamt wurden hierfür 37.987 Millionen Euro aufgewendet; das ist um 2,3 % bzw. 866 Millionen Euro mehr als im Jahre 2016.

Die Aufwendungen für die Spitäler betragen 6.594 Millionen Euro, um 201 Millionen Euro bzw. um 3,1 % mehr als im Jahre 2016. Die Sozialversicherung leistet in allen drei Versicherungszweigen einen Beitrag zur Spitalsfinanzierung. Die Krankenversicherung bezahlt für ambulante und stationäre Pflege sowohl an die Landesgesundheitsfonds jährlich einen Pauschalbeitrag als auch für die Pflege in sonstigen Spitälern und ab 2001 einen Pauschalbeitrag an die Bundesgesundheitsagentur. Aber auch die Unfall- und Pensionsversicherung leisten durch den Betrieb von Unfallkrankenhäusern, Rehabilitationszentren und Sonderkrankenanstalten einen wichtigen Beitrag zur stationären Versorgung der österreichischen Bevölkerung.



Eine detaillierte Darstellung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in den einzelnen Versicherungsbereichen ist dem jeweiligen Kapitel über die Gebahrungsergebnisse zu entnehmen.

K r a n k e n v e r s i c h e r u n g

Krankenversicherte Personen

Geschützte Personen

Im Jahre 2017 waren rund 8,88 Millionen Personen durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Die versicherten Personen setzen sich wie folgt zusammen:

Beitragsleistende Personen.....	6,718.100
Beitragsfrei mitversicherte Angehörige	1,959.100
<u>Durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen.....</u>	<u>200.000</u>
I n s g e s a m t.....	8,877.200

Die Zahl der geschützten Personen ist somit geringfügig höher als die österreichische Wohnbevölkerung. Dies resultiert daraus, dass auch Personen mit Wohnsitz im Ausland einen Krankenversicherungsschutz in Österreich erworben haben (z.B. bei Beschäftigung in Österreich). Lässt man die geschützten Personen mit Auslandswohnsitz weg, so ergibt sich für die österreichische Wohnbevölkerung eine Zahl von 8,8 Millionen geschützten Personen bzw. 99,9 % der Bevölkerung. Aus den Anspruchsberechtigten-datenbanken des Hauptverbandes ist es möglich, die genaue Anzahl der in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen zu erfassen und vollständige anonymisierte personenbezogene Auswertungen durchzuführen, die für 2017 zu folgenden Ergebnissen führten:

Anspruchsberechtigte Personen 2017 (ohne Krankenfürsorgeanstalten)

Bezeichnung	M + F	Männer	Frauen
Anspruchsberechtigte Personen	8.677.200	4.264.700	4.412.500
Beitragsleistende Personen	6.718.100	3.426.800	3.291.300
Angehörige insgesamt	1.959.100	837.900	1.121.200
Kinder	1.597.400	800.900	796.500
Sonstige Angehörige	361.700	37.000	324.700

Zusätzlich waren rund 200.000 Personen bei den Krankenfürsorgeanstalten versichert.

Regelungen über den Versicherungsschutz in der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich in mehreren Gesetzen. Versichert sind

- *nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG):*

Dienstnehmer (Arbeiter und Angestellte),
Personen mit freien Dienstverträgen,
Lehrlinge,
Heimarbeiter,

zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen (z.B. Rechtspraktikanten, Gastärzte),
gewisse Gruppen von den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen (z.B. freie Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen);

- *nach dem Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG):*

pragmatisierte Beamte des Bundes, der Länder und Gemeinden (soweit nicht eine Krankenfürsorgeanstalt zuständig ist),
Vertragsbedienstete,
ab 1.1.2000: Gemeindevertreter (Bürgermeister, Mitglieder der Gemeindevertretungen sowie Ortsvorsteher);

- *nach dem Gewerblichen-Sozialversicherungsgesetz (GSVG):*

selbständig Erwerbstätige in der gewerblichen Wirtschaft,
neue Selbständige;

- *nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG):*

selbständig Erwerbstätige in der Land- und Forstwirtschaft und deren im Betrieb mittätige Familienangehörige, sowie deren Ehegatten (-gattinnen), sofern sie im land- und forstwirtschaftlichen Betrieb des anderen beschäftigt sind oder ihn auf gemeinsame Rechnung führen (keine Subsidiarität seit 1.1.2000).

In der Krankenversicherung pflichtversichert sind auch die Bezieher einer Pension nach dem ASVG, GSVG und BSVG, die Bezieher von Rehabilitationsgeld sowie die Bezieher von Ruhe- und Versorgungsgenüssen im Anschluss an ein öffentlich-rechtliches Dienstverhältnis (pensionierte Beamte und deren Hinterbliebene).

Weiters sind in den Krankenversicherungsschutz einbezogen

die Arbeitslosen,

die Kriegshinterbliebenen,

seit 1. Jänner 1992 die Asylwerber und

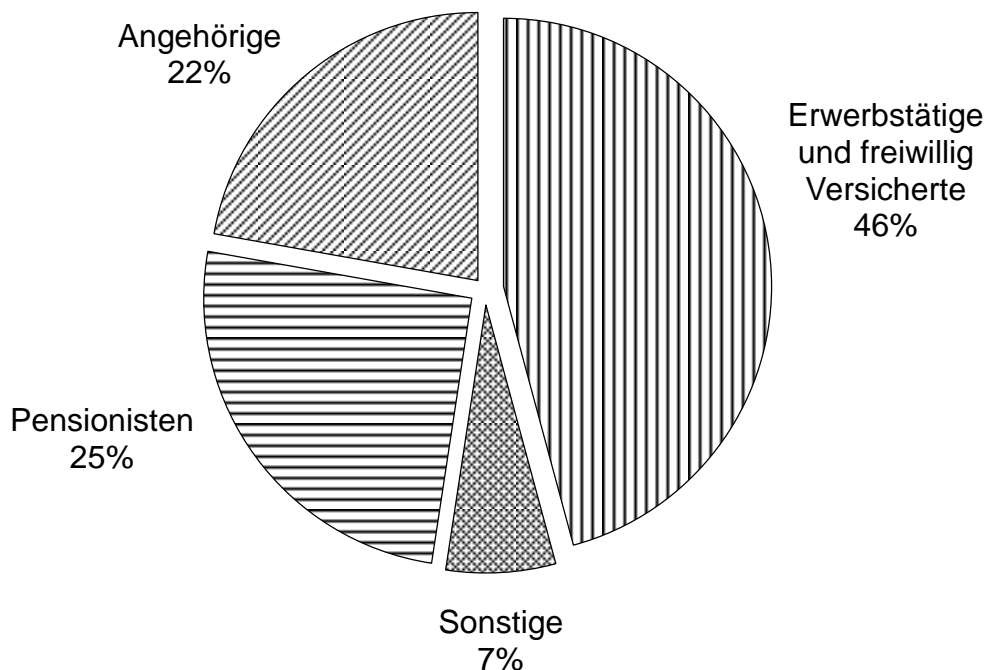
seit 1. September 2010 die BezieherInnen einer Leistung der bedarfsorientierten Mindestsicherung.

In der Krankenversicherung nach dem ASVG, dem GSVG und dem BSVG gibt es auch freiwillig Versicherte (Selbstversicherte nach dem ASVG, Weiterversicherte nach dem GSVG und BSVG).

Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige (Ehegatte, Kinder u.a.m.), und zwar ohne dass hierfür zusätzliche Beiträge zu zahlen sind. Die Angehörigeneigenschaft (sogenannte Mitversicherung) setzt voraus, dass die betreffenden Personen nicht selbst krankenversichert sind. Seit 1. Jänner 2001 ist jedoch für bestimmte erwachsene mitversicherte Angehörige (Ehegatten, Lebensgefährten, haushaltsführende Angehörige), die keine Kinder haben oder auch keine Betreuungspflichten ausüben, die Mitversicherung beitragspflichtig und ein Zusatzbeitrag zur Krankenversicherung vorgesehen. Die Bestimmungen betreffend den Ehegatten sind sinngemäß auch auf eingetragene Partnerschaften anzuwenden.

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es noch Krankenfürsorgeanstalten, die aufgrund eines Dienstverhältnisses zu bestimmten öffentlich-rechtlichen Dienstgebern Krankenschutz gewähren.

**Geschützte Personen mit Wohnsitz Österreich
in der sozialen Krankenversicherung im Jahre 2017**
8,8 Millionen Personen bzw. 99,9 % der Bevölkerung



Anspruchsberechtigte Personen nach Versicherungsträgern

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anspruchsberechtigten Personen nach Krankenversicherungsträgern. Da die gesetzliche Krankenversicherung Mehrfachversicherungen zulässt, wird eine Person, die bei mehreren Krankenversicherungsträgern anspruchsberechtigt ist, auch bei jedem dieser Versicherungsträger einmal gezählt. Die Summe über alle Versicherungsträger ist daher höher als die ausgewiesene Personenzahl.

Anspruchsberechtigte Personen in der Krankenversicherung Jahresdurchschnitt 2017

Bezeichnung	alle Anspruchsberechtigten	davon	
		Beitragsleistende	Angehörige
Personen ¹⁾ insgesamt	8.677.278	6.718.126	1.959.152
Summe Versicherungsträger ²⁾	9.409.569	6.953.976	2.455.593
GKK Wien	1.709.053	1.263.979	445.074
GKK Niederösterreich	1.221.300	910.019	311.281
GKK Burgenland	211.640	162.876	48.764
GKK Oberösterreich	1.241.986	928.497	313.489
GKK Steiermark	960.045	730.191	229.854
GKK Kärnten	435.519	330.595	104.924
GKK Salzburg	464.159	351.422	112.737
GKK Tirol	591.175	448.648	142.527
GKK Vorarlberg	326.727	242.802	83.925
BKK Verkehrsbetriebe	19.445	14.081	5.364
BKK Mondi	2.575	1.730	845
BKK VABS	13.116	9.511	3.605
BKK Zeltweg	4.045	2.806	1.239
BKK Kapfenberg	9.905	7.405	2.500
VAEB	219.383	163.958	55.425
VA öffentl. Bediensteter	814.725	566.996	247.729
SVA der gew. Wirtschaft	811.991	559.964	252.027
SVA der Bauern	352.780	258.496	94.284

¹⁾ Jede Person wird nur einmal gezählt.

²⁾ Personen, die bei mehreren Versicherungsträgern anspruchsberechtigt sind, werden bei jedem Versicherungsträger einmal gezählt.

Quelle: Anspruchsberechtigendatenbanken des Hauptverbandes.

Beschäftigte

Datengrundlage für die Beschäftigtenstatistiken sind ab Jänner 2008 die Datenbanken des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Als Beschäftigte gelten alle in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei den Krankenfürsorgeanstalten versicherten Personen, deren Beschäftigungsverhältnis aufrecht ist, zuzüglich Beschäftigte mit freiem Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG. KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und Präsenz(Zivil)dienstleistende mit aufrechtem Beschäftigungsverhältnis sind mitgezählt. Geringfügig Beschäftigte werden nicht erfasst.

Der durchschnittliche Beschäftigtenstand betrug im Berichtsjahr 3,655.302 (1,949.708 Männer und 1,705.594 Frauen) und war damit um 68.424 Personen höher als im Durchschnitt des Jahres 2016.

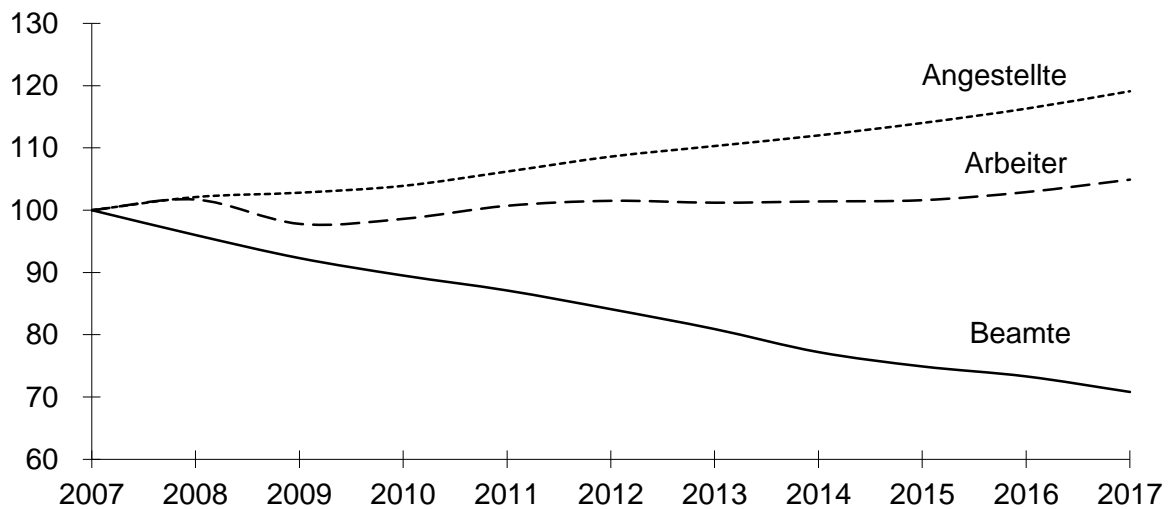
Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Vergleich zum Vorjahresmonat zeigt die nachfolgende Tabelle.

Zahl der Beschäftigten im Jahre 2017

Ende des Monats	Zahl der Beschäftigten	Differenz gegenüber dem Vorjahresmonat
Jänner	3.546.407	+ 58.559
Februar	3.576.083	+ 60.090
März	3.615.866	+ 59.608
April	3.605.109	+ 61.718
Mai	3.647.547	+ 66.943
Juni	3.684.040	+ 67.093
Juli	3.740.137	+ 79.709
August	3.724.870	+ 68.292
September	3.705.302	+ 61.483
Oktober	3.689.280	+ 78.196
November	3.682.710	+ 78.476
Dezember	3.646.208	+ 80.932

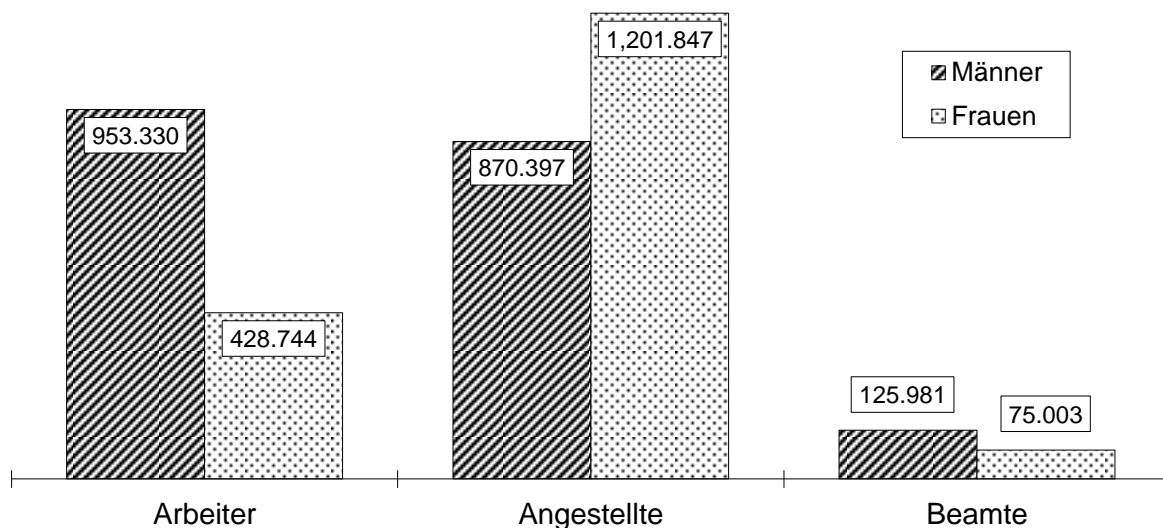
Gezählt werden Beschäftigungsverhältnisse und nicht beschäftigte Personen. Demnach scheint eine Person, die zwei versicherungspflichtige Beschäftigungen ausübt, auch zweimal in der Arbeitsmarkt-Statistik auf. Zum Stichtag 1. Juli 2017 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2 % höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei den Männern war sie um 0,9 % höher und bei den Frauen um 1,4 %.

**Entwicklung des Beschäftigtenstandes
Messzahlen 2007 = 100**



Vom durchschnittlichen Beschäftigtenstand des Jahres 2017 entfielen auf Arbeiter 1,382.074, auf Angestellte 2,072.244 und auf Beamte 200.984. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Erhöhung der Zahl der Arbeiter um 27.145 und der Angestellten um 48.124 aber eine Verringerung bei der Zahl der Beamten um 6.845.

**Arbeiter, Angestellte und Beamte nach dem Geschlecht
Jahresdurchschnitt 2017**



Eine Trennung nach dem Geschlecht zeigt, dass im Jahresdurchschnitt 2017 1,949.708 Männer und 1,705.594 Frauen beschäftigt waren; gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der männlichen Beschäftigten um 40.682 und die der weiblichen Beschäftigten um 27.742.

Der Anteil der Frauen am Beschäftigtenstand entwickelte sich wie folgt:

1948.....	32,7 %
1958.....	35,2 %
1968.....	36,8 %
1978.....	39,7 %
1988.....	41,1 %
1998.....	43,3 %
2008.....	46,2 %
2017.....	46,7 %

Im Berichtsjahr erhöhte sich gegenüber 2016 die Beschäftigtenzahl in allen Bundesländern: Den absolut größten Zugang hatte Wien mit 15.472 Beschäftigten, den relativ größten Zugang hatte die Steiermark mit 2,4 %.

Über die Entwicklung des Beschäftigtenstandes in den einzelnen Bundesländern informiert folgende Tabelle:

Beschäftigte nach Bundesländern

Gebiet	Jahresdurchschnitt 2017	Differenz gegenüber	
		2016	2015
Österreich	3.655.302	+ 68.424	+ 120.432
Burgenland	102.723	+ 1.795	+ 2.924
Kärnten	210.355	+ 2.873	+ 5.089
Niederösterreich	607.214	+ 10.252	+ 19.095
Oberösterreich	650.118	+ 11.328	+ 20.990
Salzburg	254.366	+ 4.208	+ 7.413
Steiermark	508.479	+ 11.895	+ 18.797
Tirol	330.764	+ 7.504	+ 13.266
Vorarlberg	162.343	+ 3.097	+ 5.837
Wien	828.940	+ 15.472	+ 27.021

Einen Überblick über die Zahl der Beschäftigten in den einzelnen Wirtschaftsklassen gibt die nachfolgende Tabelle. Aus Vergleichsgründen wird auch die Entwicklung gegenüber dem Vorjahr angeführt. Ein Vergleich mit den Jahren vor 2008 ist nicht möglich, da mit Beginn des Jahres 2008 die Einreihung der Betriebe in die Wirtschaftsklassen nach der Wirtschaftstätigkeitenklassifikation „ÖNACE-2008“ erfolgte.

**Wirtschaftsklassen-Statistik
Jahresdurchschnitt 2017**

Wirtschaftsklasse	Zahl der Beschäftigten			Differenz zum Vorjahr M+F
	M + F	Männer	Frauen	
Insgesamt	3.655.302	1.949.708	1.705.594	+ 68.424
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	23.605	15.105	8.500	+ 390
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	5.842	5.074	768	+ 251
Verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren	600.521	450.565	149.956	+ 18.881
Energieversorgung	25.782	21.210	4.572	- 1.015
Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	16.288	12.833	3.455	+ 691
Baugewerbe / Bau	252.907	221.735	31.172	+ 4.319
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	540.271	245.323	294.948	+ 1.972
Verkehr und Lagerei	193.596	153.825	39.771	+ 4.785
Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie	210.261	91.412	118.849	+ 2.117
Information und Kommunikation	92.350	61.795	30.555	+ 3.487
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	113.366	56.293	57.073	- 2.413
Grundstücks- und Wohnungswesen	41.351	17.183	24.168	+ 349
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	171.388	80.435	90.953	+ 4.219
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	215.668	124.413	91.255	+ 17.196
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	567.613	226.359	341.254	+ 8.978
Erziehung und Unterricht	107.601	44.939	62.662	+ 3.322
Gesundheits- und Sozialwesen	264.160	63.831	200.329	+ 7.315
Kunst, Unterhaltung und Erholung	37.314	20.182	17.132	+ 770
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	88.537	28.029	60.508	- 4.371
Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	2.880	478	2.402	- 511
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	759	336	423	- 9
Wirtschaftsklasse unbekannt	1.031	580	451	- 70
Präsenzdiener	4.954	4.915	39	- 562
KBG(KRG)-Bezieher	77.257	2.858	74.399	- 1.667

Ärzte, Zahnärzte und Dentisten

Vertragsärzte

Zum 31. Dezember 2017 waren in Österreich laut Standesmeldung der Österreichischen Ärztekammer insgesamt 45.596 Ärzte gemeldet (ohne Zahnbehandler, siehe dazu Kapitel Vertragszahnbehandler); davon waren 2.477 als Wohnsitzärzte tätig und 24.938 Ärzte ausschließlich angestellt, von denen sich 7.633 in Ausbildung befanden. In der freien Praxis waren 18.181 Ärzte tätig.

Grundsätzliches zur Honorarpolitik

Die Verhandlungen der Krankenversicherungsträger und des Hauptverbandes mit den Ärztekammern berücksichtigten auch 2017, wie schon in den Jahren zuvor, den Grundsatz einer an den Einnahmen orientierten Ausgabenpolitik. Ziel wird es auch weiterhin sein, Honorarabschlüsse nach diesem Grundsatz mit den Ärztekammern zu vereinbaren. Dies bedeutet, dass Tarifsteigerungen unter Berücksichtigung der Frequenzsteigerung nicht über der Beitragseinnahmensteigerung liegen sollten. Ferner sind die Finanzziele für den Bereich der vertragsärztlichen Hilfe und die Ausgabenobergrenze von Relevanz.

Zur Evaluierung der wesentlichen Zahlen und Ziele wurde gemeinsam mit den Versicherungsträgern eine Vertragspartneranalyse aufgebaut, die im Hauptverband organisatorisch betreut wird. Im Rahmen der Vertragspartneranalyse sind auch die Entwicklungen der Folgekosten zu beobachten, um den Anforderungen einer an den Einnahmen orientierten Ausgabenpolitik gerecht zu werden.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung ist es dem Hauptverband gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern gelungen, Maßnahmen zur Qualitätssteigerung in den Gesamtverträgen zu implementieren. Zur Struktur- und Servicequalität wurden Regelungen erreicht, insbesondere zum barrierefreien Zugang in die Arztpraxen und zu patientenfreundlichen Ordinationsöffnungszeiten.

Unabhängig davon, dass der Gesetzgeber der Ärztekammer die Definition fachspezifischer Qualitätsstandards übertragen hat, wird das Thema Qualität auch in Zukunft durch die Sozialversicherung konsequent weiterverfolgt werden. Durch eine Änderung des Ärztegesetzes ist nunmehr die Sozialversicherung in das Thema Qualitätssicherung ärztlicher Ordinationen stärker eingebunden.

Tarifänderungen

Wiener § 2-Kassen

Die zuletzt abgeschlossene Honorarregelung hatte eine Laufzeit bis 31. März 2015. Die nächste Erhöhung der Tarife konnte daher frühestens per 1. April 2015 erfolgen. Davon ausgenommen waren die Fachgruppen Labormedizin und Physikalische Medizin, deren Honorarlaufzeit bis 31. Dezember 2015 bzw. bis 31. Dezember 2017 vereinbart wurde.

Die aktuelle Vereinbarung regelt die Honorierung für die einzelnen Fachgruppen bis zum 31. Dezember 2017.

Die Tarife der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin und Vertragsgruppenpraxen für Allgemeinmedizin wurden per 1. Oktober 2015 um 5,5 %, mit 1. Oktober 2016 um weitere 3,0 % und wurden mit 1. Juli 2017 noch einmal um 2,0 % angehoben.

Die Tarife der Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Neurologie und Psychiatrie werden zum 1. Oktober 2015 in Folge zum 1. Oktober 2016 und zum 1. Juli 2017 jeweils um 3,5 % (davon 5,0 % für die FG Psychiatrie und 3,0 % für die FG Neurologie) angehoben.

Die Tarife für die FG Kinderheilkunde sowie FG Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurden per 1. Oktober 2015 um 1,0 %, zum 1. Oktober 2016 um 3,0 % und zum 1. Juli 2017 um 2,0 % angehoben.

Die Tarife der übrigen allgemeinen Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen (ausgenommen Vertragsfachärzte und Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allg. Rehabilitation, für medizinische und chemische Labordiagnostik, für Pathologie und für Radiologie) wurden zum 1. Oktober 2015 um 0,3 %, zum 1. Oktober 2016 um 1,5 % und zum 1. Juli 2017 um 2,0 % angehoben.

Ergänzend zu diesen Tarifierhöhungen wurden Einmalbeträge für das Jahr 2015 von € 4.500.000,00 und für das Jahr 2016 von € 2.400.000,-- für die Dotierung des Strukturförderungsfonds festgelegt.

Ebenso wurde zur zusätzlichen Abdeckung der Leistungen des Ärztekundendienstes per 1. November 2015 eine Einmalzahlung in der Höhe von € 140.000,00 vereinbart.

Die Honorarregelung für die Vertragsfachärzte und Vertragsfachgruppenpraxen für medizinische Labordiagnostik und für Mikrobiologie, die eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2015 hatte, wurde mit der neuen Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2017 verlängert.

Dabei beträgt die maximale Honorarsumme für das Jahr 2016 € 53.000.000,-- und € 53.700.000,-- für das Jahr 2017. Überschreitungen

dieser Honorarsummen im Ausmaß von 5,66 % im Jahr 2016 und 5,21 % im Jahr 2017 gehen zu Lasten der Fachgruppe. Ab einer Honorarsumme von € 56.000.000,-- im Jahr 2016 und von € 56.500.000,-- im Jahr 2017 erfolgt die Honorierung der Leistungen mit einem Abschlag von 37,5 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

Mit Wirkung vom 1. Jänner 2016 wurde zudem eine dauerhafte Tarifsenkung um 4 % und eine Verringerung der Standorte/Vertragsfachärzte im Bereich Labormedizin (exkl. Hygiene und Mikrobiologie) bis 31. Dezember 2020 um zumindest ein Drittel vereinbart.

Für den Fachbereich Pathologie wurden die Tarife per 1. Oktober 2015 um 1,3 %, zum 1. Oktober 2016 um 1,5 % und werden zum 1. Juli 2017 um 2,0 % angehoben.

Die Vereinbarung für den Bereich der Fachgruppe Radiologie gilt für den Zeitraum vom 1. April 2015 bis zum 31. Dezember 2017 und sieht eine Tarifierhöhung von 1,5 % ab 1. Oktober 2016 und von 2,0 % ab 1. Juli 2017 vor.

Die Abgeltung der von den Vertragsfachärzten bzw. Vertragsfacharztgruppenpraxen für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation in den Jahren 2014 bis 2017 jeweils insgesamt erbrachten Leistungen erfolgt mittels einer garantierten maximalen Jahreshonorarsumme.

Für die Jahre 2014 bis 2017 wurden folgende maximale Jahreshonorarsummen vereinbart:

- 2014 € 10.850.000,00 + 2,36 % gegenüber 2013
- 2015 € 11.050.000,00 + 1,84 % gegenüber 2014
- 2016 € 11.250.000,00 + 1,81 % gegenüber 2015
- 2017 € 11.450.000,00 + 1,78 % gegenüber 2016

Über alle Fachgruppen ergab sich nach Angaben der Wiener Gebietskrankenkasse eine Gesamtaufwandsteigerung für das Jahr 2016 von 5,21 % und wird diese für das Jahr 2017 mit 3,53 % geschätzt.

Niederösterreichische § 2-Kassen

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse verhandelt traditionellerweise die Honorarregelung der Ärzte für ein Kalenderjahr jeweils im Nachhinein nach Vorliegen der endgültigen Abrechnungsergebnisse.

Der Tarifierhöhungsfaktor laut Zusatzvereinbarung über die Wertsicherung betrug für das Jahr 2016 1,73 %; bei Nichteinigung über eine Honorarerhöhung wären alle Tarife, Globalsummen etc. um diesen Prozentsatz angehoben worden. Dem stand eine Forderung der Ärztekammer für Niederösterreich von 2,21 % gegenüber.

Als Ergebnis aus den Verhandlungen wurde eine Einigung über eine tarifwirksame Erhöhung für das Jahr 2016 in Höhe von 1,8 % vereinbart, wobei das auf die Laborpositionen und das EKG entfallende Volumen aufwandsneutral innerhalb der betreffenden Fachgruppen auf die Grundvergütung umverteilt wird. Ausgenommen von der Erhöhung sind auch Mammographieleistungen, für die gilt, dass das darauf entfallende Volumen aufwandsneutral linear auf die sonstigen Leistungen der Fachgruppe Radiologie verteilt wird. Zur Leistung „intraarticuläre Injektion in große Gelenke“ wurde festgelegt, dass zwar im Rahmen des Honorarabschlusses 2016 eine Tarifierung erfolgt, die betreffende Leistungsposition jedoch im Zuge der Honorarabschlüsse 2017 und 2018 nicht angehoben werden wird, aber eine Umverteilung des für die Anhebung vorgesehenen Volumens vorgenommen werden wird.

Die sich aus dieser Vereinbarung ergebende Gesamtausgabensteigerung beträgt 4,07 %.

Burgenländische § 2-Kassen

Mit der Ärztekammer für Burgenland wurden durch die Zusatzvereinbarung 2015/2016/2017 die Eckpunkte eines Honorarabschlusses für 3 Jahre vereinbart.

Die jährliche Nettoerhöhung beträgt jeweils 2,5 % exklusive Labor auf Basis der Honorarsumme 2013. Des Weiteren wurde ein optionaler Strukturtopf, eine Absenkung der Labortarife, eine Flexibilisierung der Zusammenarbeitsformen, die Weiterführung der Heilmittelvereinbarung sowie die Einführung eines modernen Psychatriekatalogs vereinbart.

Das Zusatzprotokoll 2016 beinhaltet die Honorarregelung für das Jahr 2016 sowie die Heilmittelvereinbarung 2016.

Durch die 2. Zusatzvereinbarung zum Gruppenpraxen-Gesamtvertrag werden die Gesellschaftsform GmbH ermöglicht, die bisherige Altersgrenze für Gesellschafter von 65 Jahren auf 70 Jahre ausgedehnt und die verpflichtenden Ordinationszeiten erweitert.

Unter Einbeziehung der Frequenzentwicklung ergibt sich eine Gesamtausgabensteigerung von 2,89 % für das Jahr 2015, von 2,60 % für das Jahr 2016 und prognostiziert mit 0,61 % für das Jahr 2017.

Oberösterreichische § 2-Kassen

Wie bei der Niederösterreichischen so erfolgt auch bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse die Verhandlung über die Honorarerhöhung im Nachhinein. Somit kann bei den Verhandlungen auch die Frequenzentwicklung Berücksichtigung finden.

Für das Jahr 2016 wurde vereinbart eine Erhöhung der Honorarsumme von 4,84 % des Basisbetrages 2015 vorzunehmen, die sich in eine Tarifvalorisierung im Ausmaß von 2,5 % und eine Frequenzsteigerung von 2,34 % (= Frequenzlatte) gliedert. Über- und Unterschreitungen dieser Frequenzlatte werden für das Kalenderjahr 2016 einmalig und ab dem Kalenderjahr 2017 tarifwirksam ausgeglichen. Da diese Erhöhung um ca. 0,74 % über den Beitragseinnahmen für 2016 liegt, wird das Delta in den Jahren 2017 bis 2019 wieder ausgeglichen.

Neben dieser Anpassung wurden auch diverse Strukturmaßnahmen und Pilotprojekte vereinbart.

Steiermärkische § 2-Kassen

Die letzte Zusatzvereinbarung regelt die Honorarerhöhung ab 1. Jänner 2016, die Präzisierung des Ökonomiegebotes ab 1. Jänner 2017, den Stellenplan in der Fassung vom 1. Jänner 2017 sowie die verpflichtende Verwendung des Öko-Tools ab 1. Juli 2017.

Für die Kasse käme bei Nichteinigung für 2016 hinsichtlich der Nettoerhöhung der Honorarautomatikkfaktor in Höhe von 2,21 % zum Tragen. Durch den vorliegenden Honorarabschluss ergibt sich ein Nettomehraufwand von 3,05 %. Inklusive der Frequenzentwicklung gibt die Kasse einen Bruttomehraufwand für das Jahr 2016 von 3,36 % bekannt.

Kärntner § 2-Kassen

Der Budgetrahmen für Nettoerhöhungen für das Jahr 2017 beträgt € 2.586.945,--. Die zur Verfügung stehenden Mittel werden einerseits mit 0,7 % für lineare Erhöhung (€ 645.400,--) und andererseits mit 1,86 % für strukturverbessernde Maßnahmen (€ 1.941.545,--) verwendet.

In der Nettoerhöhung sind auch Mittel von Seiten der Ärztekammer/Ärzeschaft in Gesamthöhe von € 350.000,-- inkludiert. € 200.000,-- sind als Anschubfinanzierung für den Leistungskatalog Wundversorgung gewidmet. € 150.000,-- resultieren aus den für das Jahr 2016 vereinbarten, jedoch den Vertragsärzten nicht ausgezahlten, Strukturmitteln.

Insgesamt beträgt die Nettoerhöhung im Jahr 2017 somit 2,56 %.

Die Frequenzsteigerung für das Jahr 2017 wird von der Kasse mit 0,2 % prognostiziert, womit sich eine Bruttoerhöhung von 2,76 % ergibt.

Salzburger § 2-Kassen

Die vorliegende gesamtvertragliche Regelung beinhaltet neben der Honorarregelung für 2016 bis 2018, die Überführung des Disease-Management-Programms Diabetes Mellitus Typ 2 in die kurative Honorarordnung, qualitative Schärfungen der Bestimmungen zu Darmspiegelun-

gen und Polypektomien sowie die Aufnahme neuer Leistungen aufgrund der „Versorgungsaufträge“.

Des Weiteren wurde die Medikamentenvereinbarung bis zum 31. Dezember 2018 verlängert sowie der allgemeine Gruppenpraxengesamtvertrag und der Gruppenpraxengesamtvertrag für technische Fächer neu gefasst. Zu den Gruppenpraxenverträgen ist anzumerken, dass diese neben neuen Ab-/Zuschlags-Regelungen auch mögliche Wirtschaftlichkeitspotentiale (Synergieeffekte) berücksichtigen.

Für die Jahre 2017 und 2018 wird auf der Basis der langjährigen Frequenzzunahmen und der Annahme einer teilweisen Besetzung der neuen Stellen mit einer Gesamtsteigerung von 3,80 % bzw. 3,10 % gerechnet.

Tiroler § 2-Kassen

Durch die aktuelle Vereinbarung für den Zeitraum vom 1. Jänner 2016 bis zum 31. Dezember 2018 erfolgt eine Valorisierung aller Punktwerte (ausgenommen jener für Fachlabore), Pauschalen und Tarife (ausgenommen Röntgenunkosten und Sonografien) ab 1. Jänner 2016 um 1,70 %, ab dem 1. Jänner 2017 um 1,50 % und ab 1. Jänner 2018 um weitere 1,50 %. Die Valorisierung der Tarife für Röntgenunkosten und Sonographie erfolgt zum 1. Jänner 2018 mit 0,75 %. Die für 2015 festgelegte Deckelsumme in der Höhe von € 7.030.946,-- für medizinisch-diagnostische Fachlabore bleibt bis 31. Dezember 2018 unverändert. Gleichzeitig werden Punkttestafel und -werte für die Fachlabore um 21 % gesenkt.

Daneben wird zur Sicherstellung und Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum ein Strukturförderungsfonds eingerichtet, der für 2016 und 2017 mit je € 432.000,-- und für 2018 mit € 864.000,-- dotiert wird.

Die Nettosteigerungen betragen für 2016 2,77 %, für 2017 3,30 % und für 2018 2,90 %.

Der Bruttomehraufwand 2016 betrug 4,08 % und wird von der Kasse inklusive der prognostizierten Frequenz- und Fallzahlzunahme sowie der Aufwendungen für den Strukturförderungsfonds für das Jahr 2017 mit insgesamt 4,29 % und für das Jahr 2018 mit insgesamt 4,17 % geschätzt.

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Ab 1. Jänner 2012 wurde die Gesamtvergütung für ärztliche Hilfe von 22,4 % auf 22 % der Erträge an Krankenversicherungsbeiträgen, vermindert um die Erträge aus dem Zusatzbeitrag gemäß § 51b ASVG, verringert. Der in dieser Gesamtvergütung enthaltene Wert für die Vorsorgeuntersuchung wurde nämlich von 1,77 % auf 1,37 % vermindert.

Im Zuge des Honorarabschlusses für die Jahre 2016 und 2017 ist eine Valorisierung der Punktwerte, Röntgenunkosten, gesonderten Zuschläge und sonstigen Honorare um jeweils 1,5 % vorgesehen. Zusätzlich wird das Honorar für die Erstordination von Ärzten für Allgemeinmedizin ab 1. Oktober 2016 um einen Punkt und ab 1. Jänner 2017 um einen weiteren Punkt erhöht. Ziel ist mittelfristig die Angleichung an die Erstordinationshonorare der Fachärzte.

Des Weiteren werden neue Leistungen in den Honorarkatalog aufgenommen und zur Verbesserung der kassenärztlichen Versorgung eine neue Kassenvertragsstelle geschaffen.

Die Tarifierhebung 2016 beträgt 1,67 %. Inklusive der zusätzlichen Leistungen, der neuen Planstelle und der Frequenzentwicklung ergibt sich ein Gesamtmehraufwand von 3,53 %. Für 2017 beträgt die Tarifierhebung 2,18 % und wird mit einem Gesamtmehraufwand von 5,08 % gerechnet.

Im Zuge des Honorarabschlusses für das Jahr 2018 ist eine Valorisierung der Punktwerte, Röntgenunkosten, gesonderten Zuschläge und sonstigen Honorare um 2,65 % ab 1. Jänner 2018 vorgesehen. Zusätzlich wird das Honorar für die Erstordination von Ärzten für Allgemeinmedizin ab 1. Jänner 2018 um einen Punkt und ab 1. Jänner 2019 um einen weiteren Punkt erhöht und so eine Angleichung an das Erstordinationshonorar der Fachärzte erreicht.

Darüber hinaus werden zur Sicherstellung der Erbringung im vertragsärztlichen Bereich die Honorare für gastroscopische Untersuchungen erhöht und die Honorare für kurative koloskopische Untersuchungen an jene für koloskopische Vorsorgeuntersuchungen angeglichen.

Im Rahmen der Honorarverhandlungen konnte auch eine Senkung des Laborpunktwerts von derzeit € 0,34 auf € 0,32 ab 1. Jänner 2018 und auf € 0,28 ab 1. Jänner 2019 vereinbart werden.

Mit dieser Vereinbarung steigt der Mehraufwand im Rahmen der Gesamtvergütung um 4,63 %.

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Durch das aktuelle Zusatzübereinkommen wurde mit der Österreichischen Ärztekammer Einvernehmen über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen für den Zeitraum von 1. April 2016 bis 31. Dezember 2018 erzielt.

Für den Zeitraum vom 1. April 2016 bis 31. Dezember 2016 unterbleibt eine allgemeine prozentuelle Tarifierhöhung. Mit Wirkung ab 1. Juli 2016

wurden ausschließlich strukturelle Maßnahmen (Bewertungsänderungen, neue Leistungen, inhaltliche Präzisierungen) umgesetzt.

Mit Wirkung ab 1. Juli 2017 werden die Tarife (ausgenommen sind Therapeutische Aussprache, Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch und Labor) um 2,20 % angehoben.

Mit gleicher Geltung wird ein eigener Honorarordnungsabschnitt für Leistungen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie geschaffen. Der Katalog entspricht inhaltlich im Wesentlichen dem im einschlägigen Arbeitskreis im Hauptverband erarbeiteten Vorschlag.

Mit 1. Jänner 2018 erfolgt eine weitere Tarifierhebung (ausgenommen sind Therapeutische Aussprache, Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch und Labor) um 1,57 %.

Durch die im Jahr 2016 ausschließlich vorgenommenen strukturellen Maßnahmen sowie die Einführung neuer Leistungen ergibt sich eine Nettoerhöhung von 0,46 %. Zuzüglich der Frequenzentwicklung von 1,71 % ergibt sich ein Bruttomehraufwand von 2,17 %.

Für das Jahr 2017 beträgt die Nettoerhöhung 2,42 %. Zuzüglich einer geschätzten Frequenzentwicklung von 1,70 % ergibt sich ein Bruttomehraufwand von 4,17 %.

Die Nettoerhöhung 2018 beträgt 0,98 %. Inklusive einer geschätzten Frequenzentwicklung von 1,70 % ergibt sich ein Bruttomehraufwand von 2,70 %.

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Die 9. Zusatzvereinbarung, welche für den Zeitraum 1. Mai 2015 bis 30. April 2019 gültig ist, hält fest, dass während der Vertragslaufzeit jährlich jeweils zum 1. Mai die allgemeinen Tarife und Punktwerte der Honorarordnung - ausgenommen jene für medizinisch-technische Laboratoriumsuntersuchungen, psychosomatisch orientierte Diagnose- und Behandlungsgespräche, Wegegebühren, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen, Röntgenunkosten sowie physikalische Behandlungen nach Abschnitt „C. Punkt 2.“ der Honorarordnung - um die Inflationsrate zuzüglich 0,30 %, maximal jedoch um 2,40 %, erhöht werden.

Da die tatsächliche Inflationsrate des jeweiligen Jahres erst im Nachhinein feststeht, sind die Erhöhungen vorab auf Basis der prognostizierten Inflationsrate durchzuführen und die Differenz zur tatsächlichen Inflationsrate ist im Nachhinein zu berücksichtigen.

Des Weiteren wurde eine Absenkung der Punktwerte für Laboruntersuchungen in Jahresschritten sowie die teilweise Umschichtung der Einsparungen auf andere Bereiche der Honorarordnung vereinbart.

Mit der 10. und 11. Zusatzvereinbarung wurden jeweils zum 1. Mai der Jahre 2016 und 2017 die Auswirkungen der obigen Vereinbarung präzisiert und die Anpassung an die tatsächliche Inflationsrate vorgenommen.

Auf Basis dieser Vereinbarungen ergab sich für die Kasse im Jahr 2016 ein Bruttomehraufwand von 1,90 %. Für das Jahr 2017 geht die Kasse von einem Bruttomehraufwand in der Höhe von 1,20 % aus.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Mit einem Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag und zum Gruppenpraxengesamtvertrag werden Vereinbarungen über die Honorierung ab 1. März 2016 mit einer Laufzeit bis Ende 2018 getroffen.

Zum 1. März 2016 wurden die Tarife im Durchschnitt um 5 % (auf ein Kalenderjahr berechnet) angehoben; einzelne Leistungsbereiche, wie z.B. Labor, sind davon ausgenommen. Die strukturellen Maßnahmen (neue Leistungen, Psychiaterpaket, Radiologiepaket etc.) werden umgesetzt. Dies bedeutet für 2016 eine Nettoerhöhung von 5,5 % (auf 10 Monate berechnet).

Für die Jahre 2017 und 2018 erfolgt jeweils ab 1. Jänner des Jahres eine durchschnittliche Tarifierhöhung um den um 0,3 % erhöhten Verbraucherpreisindex. Einzelne Leistungsbereiche, wie z.B. Labor sind davon ausgenommen.

Mit den Zusatzprotokollen zum Jahr 2017 und 2018 (Ärztegesamtvertrag und Gruppenpraxengesamtvertrag) werden die Umsetzung für diese Jahre im Detail geregelt.

Dabei werden die Tarife (ausgenommen Labor, VU, Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch, Therapeutische Aussprache und MKP) mit Wirkung ab 1. Jänner der Jahre 2017 und 2018 um den vorläufigen VPI der Vorjahre zuzüglich 0,30 %-Punkte angehoben.

Da der vorläufige VPI 2015 um 0,30 %-Punkte und der VPI 2016 um 0,10% höher war als der jeweils endgültige VPI, wird diese Abweichung 2017 bzw. 2018 berücksichtigt.

Im Jahr 2017 wurden, wie bereits 2016 vereinbart, ab 1. Juli 2017 zusätzlich 0,90 Mio. Euro in Änderungen der Honorarordnung bzw. Tarifvalorisierungen investiert.

Beginnend ab 1. Jänner 2017 werden die Labortarife neuerlich um 4 % gesenkt. Die daraus resultierende Einsparung im Ausmaß von 0,68 Mio. Euro wird fast zur Gänze in neue Leistungen investiert. Die Nettoerhöhung wird für das Jahr 2017 mit 1,23 % bekanntgegeben.

Für das Jahr 2018 wird die Nettoerhöhung mit 1,59 % vereinbart.

Die Gesamtaufwandsteigerungen aus den berichteten Vereinbarungen inklusive der Frequenzentwicklungen wird von der Anstalt für das Jahr 2016 mit 3,30 %, für das Jahr 2017 mit 3,23 % und für das Jahr 2018 mit 3,12 % angegeben.

Mutter-Kind-Pass

Die zum 31. März 1999 gültigen Tarife wurden nicht erhöht und sind bis dato unverändert gültig. Trotzdem hat sich das MKP-Untersuchungsprogramm weiterentwickelt.

Die letzte Regelung über das MKP-Untersuchungsprogramm mit der Österreichischen Ärztekammer wurde im Jahr 2001 geschlossen und betraf die Aufnahme einer zusätzlichen 8. Kindesuntersuchung im 5. Lebensjahr ab 1. Jänner 2002.

Mit der Novelle der MKP-Verordnung 2009 wurden eine zusätzliche (dritte) Ultraschalluntersuchung der Schwangeren zwischen der 8. und 12. Schwangerschaftswoche aufgenommen.

Die letzte Novellierung der MKP-Verordnung erfolgte im Jahr 2013. Wesentliche Änderung war die Aufnahme einer Hebammenberatung in das Untersuchungsprogramm für Schwangere ab 1. November 2013.

Mit dem Österreichischen Hebammengremium wurde eine Gesamtvertragliche Regelung getroffen, welche diese Änderung der MKP-Verordnung zum Inhalt hat.

Die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe ist an die nachweisliche Inanspruchnahme der ersten bis fünften Untersuchung der Schwangeren inklusive der Durchführung eines HIV-Tests und eines oralen Glukosetoleranztests sowie der ersten bis fünften Untersuchung des Kindes laut Mutter-Kind-Pass gebunden. Die Ultraschalluntersuchungen sowie die Hebammenberatung sind nicht Voraussetzung für die Weitergewährung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe.

Vorsorgeuntersuchung

Zur Reformierung der Vorsorgeuntersuchung wurden in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit der Österreichischen Ärztekammer Lö-

sungen hinsichtlich einer Modernisierung und Verbesserung des zu diesem Zeitpunkt geltenden Vertrages erarbeitet.

Im Frühjahr 2005 wurde dann der neue Gesamtvertrag mit der Österreichischen Ärztekammer unterzeichnet, mit dem die Vorsorgeuntersuchung nach den damals aktuellsten medizinischen Erkenntnissen umgesetzt und bis zum Jahresende 2005 bundesweit eingeführt wurde.

Unter dem Leitsatz „Länger leben bei guter Gesundheit“ steht mit der Vorsorgeuntersuchung-NEU das modernste flächendeckende Vorsorgeprogramm auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens zur Verfügung.

Im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, das allen in Österreich wohnhaften Personen ab 18 Jahren - das heißt auch allen Nicht-Versicherten - einmal jährlich kostenlos zur Verfügung steht, liegt das Hauptaugenmerk nicht mehr nur auf abstrakten Zahlen, sondern auf den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer. So wird beispielsweise für jeden Teilnehmer ein individuelles Risikoprofil hinsichtlich einer möglichen Herz-Kreislauf-Erkrankung erstellt.

Weitere Neuerungen betreffen die Koloskopie (für Personen über 50 Jahren alle 10 Jahre). Hinzu kommt eine gezielte Überprüfung des Seh- und Hörvermögens für ältere Menschen.

Ende 2016 wurde mit der Österreichischen Ärztekammer eine Weiterentwicklung und Neuerung des Vorsorgeuntersuchungsprogrammes vereinbart. Neben einer schrittweisen Tarifierhöhung in den Jahren 2016 bzw. 2017 und noch einmal im Jahr 2019, wenn gleichzeitig eBS bei den Ärzten durch eine gesamtvertragliche Vereinbarung flächendeckend Anwendung findet, ist weiters eine neues Befundblatt, mit dem auch ein Ausdruck für die Probanden erfolgt, vereinbart. Für das Jahr 2020 ist eine neue Vereinbarung mit einem überarbeiteten Untersuchungsprogramm in Aussicht genommen.

Zusatzprotokoll zum Mammographie-Screening

Basierend auf den durch die Bundesgesundheitskommission 2011 festgelegten Eckpunkten des „Nationalen Brustkrebs-Früherkennungs-Programms“ (diese Eckpunkte beziehen sich wiederum auf einschlägige europäische Standards) haben zwischen dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer 2011 und 2012 Verhandlungen zur Vertragsausgestaltung stattgefunden.

Mit Beschluss der Trägerkonferenz und Unterzeichnung im Juni 2012 wurde das neue Screening-Programm im 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag mit einer vorläufigen Befristung

auf 5 Jahre vertraglich geregelt. Der Programmstart erfolgte am 1. Jänner 2014.

Es konnten erstmals für das österreichische Gesundheitswesen einheitliche und auf einem hohen Level definierte Qualitätskriterien für einen wesentlichen Bereich in der Krankheitsfrüherkennung vereinbart werden:

- Chancengleichheit für alle Frauen der Zielgruppe:
 - Bevölkerungsbezug durch Abgleich mit Melderegisterdaten
 - Persönliches schriftliches Einladungsschreiben an Zielgruppe
- Niederschwelliger Zugang: e-card bzw. Einladungsschreiben gilt als Berechtigungsschein zur direkten Inanspruchnahme
- Zielgruppenorientiertes Vorgehen:
 - Definierte Altersgruppe: 45-69-jährige Frauen; 40-44-jährige Frauen und Frauen ab 70 können durch Selbsteinladung teilnehmen
 - Definiertes Untersuchungsintervall: 24 Monate
- Hoher Qualitätsanspruch:
 - Personenbezogener Qualifikationsnachweis (2.000 Mindestbefundungen, Fallsammlungsprüfung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der teilnehmenden Radiologen bzw. Radiologinnen)
 - Standortbezogener Qualifikationsnachweis (Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für nichtärztliche Mitarbeiter, 2.000 Mindestbefundungen am Standort, technische Qualitätssicherung)
 - Hoher Standard bei technischer Ausstattung durch Verwendung ausschließlich digitaler Geräte
- Strukturierter Untersuchungsablauf:
 - Zusätzlicher Ultraschall bei dichtem Brustgewebe und suspektem Befund
 - 100 % unabhängige Doppelbefundung durch zwei Radiologen
 - Bei divergierenden Befunden Konsensbefundung durch Erst- und Zweitbefunder
- Sichergestellte Qualitätssicherung:
 - quartalsweise Feedbackberichte an Radiologen
 - laufende wissenschaftliche Evaluierung

- Besonders zu bemerken ist, dass
 - sämtliche Qualitätskriterien auf alle Mammographien - egal ob Früherkennung oder kurativ - Anwendung finden
 - der Qualifikationsnachweis Voraussetzung für die Leistungserbringung ist
 - eine vollständige Dokumentation und Auswertung aller Mammographien stattfindet.

Vertragszahnbehandler

Zum 31. Dezember 2017 waren in Österreich insgesamt 5.009 Zahnbehandler, davon 3.886 freipraktizierend (ohne Wohnsitzzahnbehandler) gemeldet.

Vertragliche Honorar- und Tarifänderungen

Für die einzelnen Bereiche wurden folgende vertragliche Honorar- und Tarifänderungen vorgenommen:

Krankenversicherung der Unselbständigen (§2-Kassen, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau) und Sozialversicherungsanstalt der Bauern

Die zwischen der Österreichischen Zahnärztekammer, vormals Österreichische Ärztekammer, Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, dann Bundeskurie Zahnärzte bzw. der Österreichischen Dentistenkammer und dem Hauptverband geschlossenen Verträge sehen vor, die Honorarsätze der Vertragszahnbehandler zu Jahresbeginn um jenen Prozentsatz anzuheben, der im gewogenen Durchschnitt allen übrigen Vertragsärzten der §2-Kassen (mit Ausnahme von Vorarlberg) - unter Außerachtlassung der Laborfachärzte und Radiologen - im Vorjahr zugekommen ist. Der Steigerungsfaktor wurde für 2017 mit 1,31 % und für 2018 mit 1,87 % errechnet.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

1999 kamen die Vertragsparteien, das waren die Österreichische Ärztekammer, Bundeskurie Zahnärzte, die Österreichische Dentistenkammer und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, überein, dass die automatische Valorisierungsregelung ab 1999 außer Kraft gesetzt wird. Seither war es Praxis die Tarife nur um den halben Prozentsatz jener Steigerung zu erhöhen, der für die Tarifsteigerung in der unselbständigen Krankenversicherung und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zur Anwendung kam. Ziel war es dabei, die Tarife sukzessive an das Niveau der übrigen Krankenversicherungsträger heranzubringen.

Diesem Ziel folgend werden ab 2016 in jedem Jahr jene Tarife auf dem auf dem jeweiligen Stand eingefroren, die höher als die Tarife der anderen Krankenversicherungsträger sind. Jene Tarife die 2016 bzw. 2017 unter dem Niveau der Tarife für die Träger der unselbständigen Krankenversicherung und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern liegen oder diesen Tarifen exakt entsprechen, werden 2017 bzw. 2018 in derselben Höhe festgesetzt, die für die sonstigen Krankenversicherungsträger gelten.

Betrag der Unterschied im Tarifniveau zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und den Krankenversicherungsträgern der Unselbständigen und der Bauern im Jahr 2017 noch 1,02 %, so konnten dieses Tarifniveau mit der für 2018 geltenden Vereinbarung bis auf 0,48 % herangeführt werden.

Klinische Psychologen und Psychotherapeuten

Klinische Psychologen

Mit 1. Jänner 1995 trat ein mit dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) vereinbarter Gesamtvertrag in Kraft; somit kann die klinisch-psychologische Diagnostik als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

Mit diesem Vertrag hat die Sozialversicherung jedenfalls einen weiteren Schritt zur Modernisierung der Vertragspartnerstrukturen gesetzt.

Klinisch psychologische Diagnostik ist keine Behandlungsmethode, sondern dient dazu, den psychischen Anteil an Beschwerden festzustellen. Die Leistung besteht darin, durch Tests und Gespräche festzustellen, welche Maßnahme zur Behandlung der individuellen Erkrankung eines Patienten am geeignetsten ist. Die Diagnostik ist somit ein wertvolles - oft unverzichtbares - Hilfsinstrument für den behandelnden Arzt und den Psychotherapeuten.

Zu der im Jahr 2007 versuchsweise eingeführten neuen Leistung „Befundbesprechung in besonderen Fällen“ wurde im Rahmen der Evaluierung festgestellt, dass diese Position von den Patienten und von den Leistungserbringern gut angenommen wird. Es zeigt sich, dass mit dieser Leistung die Folgekosten (Arzneimittel und ärztliche Leistungen) verringert werden konnten. Diese Leistung wird weiter bis Ende 2018 befristet im Honorarkatalog berücksichtigt. Das Verrechnungslimit zu dieser Position beträgt 50 % der Fälle.

Ab 1. Oktober 2014 wurden die Tarife erhöht und auch eine neue Tarifposition bezüglich eines vermehrten Zeitaufwandes in begründeten Fäl-

len in den Leistungskatalog aufgenommen. Des Weiteren sind über den berufsgesetzlichen Rahmen hinausgehende Qualitätsmaßnahmen vereinbart worden. Diese beziehen sich auf spezifische Fortbildungspflichten in der Diagnostik und das „zeitliche Vorziehen“ der im Psychologengesetz 2013 vorgesehenen Verpflichtung zum Abschluss einer Haftpflichtversicherung (bis 31. Dezember 2014 anstatt bis 31. Dezember 2015).

Eine neuerliche Tarifierung für die Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik erfolgte mit 1. Jänner 2016 um 1,85 % sowie zum 1. Jänner 2017 um 1,82%

Die Vertragspsychologen verpflichten sich außerdem, das e-card-System inklusive aller für die Berufsgruppe relevanter Anwendungen spätestens ab Ende 2018 verbindlich zu verwenden.

Psychotherapeuten

Am 2. September 1999 konnte zwischen den Verhandlungsteams des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie und der Sozialversicherung ein Ergebnis erzielt werden. Über das lange umstrittene, für die Sozialversicherung zentrale Thema der Krankenbehandlungserfahrung des Psychotherapeuten als Vertragsvoraussetzung sowie über eine vertragliche Absicherung des ökonomischen Einsatzes der Psychotherapiemethoden konnte ein Konsens gefunden werden.

Die Berufsbefugnis des Psychotherapeuten, die im § 1 Psychotherapiegesetz definiert ist, ist sehr weit. Sie reicht von der Beratung über die Berufsförderung bis zur Krankenbehandlung. Leistungsauftrag der Sozialversicherung ist es, die psychotherapeutische Behandlung für Personen sicherzustellen, die an einer Krankheit im Sinne der Sozialversicherungsgesetze leiden. Es kann daher nach der Einigung nur jener berufsberechtigte Psychotherapeut auf Kassenkosten tätig werden, der eingehende Kenntnisse und Fähigkeit in der Behandlung und Diagnostik von Krankheiten erworben hat. Der Gesamtvertrag sieht dazu drei Varianten vor, wie diese Kenntnisse nachgewiesen werden können.

Die Bundeskonferenz des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) hat am 12. Februar 2000 dem Gesamtvertragstext zugestimmt. Anlässlich der Annahme des Gesamtvertrages wurde eine Resolution beschlossen, welche die speziell für die Sozialversicherung relevante Thematik der eingehenden Erfahrung des Therapeuten in der Krankenbehandlung in Frage stellt. Die Resolution bringt zum Ausdruck, dass der ÖBVP davon ausgeht, dass der Erfahrungsnachweis in der Krankenbehandlung aus rechtlichen und fachlichen Gründen nicht gilt. Der Abschluss des Gesamtvertrages fand in der Verbandskonferenz am 25. April

2000 nicht die notwendige Mehrheit. Grund war insbesondere auch die obige Resolution.

Mangels eines Gesamtvertrages mit der Interessensvertretung der Psychotherapeuten wird bei Inanspruchnahme eines freiberuflichen Psychotherapeuten derzeit ein Kostenzuschuss gewährt.

Nach Ablehnung des Gesamtvertragsabschlusses hat die damalige Verbandskonferenz beschlossen, dass die Krankenversicherungsträger unverzüglich Schritte hinsichtlich einer flächendeckenden Versorgung setzen bzw. die bestehenden Strukturen erweitern sollen. Diesbezügliche Verträge zur Versorgungsverbesserung konnten in den Bundesländern abgeschlossen werden. Die Krankenversicherungsträger bemühen sich weiter, die Versorgung durch Abschluss neuer Verträge und Verlängerung bereits bestehender Verträge sicherzustellen bzw. vorhandene Strukturen weiter auszubauen.

Die in den Bundesländern durch Abschlüsse mit Institutionen (Land, Vereinen etc.) bereits bestehende Sachleistungsstruktur, die es Patienten ermöglicht, Psychotherapie im Rahmen einer Krankenbehandlung in Anspruch zu nehmen, wird gut angenommen.

Der Gesetzgeber hat den Hauptverband und den ÖBVP verpflichtet, gemeinsam ein Psychotherapiekonzept zu erarbeiten, welches auch eine Kosten-Nutzenanalyse zu enthalten hat. Da auch über die wesentlichen Inhalte dieses Konzeptes keine Einigung zwischen HV und ÖBVP erzielt werden konnte, wurde 2005 seitens der Sozialversicherung alleine ein Psychotherapiekonzept in Auftrag gegeben.

Hervorzuheben ist, dass das vom Hauptverband in Auftrag gegebene Psychotherapiekonzept des Instituts für höhere Studien (IHS) aus dem Jahr 2005 in einer ersten Vergleichsanalyse der 2004 existierenden Sachleistungsstrukturen (Vereinslösungen) mit dem Gesamtvertragsmodell folgendes feststellt:

„Nach Prüfung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungsmodelle sowie der Beleuchtung der ökonomischen Aspekte der Vertragsgestaltungen (Anreizwirkungen) und schlussendlich der Betrachtung der Versorgungsmodelle nach ihrer Leistungsfähigkeit, gemessen anhand von Patienten- und Patientinnenorientierung und Fairness (WHO-Kriterien 2000), steht fest, dass der Gesamtvertrag gegenüber den existierenden Sachleistungsversorgungen keine Verbesserung bringen würde.“

Im Jahr 2006 wurde von den Krankenversicherungsträgern begonnen, wesentliche Empfehlungen aus dem oben genannten Konzept umzusetzen. Dabei geht es vor allem um einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie und den qualitativen und quantitativen Ausbau als Sachleistung.

Insbesondere wurde auch das Angebot für spezielle Patientengruppen (Kinder- und Jugendliche) gefördert. Dieser Weg wurde auch 2016 fortgesetzt.

Die Österreichische Sozialversicherung hatte sich im Jahr 2010 das Ziel gesetzt, den Istzustand der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in Österreich zu erheben. Mit dieser Analyse wurde Neuland beschritten – erstmalig wurde versucht, einen weiten Bereich von Krankheiten quer über alle Versorgungsbereiche möglichst umfassend zu beleuchten.

Für das Jahr 2011 lautete in der Folge das Ziel auf der Basis der „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“, eine „Strategie Psychische Gesundheit“ zu entwickeln. Die Strategie wurde vom Verbandsvorstand in und von der Trägerkonferenz beschlossen.

In den Folgejahren wurde zielkonform an Konzepten und konkreten Umsetzungsplänen gearbeitet. Die im April 2015 veröffentlichte IHS-Studie „Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich“ analysiert die im letzten Jahrzehnt in den einzelnen Bundesländern etablierten Modelle der Sachleistungsversorgung und attestiert diesen eine weitgehend solide Basis.

Diverse herausgearbeitete Verbesserungspotentiale vor allem in den Bereichen Zugang/Erstkontakt, Qualität des Angebots sowie örtliche und zeitliche Verteilung geben den Krankenversicherungsträgern zukünftige Optimierungsmöglichkeiten.

Beginnend mit 2017, fußend auf dem Arbeitsprogramm 2017 der Bundesregierung, soll in den Jahren bis 2019 der Zugang zur psychotherapeutischen Leistungen ausgebaut werden; die Zahl der Patienten, die Leistungen in Anspruch nehmen, soll sich um 25% erhöhen.

Apotheken und Heilmittel

Zum Stichtag 1. Jänner 2017 versorgten 1.362 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2017 866 hausapothekenführende Ärzte die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission wurden im Jahr 2017 insgesamt 437 Anträge/Verfahren gemäß VO-EKO zur Empfehlung vorgelegt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit hat die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission der Generaldirektion die Aufnahme und Streichung von Arzneispezialitäten sowie die Änderung von Packungsgrößen bzw. von Verwendungen bei bereits im Erstattungskodex enthaltenen Arzneispezialitäten empfohlen.

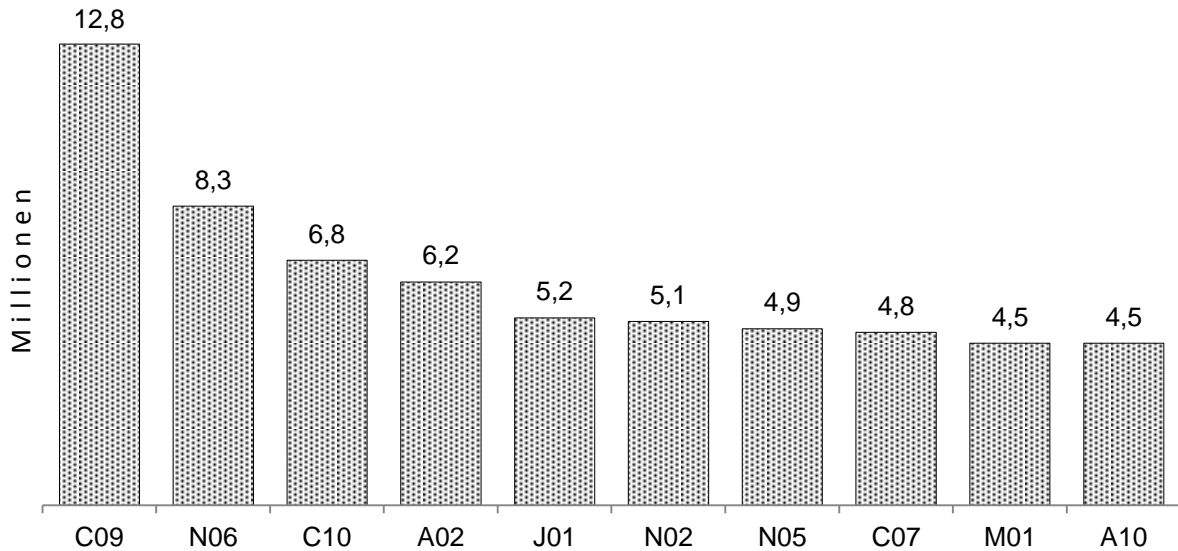
Im Jahr 2017 wurden insgesamt 165 Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex aufgenommen. Bei 37 im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten wurde die Packungsgröße, bei 32 Arzneispezialitäten die bestimmte Verwendung geändert. 160 Arzneispezialitäten wurden aus dem Erstattungskodex gestrichen.

Am 1. Jänner 2018 waren insgesamt 5.171 Arzneispezialitäten im Erstattungskodex angeführt, davon befanden sich 95 Arzneispezialitäten im Roten Bereich.

2017 wurden 69 Anträge auf Preiserhöhung gemäß VO-EKO beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingebracht.

Für 1.568 Arzneispezialitäten konnten mit den pharmazeutischen Unternehmen Preisreduktionen vereinbart werden. Die Summe des im Laufe des Jahres 2017 erzielten Einsparungspotenzials beträgt rund 119 Mio. €.

Die verordnungsstärksten therapeutischen Untergruppen ATC Code Ebene 2 im Jahre 2016



C09 - Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System

N06 - Psychoanaleptika

C10 - Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen

A02 - Mittel bei säurebedingten Erkrankungen

J01 - Antibiotika zur systemischen Anwendung

N02 - Analgetika

N05 - Psycholeptika

C07 - Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten

M01 - Antiphlogistika und Antirheumatika

A10 - Antidiabetika

Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern

Krankenanstalten

2016 waren in Österreich 273 Krankenanstalten mit insgesamt 64.838 Betten in Betrieb, davon werden 117 (43%) mit 45.224 (70%) Betten über Landesgesundheitsfonds finanziert, wo 2.535.796 (88%) von insgesamt 2.869.854 stationären Aufenthalten stattgefunden haben. (Quelle BMAGSK).

I. Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondkrankenanstalten)

Grundlage für die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind für das Berichtsjahr die 15a-Vereinbarungen „über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (BGBl. I 98/2017) sowie „Zielsteuerung Gesundheit“ (BGBl. I 97/2017). Die Sozialversicherungsträger leisten im Wege des beim Hauptverband eingerichteten Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung für das Jahr 2018 vorläufig € 5,,642,458.802,61.

II. Beziehungen zu nichtlandesfondsfinanzierten Krankenanstalten

PRIKRAF

Durch BGBl. I 5 / 2001 wurden die Beziehungen zu den nichtlandesfondsfinanzierten Krankenanstalten mit Wirkung ab 2002 völlig neu gestaltet; im Zuge der Umsetzung der neuen 15a-Vereinbarungen 2017 wurden die Regelungen im Wesentlichen meritorisch unverändert für die Laufzeit der 15a-Vereinbarungen verlängert:

Derzeit werden 44 Krankenanstalten über den PRIKRAF finanziert. Im Jahr 2018 leisten die Krankenversicherungsträger einen Betrag von vorläufig € 125,561.047,10.

Vom Fonds wurden im Berichtsjahr insbesondere Kontrollmechanismen angewendet, um eine effektive und widmungsgemäße Verwendung der Fondsmittel sicherzustellen.

Elektronischer Datenaustausch mit Krankenanstalten

Im Jahr 2004 wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Vertretern des Bundes, der Länder, der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes eingesetzt, die sich mit Fragen des elektronischen Datenaustausches mit Krankenanstalten befasst.

Im Jahr 2017 wurde neben aktuellen Fragen insb. eine Neuregelung der Erfassung der Vorpflegetage in Krankenanstalten implementiert.

Gesamtverträge für ambulante Untersuchungen mit Großgeräten

Mit der Wirtschaftskammer Österreich wurde für CT- und MRT-Untersuchungen in den privaten Instituten für die Jahre 2014 bis 2018 (5 Jahre) vereinbart. Die Umsetzung in die regionalen Gesamtverträge der einzelnen Krankenversicherungsträger wurde Ende 2014 abgeschlossen. Die Vereinbarung enthält Regelungen zu Kostenbegrenzungen für CT- und MRT-Untersuchungen. Während die Sozialversicherung argumentiert, dass es sich bei Kostenbegrenzungen um Rabattregelungen handelt und bei Erreichung dieser Grenze laut Vertrag alle medizinisch indizierten Untersuchungen weiter durchzuführen sind, interpretierten die Institute dies als Deckelung der Zahl an Untersuchungen, wobei ihrer Ansicht nach diese nicht mehr durchzuführen sind, da sie nicht mehr honoriert werden.

Infolge kam es für die Versicherten zu unzumutbar langen Wartezeiten auf die Untersuchungen. Verschärft wurde die Situation dadurch, dass Institute kürzere Wartezeiten gegen Privatzahlungen anboten. Durch den Druck der Öffentlichkeit und der politischen Vorgabe an die Vertragspartner, rasch eine Lösung zu erzielen (verbunden mit dem Hinweis, dass bei Nichteinigung eine gesetzliche Regelung denkbar sei) kam es zu neuerlichen Verhandlungen zwischen der WKÖ und dem Hauptverband.

Ergebnis:

Neuregelung innerhalb der bestehenden Vereinbarungen für die beiden letzten Jahre der Laufzeit (2017 und 2018)

- Wartezeiten bei CT-Untersuchungen max. binnen 10 Arbeitstagen; bei MRT-Untersuchungen max. binnen 20 Arbeitstagen; innerhalb dieser Fristen erfolgt die Terminvergabe nach Dringlichkeit; in dringenden Fällen erhält der Anspruchsberechtigte innerhalb von 5 Arbeitstagen einen Termin als Sachleistung angeboten; in Akutfällen umgehend. Die Vertragsambulatorien sind verpflichtet, die durchschnittlichen Wartezeiten über die Homepage mit monatlicher Aktualisierung bekanntzugeben.

- Diskriminierungsverbot der Anspruchsberechtigten des Versicherungsträgers gegenüber Privatpatienten oder Anspruchsberechtigten anderer Versicherungsträger
- Öffnung der Ausgabenobergrenze/zusätzliche finanzielle Mittel für die Vertragsambulatorien; diese Regelungen gelten rückwirkend ab 1. Jänner 2017 individuell für CT- und MRT-Untersuchungen.

Geregelt wurde auch, dass die vereinbarten maximalen Wartezeiten bis Jahresende 2017 zu erreichen sind, und der Rückstau an Untersuchungen bis dahin abzuarbeiten ist.

Als Service für die Patienten wurde über Netdoktor eine online-Abfragemöglichkeit der von den Instituten veröffentlichten Wartezeiten eingerichtet.

Kuranstalten

Die Tagespauschalsätze waren zuletzt ab 1. Jänner 2017 mit einer Laufzeit von 12 Monaten vereinbart. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2017 wurden die Tagespauschalsätze für Kuren für Versicherte um 1,26 % mit einer Laufzeit von 1 Jahr angehoben.

Rehabilitationseinrichtungen

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2017 wurden die Tagespauschalsätze aller stationären Rehabilitationsindikationen um 1,81 % mit einer Laufzeit von 1 Jahr angehoben.

Bezüglich der Umsetzung der Kapazitäten für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde ein Vergabeverfahren durchgeführt und es konnten bereits alle Zuschläge für insgesamt 343 (+ 50 Betten für die familienorientierte Rehabilitation) Betten erteilt werden.

Orthopädieschuhmacher

Die Verhandlungen mit der Berufsgruppe der Orthopädieschuhmacher konnten abgeschlossen werden. Es wurde folgende Neuregelung in Aussicht genommen:

- Erhöhung der Tarife für Schuheinlagen mit Wirkung ab 1.1.2018 auf das Niveau der Tarife im Ost-Vertrag (+ 4,4 %) sowie mit Wirkung ab 1.1.2019 um 2,2 %
- Erhöhung der Tarife für orthopädische Zurichtungen und Maßschuhe mit Wirksamkeit ab 1.1.2018 um + 5,5 %

- Aufnahme einer neuen Position (Pos.Nr. 14161 000 „Funktionelle Korrekturereinlage nach Modell“ mit Selbstbehalt) in den Gesamtvertrag der Orthopädieschuhmacher mit Wirksamkeit ab 1.1.2018

Hörgeräteakustiker

Ein vom HVB in Aussicht genommener Abschluss eines Verhaltenskodex für die Versorgung von Versicherten mit Hörgeräten, wurde von der Berufsgruppe der Hörgeräteakustiker abgelehnt. Vom Arbeitskreis Hörgeräte wurde der Entwurf eines neuen Gesamtvertrages ausgearbeitet, der neben vielen weiteren Neuerungen eine Anpassung der technischen Mindestanforderungen für Geräte aller Versorgungsklassen (Standard, Sonderversorgung Kl. I, II, III) vorsieht. Die Verhandlungen mit der Berufsgruppe sind noch im Gange.

Um den Versicherten eine Hilfestellung bei der Auswahl des individuell geeigneten Hörgerätes zu bieten und zum Schutz vor oft sehr hohen Zahlungen für medizinisch nicht notwendige Zusatzausstattungen, konnte in Klagenfurt in Zusammenarbeit mit der SHG Kärnten und der KGKK eine „unabhängige Beratungsstelle“ eingerichtet werden.

In-vitro-Fertilisation

Gemäß § 5 Abs. 1 IVF-FondsG hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger Verträge für den IVF-Fonds mit IVF-Zentren abzuschließen. Es wurden Verträge mit privaten und öffentlichen Zentren abgeschlossen.

Zuletzt wurden die Vertragsbeziehungen mit den Rechtsträgern der privaten und öffentlichen IVF-Zentren mit Wirksamkeit ab 1. März 2012 neu geregelt.

Nach mehreren Verhandlungsrunden gelang es, eine längerfristige Neuregelung mit den Instituten zu erreichen. Eckpunkte sind: Erhöhung aller Tarife um 5,5 % ab 1. September 2017; die Tarife gelten mindestens bis 31. August 2020

Hebammen

a) Hebammenbeistandsgesamtvertrag

Der zuletzt zwischen dem Hauptverband und dem österreichischen Hebammengremium abgeschlossene Gesamtvertrag wurde mit Oktober 2004 wirksam und gilt unbefristet. Mit Beginn 2017 trat eine Neuregelung der Vergütungen in Kraft. Eckpunkt dabei ist eine schrittweise Anhebung der Tarife für Hausbesuche und Ordinationen bis 2020. Weiters eine Struk-

turpauschale als Abgeltung der Mehraufwendungen der für eine Direktverrechnung erforderlichen administrativen Arbeitsschritte insbesondere auch für die Vorbereitung der Elektronischen Abrechnung mit der SV sowie weiteren Tätigkeiten im Zusammenhang mit vertraglichen Verpflichtungen. Für 2016 wurden Nachzahlungen vereinbart. Die Tarife gelten mindestens bis 31. Dezember 2020.

Darüber hinaus wurden Verbesserungen bei den Leistungen im Zusammenhang mit Hausgeburten vereinbart, die z.T. erst 2018 wirksam werden, sowie eine Abgeltung der Rufbereitschaft bei Hausgeburten und das damit verbundene ausdrückliche generelle Verbot von Privatzahlungen für eine Rufbereitschaft.

b) Mutter-Kind-Pass-Leistung

Mit BGBl. Nr. 197/I vom 26. September 2013 wurde das Kinderbetreuungsgeldgesetz dahingehend geändert, dass eine Hebammenberatung als neue Mutter-Kind-Pass-Leistung normiert wurde.

Im Kindergeldbetreuungsgesetz ist weiters geregelt, dass zwischen dem Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger und dem Österr. Hebammengremium ein Gesamtvertrag abzuschließen ist, der die Durchführung dieser Leistung sowie deren Vergütung regelt. Der ursprünglich mit 3 Jahren (bis 28. Februar 2017) befristete Vertrag wurde unverändert um 2 Jahre bis 28. Februar 2019 verlängert

Flugrettung

Die Betreiber österreichischer Notarztthubschrauber haben sich zu einer Interessensgemeinschaft zusammengeschlossen. Mit Wirkung ab 1. Juli 2015 konnte eine Direktverrechnungsvereinbarung abgeschlossen werden. Dadurch konnte der doppelte Hochrisikobereich Flugrettung einer patientenfreundlichen Lösung zugeführt werden.

Med Austron

Nach mehreren Verhandlungsrunden haben sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und das in Wiener Neustadt (NÖ) ansässige Krebsbehandlungszentrum EBG MedAustron GmbH im Jahr 2017 auf einen Vertrag zur Kostenübernahme für innovative Krebsbehandlungen (Ionen- und Protonenstrahlentherapie) geeinigt. Damit ist sichergestellt, dass Patienten mit Krebstumoren in der Nähe von strahlenempfindlichen Organen die optimale Behandlung mit ihrer e-card ohne Zuzahlung in Anspruch nehmen können.

Konkret sieht der Vertrag, der rückwirkend ab 1. Jänner 2017 gilt, folgende Eckpunkte vor (bereits durchgeführte und laufende Behandlungen der Versicherten sind damit erfasst):

- Wenn Patienten aus medizinischen Gründen während einer Behandlung nicht täglich heimkehren können, übernimmt MedAustron die Kosten deren Übernachtung und Verpflegung auf Basis einer Kostenbeteiligung seitens der Patienten in Höhe von € 15/Tag. Davon ausgenommen sind Kinder.
- Die Bevorzugung von Privatpatienten ist verboten.
- Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung ist die Empfehlung eines unabhängigen Tumorboards, etwa in Spitälern. Die Sozialversicherung ist aber berechtigt, eine weitere medizinische Expertise zur Behandlungsnotwendigkeit einzuholen.
- Die Wartezeiten bei MedAustron sind transparent im Internet zu publizieren.

Bis dato wurden rund 100 Patienten und Patientinnen in vergleichbaren ausländischen Einrichtungen behandelt und von der Sozialversicherung finanziert. Nunmehr konnte diese innovative Behandlung auch im Inland sichergestellt werden.

Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen

Versicherte und ihre Angehörigen haben ab dem vollendeten 18. Lebensjahr jährlich einmal Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung. Aber auch Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht (Nichtversicherte), können bei der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse zu gleichen Bedingungen wie Versicherte eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen. Für Nichtversicherte ersetzt der Bund den Krankenkassen den entstandenen Aufwand.

Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2016 ¹⁾

Gebiet	Untersuchungen insgesamt			d a v o n			
				Allgemeines Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	
Österreich	1.208.057	460.485	747.572	990.273	460.485	529.788	217.784
Burgenland	72.473	24.055	48.418	52.317	24.055	28.262	20.156
Kärnten	126.210	48.502	77.708	106.724	48.502	58.222	19.486
Niederösterreich	86.280	45.127	41.153	85.879	45.127	40.752	401
Oberösterreich	154.171	72.622	81.549	152.688	72.622	80.066	1.483
Salzburg	65.392	29.689	35.703	65.089	29.689	35.400	303
Steiermark	145.975	65.178	80.797	143.671	65.178	78.493	2.304
Tirol	181.069	55.533	125.536	122.623	55.533	67.090	58.446
Vorarlberg	79.316	21.239	58.077	46.489	21.239	25.250	32.827
Wien	297.171	98.540	198.631	214.793	98.540	116.253	82.378

¹⁾ Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichtes lagen erst die Zahlen des Jahres 2016 vor.

Ein allgemeines Untersuchungsprogramm (Basisprogramm) dient der Anamnese und der Früherkennung von Volkskrankheiten. In einem ärztlichen Gespräch nach Abschluss der Untersuchung wird der Proband auch über Risikofaktoren aus Lebensweise oder Veranlagung beraten. Neben dem Basisprogramm gibt es noch spezielle Untersuchungsprogramme für Frauen (gynäkologische Untersuchung) sowie gezielte Untersuchungen für Menschen ab Erreichen einer bestimmten Altersgrenze.

Seit 2005 wird mit der Vorsorgeuntersuchung ein am Stand der Wissenschaft orientiertes Untersuchungsprogramm angeboten, dessen Schwerpunkte auf gesundem Lebensstil und individueller Beratung liegen.

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2016 für Vorsorgeuntersuchungen rund 139 Mio. Euro aufgewendet.

Jugendlichenuntersuchungen

Zielpersonen für die Jugendlichenuntersuchung sind alle pflichtversicherten Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Jugendlichenuntersuchungen werden nach einem einheitlichen Untersuchungsprogramm durchgeführt, in der die Erkenntnisse der modernen Lebensstil-Medizin einfließen. So geht es nicht nur um die Früherkennung von Krankheiten, sondern auch um Aufklärung und Unterstützung bei der gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und riskantem Sexualverhalten.

Die folgende Tabelle zeigt die Beteiligung an Jugendlichenuntersuchungen in einer Aufgliederung nach Bundesländern, Eingeladenen und Untersuchten:

Jugendlichenuntersuchungen im Jahre 2016

Bezeichnung	Eingeladene	davon Untersuchte	
		Zahl	Prozent
Österreich	56.656	42.031	74,19
Burgenland	1.940	1.254	64,64
Kärnten	3.082	3.081	99,97
Niederösterreich	8.292	5.492	66,23
Oberösterreich	11.680	9.660	82,71
Salzburg	3.378	3.251	96,24
Steiermark	7.528	6.792	90,22
Tirol	8.533	5.267	61,73
Vorarlberg	4.219	2.319	54,97
Wien	8.004	4.915	61,41

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2016 für Jugendlichenuntersuchungen 2,9 Mio. Euro aufgewendet.

Gebarung der Krankenversicherungsträger

Im Jahre 2017 betragen die Gesamteinnahmen 18.476 Millionen Euro und die Gesamtausgaben 18.471 Millionen Euro. Die prozentuelle Steigerung der Gesamteinnahmen gegenüber dem Jahre 2016 betrug 3,3 % und jene der Gesamtausgaben 3,9 %. Insgesamt hat die soziale Krankenversicherung das Geschäftsjahr 2017 vorläufig mit einem Gebarungsüberschuss von 5 Millionen Euro abgeschlossen.

Die folgende Zusammenstellung informiert über die Gebarungsergebnisse in den einzelnen Versicherungsbereichen:

Gebarung der Krankenversicherung im Jahre 2017

Versicherungsbereich	in Millionen Euro		
	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
Alle KV-Träger	18.476	18.471	+ 5
ASVG	14.472	14.466	+ 6
B-KUVG	2.239	2.287	- 48
GSVG	1.156	1.131	+ 25
BSVG	609	587	+ 22

Entwicklung der Einnahmen

Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Gesamteinnahmen um 3,3 %. Die Beitragseinnahmen stiegen um 4,0 %, wobei sich die Beiträge für unselbständig Erwerbstätige um 4,5 % und jene für selbständig Erwerbstätige um 8,4 % erhöhten.

Die Einnahmen aus der Krankenversicherung der Pensionisten erhöhten sich um 2,8 %. Die Einnahmen für Arbeitslose (krankenversicherte Leistungsbezieher aus der Arbeitslosenversicherung) erhöhten sich um 1,4 %. Während die Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose für die Jahre 2002 bis 2004 im Ausmaß der entrichteten Beiträge des Jahres 2001 pauschaliert waren, müssen ab 2005 nur mehr Beiträge in Höhe von 7,65 % der bezogenen Leistung entrichtet werden. Im Gegenzug erhalten die Krankenversicherungsträger einen teilweisen Ersatz des Krankengeldaufwandes für Leistungsbezieher aus der Arbeitslosenversicherung.

Die sonstigen Einnahmen erhöhten sich um 0,2 %. In dieser Position sind unter anderem die Einnahmen aus der Rezeptgebühr, das Service-Entgelt, die Mittel aus dem Ausgleichsfonds, die Ersätze für Leistungsaufwendungen, die nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz

(GSBG 1996) gewährten Beihilfen für die Umsatzsteuer und ab 2009 die Kostenbeteiligungen der Versicherten enthalten.

Zur Finanzierung der zusätzlichen Überweisungen zur Spitalsfinanzierung (83,6 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur) wurde der Zusatzbeitrag für Angehörige ohne Kinder eingeführt. Die Einnahmen daraus betragen 2017 lediglich 15 Millionen Euro. Somit kam es für die Krankenversicherung zu einer Mehrbelastung von 68,6 Millionen Euro.

Einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Einnahmen gibt die nachstehende Tabelle:

Aufgliederung der Einnahmen in der Krankenversicherung

Bezeichnung	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2017	2016	
Einnahmen insgesamt	18.476	17.889	+ 3,3
Beiträge für Versicherte	15.222	14.640	+ 4,0
Unselbst. Erwerbstätige	8.791	8.408	+ 4,5
Selbst. Erwerbstätige	788	727	+ 8,4
Arbeitslose (Leistungsbezieher)	401	395	+ 1,4
Pensionisten, Rentner	4.269	4.152	+ 2,8
Sonstige Versicherte	209	221	- 5,7
Zusatzbeitrag für Angehörige	15	15	+ 1,2
Zusatzbeitrag in der KV	749	722	+ 3,8
Sonstige Einnahmen ¹⁾	3.254	3.249	+ 0,2

¹⁾ Rezeptgebühren (404 Mio.€), Ersätze für Leistungsaufwendungen (1.879 Mio.€), Vermögenserträge (26 Mio.€), Mittel aus dem Ausgleichsfonds (Strukturausgleichszuschüsse 342 Mio.€), Kostenbeteiligungen (106 Mio.€), Service - Entgelt (39 Mio.€), etc.

Entwicklung der Ausgaben

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung betragen im Jahre 2017 18.471 Millionen Euro und erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 695 Millionen Euro bzw. um 3,9 %.

17.459 Millionen Euro bzw. 94,5 % der Gesamtausgaben entfielen auf Leistungsaufwendungen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Aufwandssteigerung um 4,2 %.

Einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherungsträger, gegliedert nach den einzelnen Leistungspositionen, gibt die folgende Tabelle:

Aufgliederung der Ausgaben in der Krankenversicherung

Bezeichnung	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2017	2016	
Ausgaben insgesamt	18.471	17.776	+ 3,9
Versicherungsleistungen	17.459	16.758	+ 4,2
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	4.425	4.242	+ 4,3
Heilmittel	3.569	3.439	+ 3,8
Heilbehelfe, Hilfsmittel	277	268	+ 3,5
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.016	1.008	+ 0,8
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.247	5.007	+ 4,8
Medizinische Hauskrankenpflege	20	19	+ 5,9
Krankengeld ¹⁾	724	704	+ 2,9
Rehabilitationsgeld	343	314	+ 9,2
Mutterschaftsleistungen	705	680	+ 3,6
Gesundheitsfestigung und Krankheits- verhütung sowie med. Rehabilitation	566	538	+ 5,1
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	236	220	+ 7,1
Fahrtspesen, Transportkosten	243	233	+ 4,3
Sonstige Leistungen	88	86	+ 1,8
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	492	481	+ 2,3
Sonstige Ausgaben	520	537	- 3,3

¹⁾ Inkl. Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG.

Bei den einzelnen Leistungsarten ist folgende Entwicklung zu beobachten:

Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen

Für die Leistungsposition „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ haben die Krankenversicherungsträger im Jahre 2017 4.425 Millionen Euro aufgewendet, das sind um 4,3 % bzw. 183 Millionen Euro mehr als im Jahre 2016.

Als der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen gelten unter bestimmten Voraussetzungen physiotherapeutische, logopädisch-phoniatrisch-audiometrische oder ergotherapeutische Behandlungen, sowie diagnostische Leistungen eines klinischen Psychologen und psychotherapeutische Behandlungen.

Heilmittel (Arzneien)

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2017 für „Heilmittel“ 3.569 Millionen Euro aufgewendet, um 130 Millionen Euro bzw. 3,8 % mehr als im Jahre 2016.

**Zahl der Heilmittelverordnungen und Heilmittelaufwand
2007 – 2017**

Jahr	Zahl der Verordnungen	Ausgaben in Millionen Euro inkl. UST
2007	112,453.402	2.822
2008	117,627.959	3.031
2009 ¹⁾	117,080.832	2.840
2010	118,021.978	2.865
2011	120,348.529	2.929
2012	120,140.100	3.005
2013	119,953.593	3.031
2014	120,996.215	3.194
2015	118,802.404	3.355
2016	116,089.192	3.439
2017	²⁾	3.569

¹⁾ Ab 2009 Senkung der UST von 20 % auf 10 %.

²⁾ Daten noch nicht verfügbar.

Ab 1. Jänner 1983 ist eine automatische Anpassung der Rezeptgebühr gesetzlich festgelegt. Die Rezeptgebühr wurde mit 1. Jänner 2017 mit der Aufwertungszahl von 1,024 vervielfacht und betrug € 5,85. Die gesamten Einnahmen aus der Rezeptgebühr betragen im Berichtsjahr 404 Millionen Euro.

Heilbehelfe (Hilfsmittel)

Für „Heilbehelfe (Hilfsmittel)“ haben die Krankenversicherungsträger im Jahre 2017 277 Millionen Euro aufgewendet. Ab dem Jahre 1992 werden Heilbehelfe und Hilfsmittel auch im Rahmen der neuen Pflichtaufgabe „Medizinische Rehabilitation“ gewährt. In den Erfolgsrechnungen werden daher unter „Heilbehelfe (Hilfsmittel)“ nur mehr jene Aufwendungen ausgewiesen, die nicht im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation stehen.

Zahnbehandlung, Zahnersatz

Die Ausgaben für "Zahnbehandlung" und "Zahnersatz" betragen im Jahre 2017 1.016 Millionen Euro. Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sie sich um 8 Millionen Euro bzw. um 0,8 %. Die Aufwendungen für Zahnbehandlung erhöhten sich um 0,8 % und die für Zahnersatz um 0,9 %.

Anstaltspflege

Gemäß § 447f Abs. 2 ASVG haben die Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesgesundheitsfonds) für das Jahr 2017 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten zu überweisen.

Für das Jahr 2017 war der Pauschalbeitrag vorläufig in der Höhe von 5.262 Millionen Euro festgesetzt. Weiters hat die Sozialversicherung 75 Mio. € an Fixbeträgen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen; davon entfallen 15 Mio. € auf die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage und 60 Mio. € auf die Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung jeweils zum 1. Jänner 2005.

Der bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu ermittelnde endgültige Pauschalbeitrag erhöht sich jährlich um die prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr.

Durch die Beiträge der Sozialversicherung an die neun Landesgesundheitsfonds sind alle Leistungen der Fondskrankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen zur Gänze abgegolten.

Für 2017 müssen die Krankenversicherungsträger zusätzlich 83,6 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur zur Budgetkonsolidierung leisten. Die Mittel für diese Überweisungen sollen vornehmlich aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige aufgebracht werden. Wie bereits erwähnt betrug diese Beitragseinnahme 2017 lediglich 15 Millionen Euro.

Die Ausgabenposition Anstaltspflege beinhaltet neben den anteiligen Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds und die Bundesgesundheitsagentur für stationäre Pflege auch die Zahlungen an die übrigen Krankenanstalten (Prikräf, Unfallkrankenhäuser, etc.) sowie Zahlungen in das Ausland. Nicht enthalten sind die Aufwendungen für Ambulanzleistungen. Diese werden unter Ärztlicher Hilfe und gleichgestellte Leistungen (Ambulante Leistungen in Krankenanstalten) ausgewiesen.

Medizinische Hauskrankenpflege

Seit 1992 ist die "medizinische Hauskrankenpflege" eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Die Aufwendungen beliefen sich im Jahre 2017 auf 20 Millionen Euro und haben sich gegenüber 2016 um 5,9 % erhöht.

Bei der Interpretation dieser Zahlen ist zu berücksichtigen, dass unter dieser Leistungsposition nur ein Teil der tatsächlichen Aufwendungen für die medizinische Hauskrankenpflege ausgewiesen wird. Die Aufwendungen für Ärzte und für Medikamente sind in den Positionen "Ärztliche Hilfe" und "Heilmittel" ausgewiesen.

Krankengeld

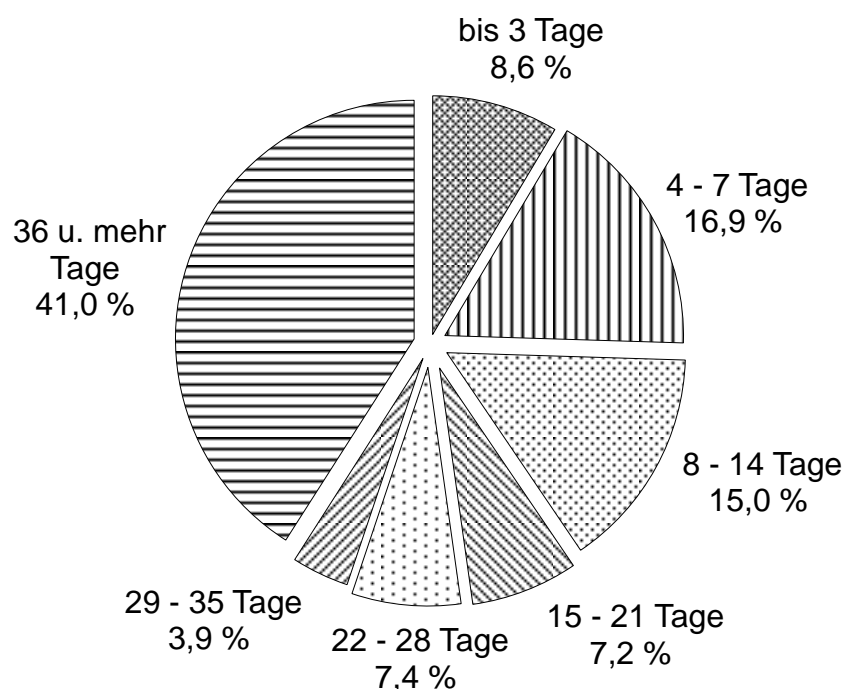
Die Ausgaben für "Krankengeld" betrugen im Jahre 2017 724 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahre 2016 erhöhten sie sich um 20 Millionen Euro bzw. um 2,9 %.

Obwohl noch keine detaillierten statistischen Unterlagen über die Entwicklung der Krankenstände und Krankengeldtage für 2017 vorliegen, wird damit gerechnet, dass die Zahl der Krankenstandstage je Arbeiter und Angestellten etwa gleich bleiben wird.

Entwicklung des Krankenstandes der Arbeiter und Angestellten 2006 - 2016

Jahr	Auf einen Arbeiter und Angestellten entfallen Krankenstands-		Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen
	Fälle	Tage	
2006	1,06	12,02	11,3
2007	1,12	12,51	11,2
2008	1,17	12,99	11,1
2009	1,19	13,16	11,0
2010	1,19	12,89	10,8
2011	1,24	13,17	10,6
2012	1,22	12,84	10,5
2013	1,27	12,95	10,2
2014	1,20	12,33	10,3
2015	1,28	12,66	9,9
2016	1,28	12,50	9,8

**Verteilung der Krankenstandstage nach der Dauer der Krankenstände
Berichtsjahr: 2016**



Rehabilitationsgeld

Ab dem Jahre 2014 wird von den Krankenversicherungsträgern das Rehabilitationsgeld an jene Personen ausbezahlt, für die von der Pensionsversicherung vorübergehend eine Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit für mindestens 6 Monate mit Bescheid festgestellt wurde, eine berufliche Rehabilitation nicht zumutbar und zweckmäßig ist und die am 1. Jänner d.J. das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Pensionsversicherungsträger ersetzen den Krankenversicherungsträgern den Aufwand für das Rehabilitationsgeld zuzüglich eines pauschalen Krankenversicherungsbeitrages und anteiliger Verwaltungskosten.

Im Jahre 2017 betrug der Aufwand für das Rehabilitationsgeld 343 Mio. Euro.

Mutterschaftsleistungen

Die Ausgaben für „Mutterschaftsleistungen“ betrugen im Jahre 2017 705 Millionen Euro, um 25 Mio. Euro bzw. um 3,6 % mehr als im Jahre 2016. Rund drei Viertel der Aufwendungen entfallen auf das Wochengeld. Der Aufwand hierfür ist gegenüber dem Vorjahr um 3,3 % gestiegen.

Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie medizinische Rehabilitation

Im Jahre 2017 betragen die Aufwendungen für diese Leistungen 566 Millionen Euro, um 28 Millionen Euro bzw. 5,1 % mehr als 2016.

Durch die 50. Novelle zum ASVG haben die Krankenversicherungsträger eine die Unfallversicherung und Pensionsversicherung ergänzende Zuständigkeit im Bereich der medizinischen Rehabilitation erhalten. Damit soll verstärkt auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und der Pensionisten gesorgt werden.

Durch die ebenfalls neu eingerichtete Gesundheitsfestigung soll die Rolle der Krankenversicherungsträger im Bereich der Prävention verstärkt sowie deren Bedeutung im Rahmen einer modernen Gesundheitspolitik unterstrichen werden. Ihre Aufgabe ist es, gesundheitsriskante Faktoren im Leben und in der Arbeitswelt zu vermindern.

Ab 1. Juli 1996 sind vom Gesetz Zuzahlungen der Versicherten für Rehabilitationsaufenthalte und Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sowie der Gesundheitsvorsorge (Kuraufenthalte) vorgesehen. Die Zuzahlungen pro Verpflegstag betragen 2017 zwischen € 7,97 und € 19,35 in Abhängigkeit vom Einkommen. Pensionisten, die eine Ausgleichszulage erhalten oder Personen, deren Einkommen unter dem Einzelrichtsatz (Ausgleichszulage) liegt, sind von dieser Zuzahlung befreit. Eine Befreiung kann auch wegen besonderer sozialer Schutzbedürftigkeit gewährt werden.

Sonstige Leistungsausgaben

Die Aufwendungen für die übrigen Leistungen (d.s. „Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung“, „Fahrtspesen und Transportkosten“, „Bestattungskostenzuschuss“ sowie „Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung“) betragen im Jahre 2017 567 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahre 2016 erhöhten sie sich um 28 Millionen Euro bzw. um 5,0 %.

**Gebarungsübersicht Krankenversicherung
nach Versicherungsbereichen im Jahre 2017**

Bezeichnung	in Millionen Euro				
	KV insgesamt	davon nach dem			
		ASVG	B-KUVG	GSVG	BSVG
Einnahmen insgesamt	18.476	14.472	2.239	1.156	609
Beiträge für Versicherte	15.222	11.754	1.967	958	543
Vermögenserträge	26	14	9	-	3
Rezeptgebühren	404	317	51	23	13
Leistungsersätze	1.879	1.648	136	68	27
Mittel aus dem Ausgleichsfonds	342	342	-	-	-
Sonstige Einnahmen	603	397	76	107	23
Ausgaben insgesamt	18.471	14.466	2.287	1.131	587
Versicherungsleistungen	17.459	13.711	2.161	1.049	538
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	4.425	3.419	566	310	130
Heilmittel	3.569	2.850	368	218	133
Heilbehelfe, Hilfsmittel	277	207	31	18	21
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.016	778	135	70	33
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.247	4.051	698	322	176
Medizinische Hauskrankenpflege	20	16	1	2	1
Krankengeld ¹⁾	724	668	27	29	-
Rehabilitationsgeld	343	340	3	-	-
Mutterschaftsleistungen	705	594	77	23	11
Gesundheitsfestigung und Krankheits- verhütung sowie med. Rehabilitation	566	339	192	22	13
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	236	185	26	18	7
Fahrtspesen, Transportkosten	243	190	28	14	11
Sonstige Leistungen	88	74	9	3	2
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	492	311	84	58	39
Sonstige Ausgaben	520	444	42	24	10
Saldo	5	6	- 48	25	22

¹⁾ Inkl. Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG.

Pensionsversicherung

Pensionsversicherte

Im Jahresdurchschnitt 2017 betrug die Zahl der pensionsversicherten Personen (Versicherungsverhältnisse) in der gesetzlichen Pensionsversicherung 3,959.005, um 84.582 bzw. 2,2 % mehr als im Vorjahr; im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen hat sich die Zahl um 77.158 bzw. 2,3 % und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen um 7.424 bzw. 1,3 % erhöht.

Von den 3,959.005 Pensionsversicherungsverhältnissen beruhen 3,941.685 auf einer Pflichtversicherung und 17.320 auf einer freiwilligen Versicherung.

Pensionsversicherte 2007 - 2017 (Versicherungsverhältnisse)

Jahres- durchschnitt	Summe aller Pensions- versicherten	d a v o n	
		Unselbständige	Selbständige
2007	3,431.308	2,935.998	495.310
2008	3,527.212	3,022.085	505.127
2009	3,497.069	2,982.956	514.113
2010	3,540.529	3,019.221	521.308
2011	3,607.920	3,078.526	529.394
2012	3,673.673	3,137.529	536.144
2013	3,715.733	3,166.706	549.027
2014	3,758.306	3,201.590	556.716
2015	3,807.725	3,241.363	566.362
2016	3,874.423	3,298.907	575.516
2017	3,959.005	3,376.065	582.940

In der gesetzlichen Pensionsversicherung sind folgende Personengruppen pensionsversichert:

In der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sind alle Arbeiter und Angestellten sowie die ihnen gleichgestellte Personengruppen pensionsversichert. Für Beamte ist eine gesetzliche Pensionsversicherung nicht vorgesehen, da ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe(Versorgungs)genüsse zusteht; auch Präsenz(Zivil)dienstleistende und Karenz- bzw. Kinderbetreuungsgeldbezieher(innen) unterliegen nicht der Pensionsversicherungspflicht.

Die größte Gruppe der nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz (GSVG) Pflichtversicherten sind die Gewerbetreibenden, soweit sie Mitglieder der Wirtschaftskammern sind. Aber auch Gesellschafter, Geschäftsführer, Wirtschaftstreuhand, Dentisten, Journalisten, bildende Künstler, Tierärzte, bestimmte freiberuflich selbständig Erwerbstätige und Werkvertragsnehmer fallen nach Maßgabe der betreffenden Bestimmungen des GSVG unter die Pflichtversicherung. Außerdem wurden im Jahre 1979 die freiberuflich tätigen Ärzte, selbständigen Apotheker und Patentanwälte und ab 2013 die Ziviltechniker nach dem Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz (FSVG) pflichtversichert.

Mit 1. Juli 1996 wurden Werkvertragsnehmer unter bestimmten Voraussetzungen der Vollversicherung unterworfen, was viele veranlasste, zur gewerblichen Sozialversicherung überzuwechseln. Darüber hinaus wurden ab 1. Jänner 1998 neue Selbständige in die Pensionsversicherung nach dem GSVG einbezogen.

Im Agrarbereich sind jene Personen, die auf eigene Rechnung einen land(forst)wirtschaftlichen Betrieb führen sowie deren Ehegatten, Kinder und Enkel - wenn sie hauptberuflich im Betrieb beschäftigt sind - nach dem Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) pflichtversichert. Bis zum 31. Dezember 1992 konnte sowohl bei gemeinsamer Betriebsführung durch Ehegatten als auch bei hauptberuflicher Beschäftigung eines Ehepartners im Betrieb des anderen (wenn beide ausschließlich Landwirte waren), nur einer von beiden in der Pensionsversicherung pflichtversichert sein. Diese Regelung hat in der Pensionsversicherung dazu geführt, dass nur einer der beiden Ehegatten Versicherungszeiten und in der Folge nur einer einen Pensionsanspruch erwerben konnte.

Die Bestimmungen über die Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung wurden dahingehend novelliert, dass ab 1. Jänner 1992 sowohl bei gemeinsamer Betriebsführung eines land(forst)wirtschaftlichen Betriebes als auch bei hauptberuflicher Beschäftigung eines Ehegatten im Betrieb des anderen beide der Pflichtversicherung in der Pensionsversicherung nach dem BSVG unterliegen. Eine Übergangsbestimmung sieht allerdings die Möglichkeit einer Befreiung für jene Personen vor, die zum 1. Jänner 1992 bereits das 50. Lebensjahr vollendet haben und am 31. Dezember 1991 nicht pensionsversichert waren.

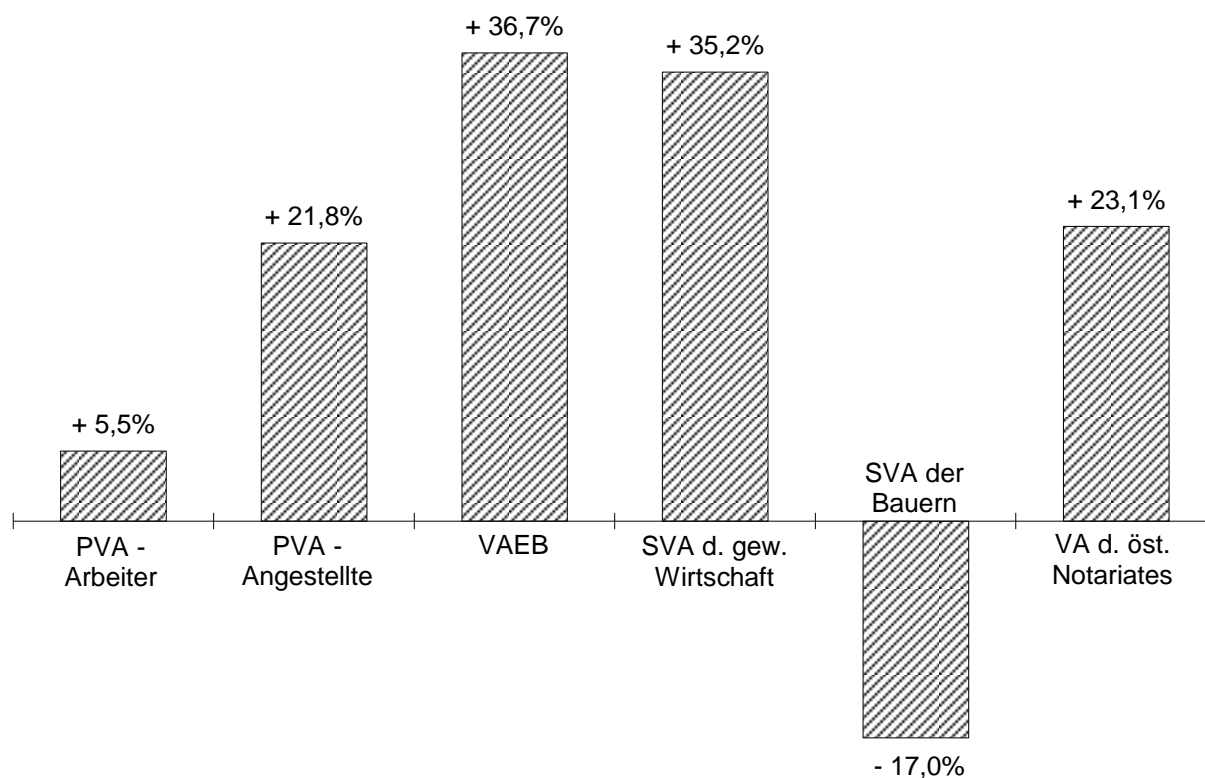
Die dritte und kleinste Gruppe im Bereich der Pflichtversicherung der Selbständigen sind die nach dem Notarversicherungsgesetz (NVG) pflichtversicherten Notare und Notariatskandidaten.

Die nachstehende Tabelle zeigt die Veränderungen des Versichertenstandes bei den einzelnen Versicherungsträgern gegenüber 2016 bzw. 2007.

Pensionsversicherte nach Versicherungsträgern

Versicherungsträger	Versicherte im Jahresdurchschnitt 2017	Differenz gegenüber	
		2016	2007
Alle Pensionsversicherungsträger	3.959.005	+ 84.582	+ 527.697
PVA - Arbeiter	1.327.672	+ 26.423	+ 69.482
PVA - Angestellte	1.997.436	+ 48.575	+ 356.893
VA für Eisenbahnen und Bergbau	50.957	+ 2.160	+ 13.692
SVA der gewerblichen Wirtschaft	444.422	+ 9.518	+ 115.672
SVA der Bauern	137.467	- 2.118	- 28.239
VA des österreichischen Notariates	1.051	+ 24	+ 197

**Entwicklung der Zahl der Pensionsversicherten nach Pensionsversicherungsträgern
Veränderung: 2007 auf 2017**



Pensionsstände

Um international konforme Statistiken zur Verfügung zu haben, wurde vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz mit Jänner 2011 die Erfassung der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen dahingehend geändert, dass diese nur mehr bis zum Erreichen des Anfallsalters für die normale Alterspension als solche zu zählen sind. Danach werden die Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen, wie die vorzeitigen Alterspensionen auch, in normale Alterspensionen umgewandelt. Zu Vergleichszwecken wurden alle in diesem Handbuch ausgewiesenen Pensionsstände rückwirkend nach den geänderten Erfassungskriterien neu erstellt.

Im Dezember 2016 haben die Pensionsversicherungsträger 2,340.656 Pensionen, um 16.342 bzw. 0,7 % mehr als ein Jahr zuvor, ausbezahlt.

Im Verlauf der letzten 10 Jahre hat sich die Zahl der Pensionen wie folgt entwickelt:

Entwicklung des Pensionsstandes nach dem Geschlecht Dezember 2007 - 2017

Dezember	Männer und Frauen	Männer	Frauen
2007	2,125.404	823.019	1,302.385
2008	2,153.173	836.948	1,316.225
2009	2,189.159	855.121	1,334.038
2010	2,219.923	869.736	1,350.187
2011	2,249.152	882.704	1,366.448
2012	2,273.628	892.317	1,381.311
2013	2,299.114	901.820	1,397.294
2014	2,310.749	905.297	1,405.452
2015	2,305.356	899.432	1,405.924
2016	2,324.314	904.860	1,419.454
2017	2,340.656	909.671	1,430.985

Von der Gesamtzahl der im Dezember 2017 im Stand geführten Pensionen entfielen 1,430.985 bzw. 61 % auf Frauen.

Der hohe Frauenanteil ist vor allem auf die wesentlich höhere Zahl von Witwenpensionen (406.943) im Vergleich zu den Witwerpensionen

(44.856) zurückzuführen. Aber auch bei den Alterspensionen überwiegen die Frauen mit 56,6 %, da ihre Bezugsdauer wegen des niedrigeren Pensionszugangsalters und vor allem wegen der höheren Lebenserwartung deutlich länger ist, als die der Männer. Außerdem sind die Erwerbsquoten der Frauen in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen, sodass immer mehr Frauen Anspruch auf eine Eigenpension erwerben.

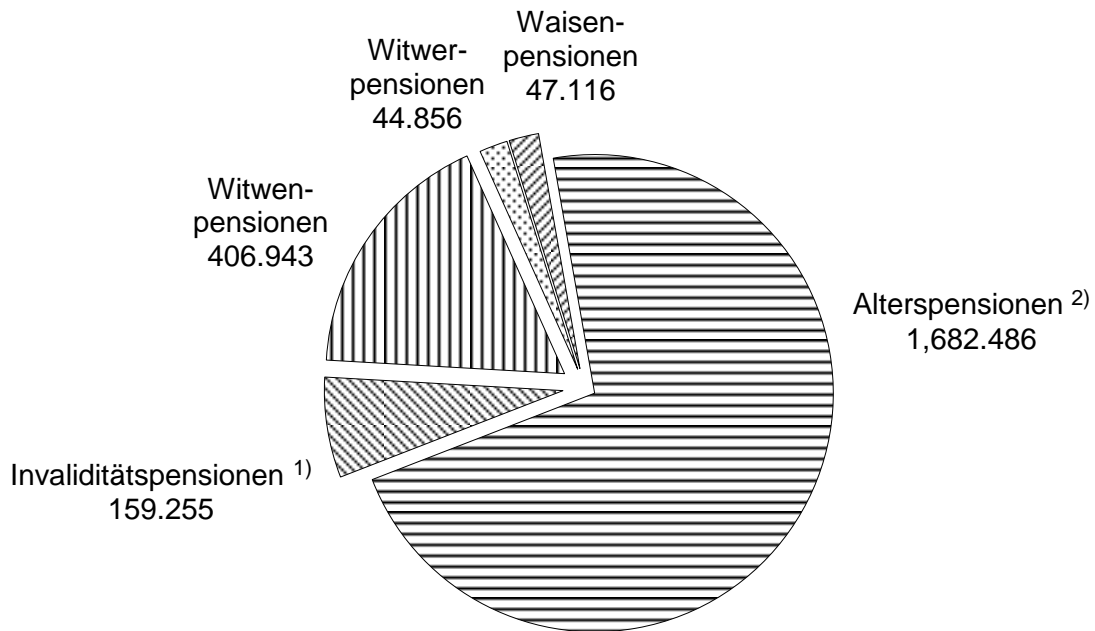
Am Ende des Berichtsjahres wurden in der Pensionsversicherung der Unselbständigen 1,980.650 Pensionen und in der Pensionsversicherung der Selbständigen 360.006 Pensionen ausbezahlt.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Pensionsstandes und die Veränderung zum Vorjahr seit dem Jahre 2007.

***Jahreszuwachs der Pensionsstände
2007 - 2017***

Dezember	PV der Unselbständigen		PV der Selbständigen	
	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr
2007	1,779.009	+ 29.483	346.395	+ 846
2008	1,806.171	+ 27.162	347.002	+ 607
2009	1,840.302	+ 34.131	348.857	+ 1.855
2010	1,869.273	+ 28.971	350.650	+ 1.793
2011	1,896.786	+ 27.513	352.366	+ 1.716
2012	1,919.897	+ 23.111	353.731	+ 1.365
2013	1,945.332	+ 25.435	353.782	+ 51
2014	1,952.278	+ 6.946	358.471	+ 4.689
2015	1,947.975	- 4.303	357.381	- 1.090
2016	1,965.300	+ 17.325	359.014	+ 1.633
2017	1,980.650	+ 15.350	360.006	+ 992

**Pensionsstand nach Pensionsarten
Dezember 2017**



- 1) Invaliditäts-, Berufs(Erwerbsunfähigkeits)pensionen vor dem 60./65. Lj.
2) Inkl. Invaliditäts-, Berufs(Erwerbsunfähigkeits)pensionen ab dem 60./65. Lj.

Im Dezember 2017 wurden gegenüber dem Vorjahr 25.908 Alterspensionen mehr im Stande geführt. Die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit verringerten sich um 6.086, die Hinterbliebenenpensionen um 3.480.

Seit 2007 ist die Zahl der Pensionen um 215.252 bzw. 10,1 % gestiegen. Die Alterspensionen verzeichneten einen Zuwachs von 280.491. Die Zahl der Invaliditäts(Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits)pensionen verringerten sich um 43.770, die Zahl der Hinterbliebenenpensionen verringerte sich um 21.469.

Der Zuwachs der Alterspensionen ist darauf zurückzuführen, dass immer mehr Personen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Alterspension erfüllen. Die steigende Lebenserwartung, die Leistungskumulierungen sowie die zwischenstaatlichen Abkommen führten ebenfalls dazu, dass die Zahl dieser Pensionen im Beobachtungszeitraum angestiegen ist.

Die stärksten Abgänge gegenüber dem Vorjahr waren im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu beobachten.

Pensionen nach Pensionsversicherungsträgern

Versicherungsträger	Zahl der Pensionen im Dezember 2017	Differenz gegenüber Dezember 2016	
		Zahl	%
Alle PV - Träger	2.340.656	+ 16.342	+ 0,7
PVA - Arbeiter	1.068.532	+ 2.754	+ 0,3
PVA - Angestellte	876.714	+ 13.057	+ 1,5
VAEB - Eisenbahnen	18.211	- 27	- 0,1
VAEB - Bergbau	17.193	- 434	- 2,5
SVA der gewerbl. Wirtschaft	188.258	+ 3.657	+ 2,0
SVA der Bauern	171.312	- 2.665	- 1,5
VA des österr. Notariates	436	- 0	+ 0,0

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Pensionsarten für den Zeitraum 2007 bis 2017 gegeben.

Alterspensionen

Mit 1,682.486 ausbezahlten Alterspensionen wurde im Dezember 2017 ein neuer Höchststand erreicht, wobei der Zuwachs von 1,6 % gegenüber dem Vorjahr ausschließlich auf eine Zunahme der Alterspensionen zum gesetzlichen Anfallsalter (Männer: 65, Frauen: 60) zurückzuführen ist.

Die vorzeitigen Alterspensionen verringerten sich gegenüber dem Vorjahr um 8.453 bzw. 9,7 %, was auf die geänderten Anspruchsvoraussetzungen (stufenweise Anhebung der notwendigen Anzahl an Versicherungs- bzw. Beitragsmonaten) zur Erlangung einer vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer „Langzeitversicherte“ oder einer Korridorpension zurückzuführen ist.

Im Zeitraum 2007 bis 2017 stieg die Zahl der Alterspensionen um 280.491, bei Männern um 115.684 und bei Frauen um 164.807.

**Alle Alterspensionen ¹⁾
Dezember 2007 - 2017**

Dezember	Männer und Frauen	Männer	Frauen
2007	1,401.995	613.762	788.233
2008	1,430.623	626.631	803.992
2009	1,465.308	643.362	821.946
2010	1,494.763	655.659	839.104
2011	1,524.458	667.860	856.598
2012	1,554.432	680.566	873.866
2013	1,586.640	693.732	892.908
2014	1,615.382	706.299	909.083
2015	1,631.037	710.569	920.468
2016	1,656.578	719.346	937.232
2017	1,682.486	729.446	953.040

¹⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

Von den im Dezember 2017 ausbezahlten Alterspensionen entfielen 1,603.362 auf die normale Alterspension und 79.124 auf vorzeitige Alterspensionen.

Die Entwicklung des Standes der Alterspensionen, getrennt nach dem Geschlecht, ist den folgenden Zusammenstellungen zu entnehmen:

**Normale und vorzeitige Alterspensionen
Dezember 2007 - 2017**

Dezember	Normale Alterspensionen ¹⁾ (60./65. Lj.)			Vorzeitige Alterspensionen		
	M+F	M	F	M+F	M	F
2007	1,291.798	549.351	742.447	110.197	64.411	45.786
2008	1,324.974	563.444	761.530	105.649	63.187	42.462
2009	1,356.289	576.498	779.791	109.019	66.864	42.155
2010	1,379.671	582.330	797.341	115.092	73.329	41.763
2011	1,404.463	590.754	813.709	119.995	77.106	42.889
2012	1,437.037	607.115	829.922	117.395	73.451	43.944
2013	1,468.963	622.268	846.695	117.677	71.464	46.213
2014	1,504.395	638.941	865.454	110.987	67.358	43.629
2015	1,534.383	650.801	883.582	96.854	59.768	36.886
2016	1,569.001	661.577	907.424	87.577	57.769	29.808
2017	1,603.362	672.224	931.138	79.124	57.222	21.902

¹⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

**Vorzeitige Alterspensionen
Dezember 2007 - 2017**

Dezember	bei langer Versicherungsdauer			Langzeitversicherte		
	M+F	M	F	M+F	M	F
2007	42.722	21.089	21.633	58.520	34.395	24.125
2008	32.847	15.632	17.215	64.320	39.096	25.224
2009	24.180	10.592	13.588	74.867	46.322	28.545
2010	18.309	7.876	10.433	83.988	52.679	31.309
2011	14.811	5.793	9.018	89.147	55.276	33.871
2012	10.720	3.720	7.000	88.763	51.819	36.944
2013	7.717	2.893	4.824	90.522	49.133	41.389
2014	5.094	2.478	2.616	83.545	42.908	40.637
2015	3.529	2.191	1.338	67.364	33.193	34.171
2016	2.538	2.013	525	53.380	27.359	26.021
2017	1.947	1.939	8	38.902	22.755	16.147

Darüber hinaus wurden im Dezember 2017 an 17.855 Männer eine Korridor pension und an 14.673 Männer und 5.747 Frauen eine Schwerarbeitspension ausbezahlt.

Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit (Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen)

Die Zahl der Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit betrug im Dezember 2017 159.255. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen um 6.086 bzw. 3,7 %, was auf gesetzliche Änderungen im Leistungsrecht der Pensionsversicherung zurückzuführen ist.

Ab 1.1.2014 wurde mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 für Personen ab Geburtsjahrgang 1964 die befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension abgeschafft. Stattdessen gebührt bei Vorliegen einer vorübergehenden Invalidität (Berufsunfähigkeit) von mindestens sechs Monaten ein Rehabilitationsgeld aus der Krankenversicherung bzw. ein Umschulungsgeld aus der Arbeitslosenversicherung. Weiters wurde in der Pensionsversicherung für diesen Personenkreis ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation geschaffen. Ein Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension besteht nur mehr, wenn eine berufliche Rehabilitation weder zweckmäßig noch zumutbar ist und Invalidität (Berufsunfähigkeit) voraussichtlich dauerhaft vorliegt.

Für Geburtsjahrgänge bis 1963 bleibt die bisherige Regelung bestehen.

**Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten
Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit ¹⁾
Dezember 2007 - 2017**

Dezember	Männer und Frauen	Männer	Frauen
2007	203.025	143.535	59.490
2008	205.216	144.984	60.232
2009	206.796	145.411	61.385
2010	209.431	147.318	62.113
2011	211.144	147.781	63.363
2012	208.339	144.519	63.820
2013	204.096	140.612	63.484
2014	187.657	131.124	56.533
2015	170.489	120.946	49.543
2016	165.341	117.035	48.306
2017	159.255	111.742	47.513

¹⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

Im Jahre 2017 wurden 53.369 Anträge auf Zuerkennung einer Invaliditäts(Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits)pension gestellt. Von diesen Anträgen entfielen 50.064 auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und 3.305 auf die Pensionsversicherung der Selbständigen. Gegenüber dem Vorjahr verringerten sich die Anträge um 3.671 bzw. 6,4 %.

Die Zuerkennung dieser Pensionsart unterliegt strengen Kriterien. Ausschlaggebend sind Sachverständigengutachten von Ärzten. Im Jahre 2017 wurden von den Pensionsversicherungsträgern ca. 60 % der Anträge abgelehnt. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre bringen etwa ein Drittel der abgewiesenen Antragsteller eine Klage beim Sozialgericht ein. Etwa ein Fünftel ist dabei erfolgreich (zuerkennendes Urteil oder Vergleich).

Im Jahre 2017 wurden 17.291 Invaliditäts(Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits)pensionen zuerkannt. Dabei entfiel mehr als ein Drittel der Zuerkennungen auf männliche Arbeiter. Zwei Drittel des gesamten Zuganges entfielen auf Männer.

Betrachtet man die Pensionsneuzugänge an Invaliditäts(Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits)pensionen des Jahres 2017 nach Krankheitsgruppen, so lässt sich feststellen, dass an der Spitze Erkrankungen aus der Gruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit 37,3 % stehen, gefolgt von Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ mit 19,7 %, „Neubildungen“ mit 12,8 % und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 10,6 %.

Im Jahr 2014 wurde das Rehabilitationsgeld eingeführt. Das Rehabilitationsgeld ist eine Leistung, welche die bisherige befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ersetzt, und betrifft Personen, die am 1. Jänner 2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten. Die unbefristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension gibt es auch weiterhin.

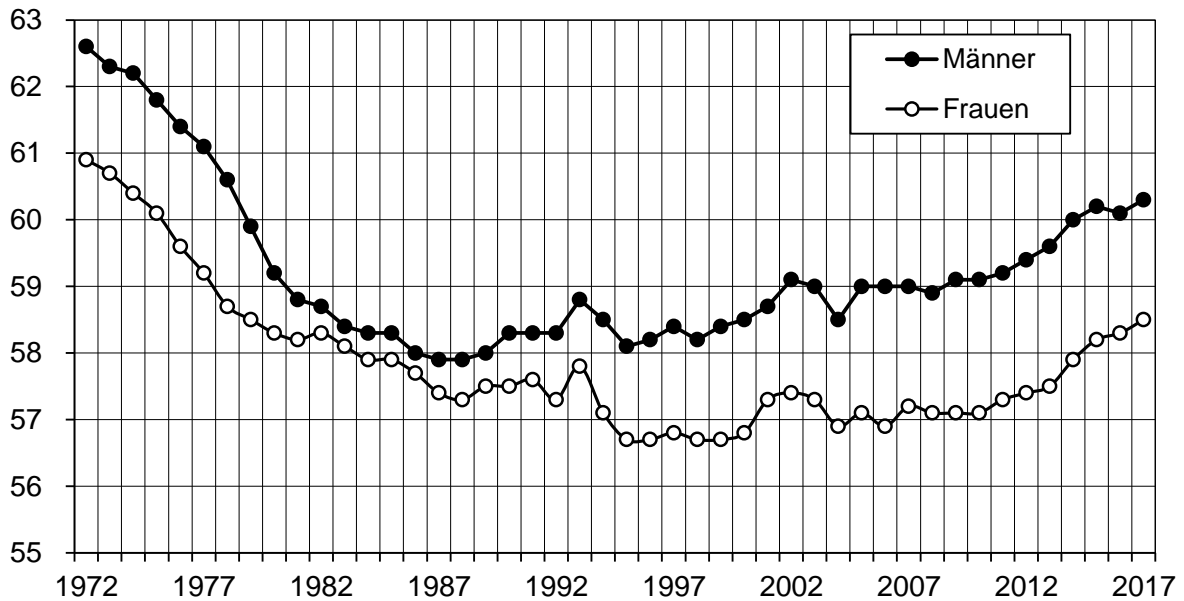
Das Rehabilitationsgeld wird von den Krankenversicherungsträgern berechnet und ausbezahlt. Es wird jedoch zur Gänze aus Mitteln der Pensionsversicherung finanziert (einschließlich Krankenversicherungsbeiträge und Verwaltungsaufwendungen). Um einen Zeitreihenbruch beim Durchschnittsalter der Neuzuerkennungen zu vermeiden, werden die Neuzuerkennungen beim Rehabilitationsgeld in die Berechnungen einbezogen. Bei der Berechnung des Durchschnittsalters wird das Rehabilitationsgeld statistisch wie eine befristete Invaliditätspension behandelt; somit ist Vergleichbarkeit und Kontinuität der Zeitreihe gewährleistet.

Das durchschnittliche Zugangsalter (Alters- bzw. Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld) betrug im Jahre 2017 bei Männern 60,3 Jahre und bei Frauen 58,5 Jahre. Seit dem Jahre 1970 verringerte sich das durchschnittliche Anfallsalter bei den Männern um 1,6, bei Frauen um 1,9 Jahre.

**Durchschnittsalter der Neuzuerkennungen
Pensionen und Rehabilitationsgeld
1970 - 2017**

Jahr	Eigenpensionen			Invaliditäts(EU)pensionen und Rehabilitationsgeld			Alterspensionen		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
1970	61,3	61,9	60,4	56,6	56,6	56,6	63,1	64,2	61,5
1980	58,7	59,2	58,3	54,4	53,9	55,1	60,9	62,5	59,5
1990	58,0	58,3	57,5	53,4	53,9	52,4	61,0	62,1	59,7
2000	57,7	58,5	56,8	50,8	51,8	49,2	59,4	60,5	58,3
2010	58,1	59,1	57,1	52,3	53,5	50,1	60,8	62,6	59,3
2011	58,3	59,2	57,3	52,4	53,7	50,1	60,8	62,7	59,4
2012	58,4	59,4	57,4	52,5	53,8	50,3	60,8	62,9	59,3
2013	58,5	59,6	57,5	52,1	53,5	49,7	60,8	62,8	59,2
2014	58,9	60,0	57,9	52,7	54,0	50,5	61,2	63,2	59,8
2015	59,1	60,2	58,2	52,0	53,6	49,3	61,6	63,6	60,2
2016	59,2	60,1	58,3	52,2	53,6	49,9	61,6	63,3	60,3
2017	59,3	60,3	58,5	51,6	53,0	49,5	61,7	63,3	60,4

**Durchschnittsalter der Neuzuerkennungen
Pensionen und Rehabilitationsgeld
in der gesamten Pensionsversicherung**



Hinterbliebenenpensionen

Die Zahl der Witwenpensionen betrug im Dezember 2017 406.943 und die Zahl der Witwerpensionen 44.856. Die Zahl der Witwenpensionen ist gegenüber dem Vorjahr um 3.190 gesunken, die Zahl der Witwerpensionen um 128 gestiegen und die Zahl der Waisenpensionen um 418 gesunken. Die Gesamtzahl der Hinterbliebenenpensionen hat sich gegenüber dem Vorjahr um 3.480 verringert.

**Pensionen aus dem Versicherungsfall des Todes
Dezember 2007 - 2017**

Dezember	Alle Hinterbliebenenpensionen	davon Pensionen an		
		Witwen	Witwer	Waisen
2007	520.384	429.696	41.594	49.094
2008	517.334	427.341	41.520	48.473
2009	517.055	425.837	42.208	49.010
2010	515.729	424.120	42.426	49.183
2011	513.550	421.835	42.792	48.923
2012	510.857	419.188	43.161	48.508
2013	508.378	416.681	43.481	48.216
2014	507.710	415.677	44.007	48.026
2015	503.830	412.183	44.319	47.328
2016	502.395	410.133	44.728	47.534
2017	498.915	406.943	44.856	47.116

Pensionsbezieher und Pensionen

Der Pensionsstand darf nicht gleichgesetzt werden mit der Zahl der Pensionisten, denn das geltende Pensionsversicherungsrecht gestattet die Kumulierung mehrerer Pensionen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat das Ausmaß dieser Kumulierung verschiedener Pensionsleistungen durch eine Auswertung aus der Versicherungsdatei zum Stichtag 1. Juli 2017 für den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung ermittelt.

Pensionsbezieher und Pensionen 1. Juli 2017

Bezeichnung	Insgesamt	davon Personen mit			Gesamtzahl der Pensionen
		einer Pension	zwei Pensionen	mehreren Pensionen	
Pensionsbezieher (Pensionen) insgesamt	2.104.581	1.843.452	260.499	630	2.366.347
Männer	885.321	842.759	42.399	163	928.048
Frauen	1.219.260	1.000.693	218.100	467	1.438.299

Einem Pensionsstand von 2,366.347 standen zum Stichtag 2,104.581 Pensionsbezieher gegenüber. 261.129 Personen bezogen zwei oder mehrere Pensionen. Die Zahl der Pensionen war um 12,4 % höher als die Zahl der Pensionsbezieher.

Eine Gliederung nach dem Geschlecht zeigt, dass in erster Linie Frauen gleichzeitig zwei oder mehrere Pensionen beziehen. Von 413.429 Bezieherinnen einer Witwenpension erhielten 196.105 nur eine Witwenpension (47,4 %). 217.324 (52,6 %) Bezieherinnen einer Witwenpension erhielten eine weitere Pension (meist eine Eigenpension).

Pensionsbelastungsquote

Die Pensionsbelastungsquote spiegelt die Relation zwischen der Zahl der Pensionen und der Zahl der Pensionsversicherten (Versicherungsverhältnisse) wider.

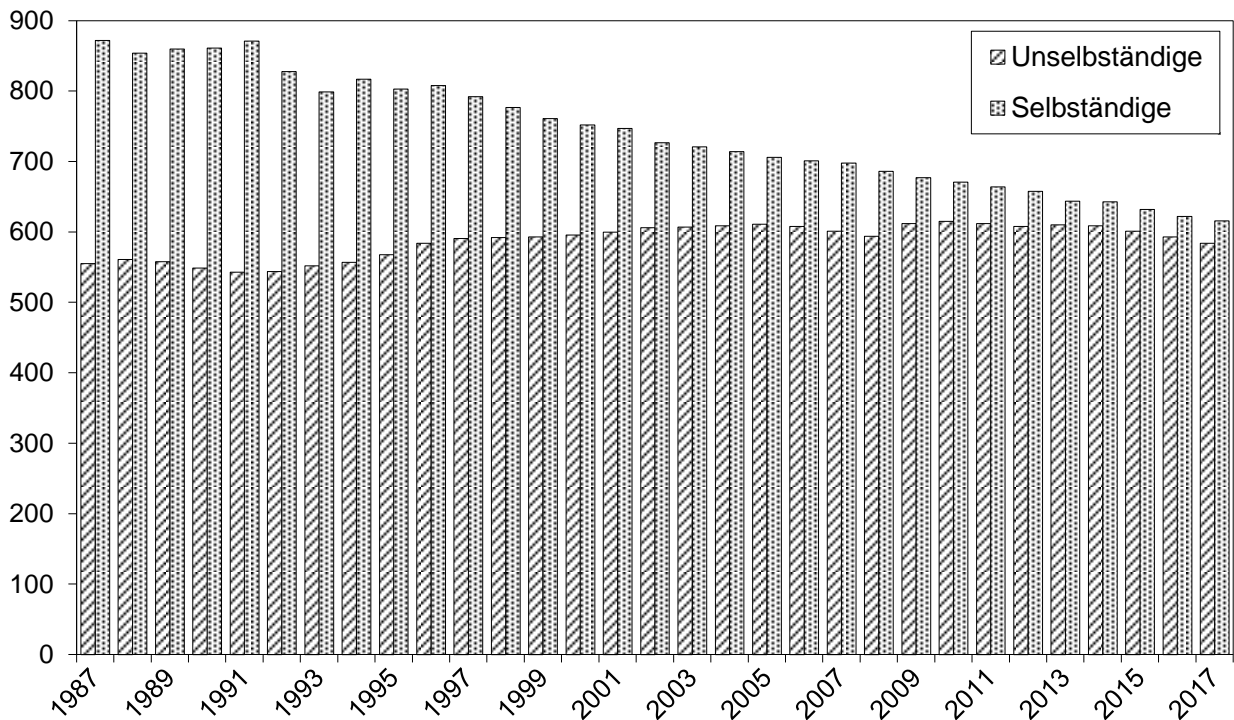
Im Jahresdurchschnitt 2017 entfielen auf 1.000 Pensionsversicherte 589 Pensionen. Im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen betrug die Belastungsquote 584 (2016: 593) und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen 616 (2016: 622).

Die Entwicklung der Pensionsbelastungsquoten, getrennt für die Bereiche der Pensionsversicherung der Unselbständigen und der Pensionsversicherung der Selbständigen, ist aus der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen:

Entwicklung der Pensionsbelastungsquote

Jahr	Pensionsversicherung insgesamt	Pensionsversicherung der	
		Unselbständigen	Selbständigen
2007	615	601	698
2008	607	594	686
2009	621	612	677
2010	623	615	671
2011	620	612	664
2012	615	608	658
2013	615	610	644
2014	614	609	643
2015	606	601	632
2016	597	593	622
2017	589	584	616

**So viele Pensionsbezieher entfallen auf
1.000 Pensionsversicherte**



Die Relation zwischen der Zahl der Pensionen und der Zahl der Pensionsversicherten ist bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern unterschiedlich. So entfielen im Jahresdurchschnitt 2017 auf 1.000 Pensionsversicherte bei der

Versicherungsanstalt des österr. Notariates.....	419 Pensionen,
Sozialversicherungsanstalt der gewerbl. Wirtschaft	420 Pensionen,
Pensionsversicherungsanstalt - Angestellte	436 Pensionen,
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	697 Pensionen,
Pensionsversicherungsanstalt - Arbeiter	802 Pensionen,
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	1.252 Pensionen.

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

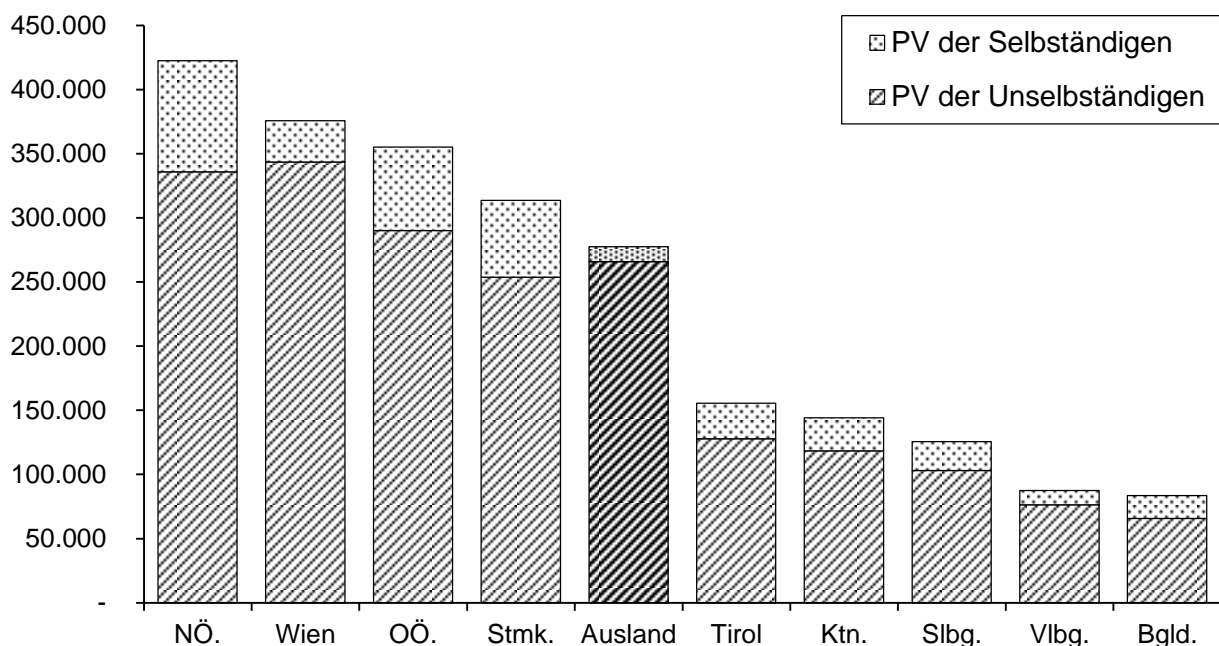
Eine Gliederung nach dem Wohnsitz der Pensionisten zeigt, dass von der Gesamtzahl der Pensionen 2,063.216 an Personen ausbezahlt wurden, die den Wohnsitz im Inland und 277.440 Pensionen an Personen, die den Wohnsitz im Ausland hatten. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der "Inlandspensionen" um 0,7 %, die Zahl der "Auslandspensionen" erhöhte sich um 0,6 %.

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

Gebiet	Stand im Dezember 2017	Anteil in %	Differenz des Pensions- standes gegenüber	
			Dezember 2016	Dezember 2007
Insgesamt	2.340.656	100,0	+ 16.342	+ 215.252
Österreich	2.063.216	88,1	+ 14.657	+ 186.989
Burgenland	83.476	3,6	+ 1.038	+ 10.458
Kärnten	144.071	6,2	+ 1.776	+ 16.044
Niederösterreich	422.431	18,0	+ 2.398	+ 46.212
Oberösterreich	355.185	15,2	+ 2.727	+ 34.774
Salzburg	125.470	5,4	+ 1.400	+ 16.603
Steiermark	313.711	13,4	+ 2.695	+ 30.342
Tirol	155.569	6,6	+ 2.138	+ 22.086
Vorarlberg	87.529	3,7	+ 905	+ 13.105
Wien	375.774	16,0	- 420	- 2.635
<i>Ausland</i>	<i>277.440</i>	<i>11,9</i>	<i>+ 1.685</i>	<i>+ 28.263</i>

Die meisten Pensionen werden im Bundesland Niederösterreich ausbezahlt, gefolgt von Wien, Oberösterreich und der Steiermark. An fünfter Stelle folgen bereits die ins Ausland bezahlten Pensionen.

**Zahl der Pensionen nach dem Wohnsitz des Pensionisten
Dezember 2017**



Von den 277.440 ins Ausland bezahlten Pensionen entfielen 266.014 bzw. 95,9 % auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und lediglich 11.426 bzw. 4,1 % auf die Pensionsversicherung der Selbständigen.

In den meisten Bundesländern waren gegenüber 2007 teilweise recht beträchtliche Zuwächse an Pensionen zu beobachten. Am stärksten war der Zuwachs in Vorarlberg, Tirol und Salzburg, während in Wien ein minimaler Rückgang zu verzeichnen war.

Die nachfolgenden Tabellen geben sowohl für den Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen als auch für den Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen einen Überblick über die Zahl der ausbezahlten Pensionen, getrennt nach dem Wohnsitz des Pensionisten und nach Pensionsarten.

**Zahl der Pensionen nach dem Wohnsitz des Pensionisten
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen
im Dezember 2017**

Bezeichnung	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	der gem. Arbeitsfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.980.650	1.423.678	140.940	339.463	36.898	39.671
Österreich	1.714.636	1.237.090	134.160	274.891	32.917	35.578
Burgenland	65.667	46.526	4.858	11.773	1.368	1.142
Kärnten	118.329	80.237	13.249	20.206	1.924	2.713
Niederösterreich	336.032	247.305	19.019	55.333	7.370	7.005
Oberösterreich	290.244	208.096	22.202	48.810	4.992	6.144
Salzburg	103.010	77.161	7.032	14.967	1.849	2.001
Steiermark	253.737	172.036	27.070	45.091	4.161	5.379
Tirol	127.805	93.910	10.423	18.793	2.108	2.571
Vorarlberg	76.206	57.082	5.542	10.893	1.247	1.442
Wien	343.606	254.737	24.765	49.025	7.898	7.181
<i>Ausland</i>	<i>266.014</i>	<i>186.588</i>	<i>6.780</i>	<i>64.572</i>	<i>3.981</i>	<i>4.093</i>

¹⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

²⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

**Zahl der Pensionen nach dem Wohnsitz des Pensionisten
in der Pensionsversicherung der Selbständigen
im Dezember 2017**

Bezeichnung	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	d. Erwerbsunfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	360.006	258.808	18.315	67.480	7.958	7.445
Österreich	348.580	249.441	17.888	66.224	7.803	7.224
Burgenland	17.809	12.967	710	3.336	487	309
Kärnten	25.742	17.431	1.888	5.426	419	578
Niederösterreich	86.399	62.127	3.637	16.757	2.209	1.669
Oberösterreich	64.941	46.983	3.784	11.142	1.727	1.305
Salzburg	22.460	16.518	932	4.090	460	460
Steiermark	59.974	41.937	3.968	11.224	1.439	1.406
Tirol	27.764	19.746	1.374	5.524	500	620
Vorarlberg	11.323	8.044	429	2.456	129	265
Wien	32.168	23.688	1.166	6.269	433	612
<i>Ausland</i>	<i>11.426</i>	<i>9.367</i>	<i>427</i>	<i>1.256</i>	<i>155</i>	<i>221</i>

¹⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

²⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

Anpassung der Renten und Pensionen

Renten, Pensionen und leistungsbezogene veränderliche Werte werden jährlich mit dem Anpassungsfaktor vervielfacht, beitragsbezogene veränderliche Werte mit der Aufwertungszahl.

Aufwertungszahl

Die Aufwertungszahl wird durch Teilung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage des zweitvorangegangenen Kalenderjahres (Ausgangsjahr) durch die durchschnittliche Beitragsgrundlage des drittvorangegangenen Kalenderjahres (Vergleichsjahr) ermittelt.

Ab dem Jahr 2006 sind zur Ermittlung der durchschnittlichen Beitragsgrundlage eines Kalenderjahres die in den Erfolgsrechnungen der Pensionsversicherungsträger nach dem ASVG, dem GSVG, dem FSVG und dem BSVG ausgewiesenen Beiträge für Pflichtversicherte sowie die Beitragssätze und die Anzahl der im Jahresdurchschnitt in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen heranzuziehen.

Der so errechnete Wert für die **Aufwertungszahl 2018** beträgt

1,029.

Richtwert und Anpassungsfaktor

Der Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat für jedes Kalenderjahr den Anpassungsfaktor unter Bedacht auf den Richtwert bis spätestens 30. November eines jeden Jahres durch Verordnung festzusetzen. Dieser Richtwert ist so festzusetzen, dass die Erhöhung der Pensionen aufgrund der Anpassung mit dem Richtwert der Erhöhung der Verbraucherpreise entspricht. Die Erhöhung der Verbraucherpreise ist aufgrund der durchschnittlichen Erhöhung in zwölf Kalendermonaten bis zum Juli des Jahres, das dem Anpassungsjahr vorangeht, zu ermitteln. Für den Richtwert des Jahres 2018 sind daher die Jahresinflationen der Monate August 2016 bis Juli 2017 heranzuziehen.

Der so errechnete Richtwert für das Jahr 2018 beträgt 1,016.

Der Bundesminister hat den **Anpassungsfaktor für 2018** in der Höhe des Richtwertes von

1,016

festgelegt.

Pensionserhöhung

Gemäß § 108h Abs.1 ASVG sind die Pensionen mit Wirksamkeit ab dem 1. Jänner eines jeden Jahres mit dem Anpassungsfaktor zu vervielfachen.

Auch für das Jahr 2018 wird eine von 108h Abs. 1 ASVG abweichende Pensionsanpassung vorgenommen:

Das Gesamtpensionseinkommen (Abs. 2) ist zu erhöhen,

- wenn es nicht mehr als 1.500 € monatlich beträgt, um 2,2%,
- wenn es über 1.500 € bis zu 2.000 € monatlich beträgt, um 33 € ,
- wenn es über 2.000 € bis zu 3.355 € monatlich beträgt, um 1,6% ,
- wenn es über 3.355 € bis zu 4.980 € monatlich beträgt, um einen Prozentsatz, der zwischen den genannten Werten von 1,6% auf 0% linear absinkt.
- Beträgt das Gesamtpensionseinkommen mehr als 4.980 € monatlich, so findet keine Erhöhung statt.

Im Durchschnitt entspricht das insgesamt einer linearen Anpassung von 1,9 %.

Einen Überblick über die Entwicklung der Pensionsanpassung sowie der Erhöhung der Richtsätze für Alleinstehende seit dem Jahre 2007 gibt die folgende Tabelle. Aus Vergleichsgründen wird in dieser Tabelle auch die Entwicklung der Verbraucherpreise angegeben.

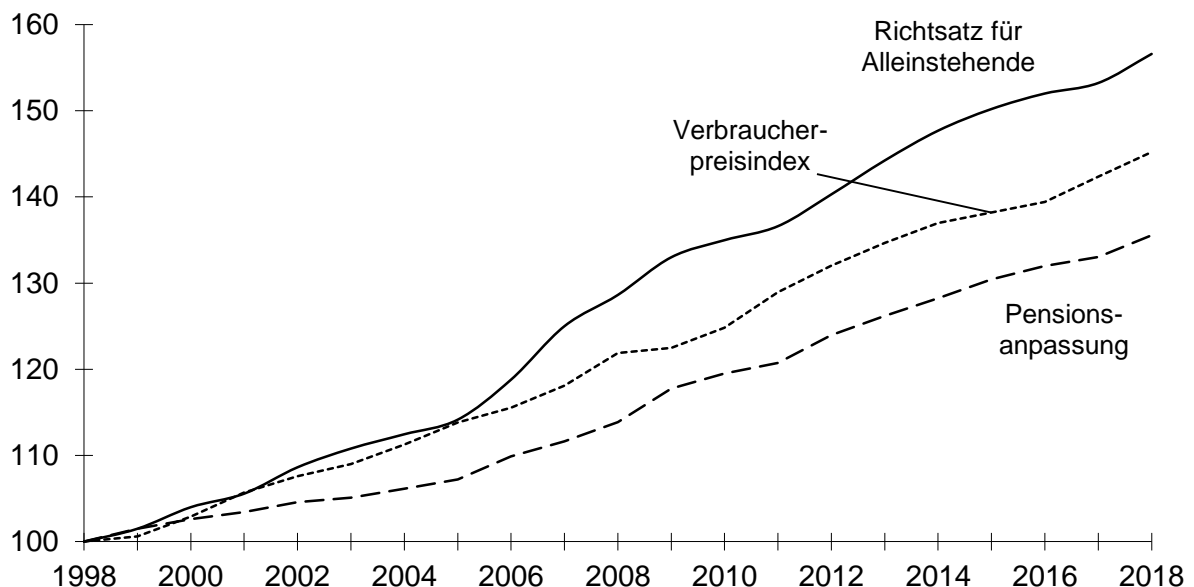
**Pensionsanpassung - Richtsatz für Alleinstehende - Verbraucherpreisindex
Entwicklung 2007 – 2018**

Jahr	Pensions- erhöhung ¹⁾ in %	Richtsatz für Alleinstehende		Steigerung der Verbraucherpreise gegenüber Vorjahr in %
		in Euro	Erhöhung in %	
2007	+ 1,6	726,00	+ 5,2	+ 2,2
2008	+ 2,0	747,00	+ 2,9	+ 3,2
2009	+ 3,4	772,40	+ 3,4	+ 0,5
2010	+ 1,5	783,99	+ 1,5	+ 1,9
2011	+ 1,0	793,40	+ 1,2	+ 3,3
2012	+ 2,7	814,82	+ 2,7	+ 2,4
2013	+ 1,8	837,63	+ 2,8	+ 2,0
2014	+ 1,6	857,73	+ 2,4	+ 1,7
2015	+ 1,7	872,31	+ 1,7	+ 0,9
2016	+ 1,2	882,78	+ 1,2	+ 0,9
2017	+ 0,8	889,84	+ 0,8	+ 2,1
2018	+ 1,9	909,42	+ 2,2	+ 2,0 ²⁾

¹⁾ Durch Einführung von Sockelbeträgen bzw. Erhöhung der Pensionen mit dem Verbraucherpreis bzw. mit Fixbeträgen sind die ausgewiesenen Prozentsätze für manche Jahre mit den Anpassungsfaktoren nicht ident.

²⁾ Prognose WIFO, Dezember 2017.

**Pensionsanpassung - Richtsatz für Alleinstehende - Verbraucherpreisindex
Messzahlen 1998 = 100**



In den letzten 20 Jahren wurden die Pensionen um 35,6 % erhöht und die Richtsätze für Ausgleichszulagen für Alleinstehende um 56,6 %. Im selben Zeitraum ist der Index der Verbraucherpreise um 45,2 % gestiegen.

Pensionshöhe

Die Höhe einer Pension wird einerseits durch die Höhe der Bemessungsgrundlage, andererseits durch die Anzahl der im Verlauf des Erwerbslebens erworbenen Versicherungsmonate bestimmt. Eine echte Mindestpension ist in der gesetzlichen Pensionsversicherung nicht vorgesehen, wohl aber wird mit dem Instrument der Ausgleichzulage eine bedarfsorientierte, vom eigenen bzw. Haushaltseinkommen abhängige Mindestpension gewährt.

Eine Ausgleichszulage zur Pension gebührt dann, wenn die Summe aus Pension und allfälligem Nettoeinkommen aus übrigen Einkünften des Pensionisten nicht die Höhe des anzuwendenden Richtsatzes erreicht. Dabei ist auch das Nettoeinkommen des im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten oder eingetragenen Partners zu berücksichtigen.

Insbesondere wird die durchschnittliche Pensionshöhe beeinflusst durch:

1. Bezug einer zwischenstaatlichen Teilleistung:

Für den Bereich der Pensionsversicherung werden die in einem Vertragsstaat zurückgelegten Versicherungszeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung von Leistungsansprüchen berücksichtigt. Werden demzufolge in einem anderen Vertragsstaat Versicherungszeiten erworben, kommt es zur Berechnung von Teilpensionen, deren Höhe sich nach dem Ausmaß der in dem jeweiligen Vertragsstaat zurückgelegten Versicherungszeiten berechnet (Pro-rata-temporis-Methode). Die seitens der österreichischen Pensionsversicherung zu leistende zwischenstaatliche Teilleistung richtet sich also danach, wie viele Versicherungszeiten im Inland erworben worden sind. Das gilt unabhängig davon, ob es sich um einen Inländer handelt, der im Ausland Zeiten erworben hat, oder etwa um einen Gastarbeiter aus einem Vertragsstaat, der Versicherungszeiten sowohl in Österreich als auch in seinem Herkunftsland erworben hat. Die Berechnung dieser zwischenstaatlichen Teilleistung ist auch unabhängig davon, ob die Pension im Inland anfällt oder an einen Pensionisten mit Wohnsitz im Ausland überwiesen wird. Diese Teilleistungen sind natürlich betragsmäßig deutlich geringer als Vollpensionen und drücken die Durchschnittspensionen um etwa 10 %.

Die folgende Tabelle informiert über Anzahl und durchschnittliche Höhe der zwischenstaatlichen Teilleistungen in der Pensionsversicherung.

**Durchschnittliche Höhe der zwischenstaatlichen Teilleistungen
im Dezember 2017**

Pensionsart	Zahl der Teilleistungen	Durchschnitt in Euro
Pensionen insgesamt	424.207	537
Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit	20.497	786
Alterspensionen	315.624	595
Witwenpensionen	76.720	283
Witwerpensionen	5.448	168
Waisenpensionen	5.918	212

2. Bezug einer weiteren Pensionsleistung

Durch den Bezug einer Eigenpension (Alterspension oder Invaliditätspension) und einer Hinterbliebenenpension erhöht sich zwar die gesamte Pensionsleistung für den einzelnen Pensionsbezieher, da es sich aber um keine personenbezogene Statistik handelt, sondern um die Gesamtzahl der Pensionen, wird der Durchschnitt der Pensionshöhen insgesamt gedrückt.

Die **durchschnittlichen Alterspensionen**, getrennt nach Versicherungsträgern und Geschlecht, sind der folgenden Tabelle zu entnehmen.

**Durchschnittliche Höhe
aller Alterspensionen ¹⁾ nach Geschlecht
im Dezember 2017**

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV – Träger	1.275	1.635	1.000
PVA – Arbeiter	979	1.250	728
PVA – Angestellte	1.596	2.156	1.272
VAEB – Eisenbahnen	1.466	1.689	1.079
VAEB – Bergbau	2.001	2.090	1.444
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1.498	1.810	1.095
SVA der Bauern	859	1.195	684
VA des österreichischen Notariates	6.063	6.086	4.686

¹⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr; einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

In den ausgewiesenen Durchschnittspensionen sind zwischenstaatliche Teilleistungen enthalten. Lässt man diese Teilleistungen außer Betracht, so ergeben sich um etwa 12 % höhere Durchschnittswerte.

Die unterschiedlichen Pensionshöhen bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern spiegeln ziemlich genau die Verschiedenheit der durchschnittlichen Beitragsgrundlagen der bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern versicherten Personen wider.

Niedrigere Aktiveinkommen zum einen und Lücken im Versicherungsverlauf insbesondere durch die Erziehung von Kindern zum anderen bewirken, dass die Durchschnittspensionen der Frauen wesentlich unter jenen der Männer liegen. Im Rahmen der Pensionsreform 1993 wurde durch die verbesserte Anrechnung von Zeiten der Kindererziehung eine Maßnahme gesetzt, durch die diese Benachteiligung im Erwerbsleben in der Pension zumindest zum Teil ausgeglichen werden soll.

Detaillierte Informationen über die Höhe und Art der Alterspensionen gibt folgende Tabelle:

**Durchschnittliche Höhe
der Alterspensionen ¹⁾ nach Pensionsarten
im Dezember 2017**

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro				
	Alterspensionen ²⁾ (65.bzw. 60.Lj.)	Vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer	Korridorpensionen	Langzeitversicherte	Schwerarbeitspensionen
Alle PV – Träger	1.243	2.275	1.813	1.990	1.896
PVA – Arbeiter	942	2.224	1.350	1.664	1.993
PVA – Angestellte	1.563	2.582	2.348	2.207	2.252
VAEB – Eisenbahnen	1.422	2.913	1.746	2.212	2.215
VAEB – Bergbau	1.965	2.471	2.634	2.641	2.758
SVA der gew. Wirtsch.	1.476	1.687	1.920	2.037	1.963
SVA der Bauern	845	-	1.280	1.050	1.225

¹⁾ Einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

²⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

Die Höhe der Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit ist deutlich niedriger als die der Alterspensionen. Bei diesen Pensionen ist naturgemäß die bis zum Eintritt des Versicherungsfalles erworbene Anzahl an Versicherungsmonaten wesentlich geringer als bei den Pensionen aus dem Versicherungsfall des Alters. Auch gibt es wesentliche Unterschiede in der Pensionshöhe zwischen den einzelnen Pensionsversicherungsträgern, wie aus der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen ist.

**Durchschnittliche Höhe der Invaliditäts-
(Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeits)pensionen ¹⁾
im Dezember 2017**

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV – Träger	1.158	1.264	907
PVA – Arbeiter	1.081	1.166	811
PVA – Angestellte	1.301	1.567	1.019
VAEB – Eisenbahnen	1.360	1.416	1.014
VAEB – Bergbau	1.510	1.515	1.417
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1.274	1.374	873
SVA der Bauern	1.100	1.155	806
VA des österreichischen Notariates	3.331	3.331	-

¹⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr;
einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

Über die **Durchschnittswerte der Hinterbliebenenpensionen** im Dezember 2017 - gegliedert nach Witwen-, Witwer- und Waisenpensionen - informiert die folgende Tabelle:

**Durchschnittliche Höhe der Hinterbliebenenpensionen ¹⁾
im Dezember 2017**

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	Witwen	Witwer	Waisen
Alle PV – Träger	768	343	373
PVA – Arbeiter	642	267	359
PVA – Angestellte	1.007	430	379
VAEB – Eisenbahnen	803	314	403
VAEB – Bergbau	1.024	466	588
SVA der gewerblichen Wirtschaft	813	435	391
SVA der Bauern	672	263	407
VA des österreichischen Notariates	3.093	-	1.019

¹⁾ Einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

Höhe der Durchschnittspensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

Die nachfolgenden Tabellen geben sowohl für den Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen als auch für den Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen einen Überblick über die Höhe der Durchschnittspensionen, getrennt nach Bundesländern (Ausland) und nach Pensionsarten. Die Höhe der Durchschnittspensionen wird durch jene Pensionsleistungen, die ins Ausland überwiesen werden, stark beeinflusst. Lässt man bei der Berechnung der Durchschnittspensionen die ins Ausland gezahlten Pensionen außer Betracht, so ergeben sich um etwa 11 % höhere Durchschnittswerte.

**Höhe der Durchschnittspensionen¹⁾ nach dem Wohnsitz des Pensionisten
in der Pensionsversicherung der Unselbständigen
im Dezember 2017**

Bezeichnung	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	der gem. Arbeits- fähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.289	1.153	770	348	368
Österreich	1.445	1.188	908	372	393
Burgenland	1.427	1.284	863	370	397
Kärnten	1.369	1.222	886	362	409
Niederösterreich	1.511	1.238	931	373	400
Oberösterreich	1.450	1.195	932	338	395
Salzburg	1.435	1.184	899	350	376
Steiermark	1.425	1.225	902	365	416
Tirol	1.352	1.170	884	336	379
Vorarlberg	1.284	1.106	850	291	359
Wien	1.490	1.096	908	426	378
<i>Ausland</i>	<i>257</i>	<i>461</i>	<i>185</i>	<i>150</i>	<i>149</i>

¹⁾ Einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

²⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

³⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

**Höhe der Durchschnittspensionen¹⁾ nach dem Wohnsitz des Pensionisten
in der Pensionsversicherung der Selbständigen
im Dezember 2017**

Bezeichnung	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	der Erwerbs- unfähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.198	1.190	756	320	401
Österreich	1.233	1.209	764	323	408
Burgenland	1.119	1.323	736	292	417
Kärnten	1.234	1.200	755	346	410
Niederösterreich	1.234	1.270	772	321	405
Oberösterreich	1.153	1.273	756	297	424
Salzburg	1.298	1.210	768	339	365
Steiermark	1.066	1.104	711	289	405
Tirol	1.295	1.141	783	362	411
Vorarlberg	1.567	1.316	851	419	412
Wien	1.541	1.156	824	475	403
<i>Ausland</i>	<i>264</i>	<i>365</i>	<i>342</i>	<i>154</i>	<i>172</i>

¹⁾ Einschließlich Ausgleichszulage und Kinderzuschuss (ohne Pflegegeld und Familienbeihilfe).

²⁾ Inkl. Invaliditätspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

³⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

Zulagen, Zuschüsse

Im Folgenden werden jene Leistungen der Pensionsversicherungsträger behandelt, die zur Pensionsleistung zusätzlich gewährt werden.

Ausgleichszulage

Erreicht die Pension zuzüglich dem sonstigen Nettoeinkommen und den Unterhaltsansprüchen nicht einen bestimmten Richtsatz, gebührt die Differenz als Ausgleichszulage, solange sich der Pensionsberechtigte im Inland aufhält. Grundsätzlich sind sämtliche Einkünfte des Pensionisten bzw. des Ehepartners anzurechnen, wobei aber einzelne Arten von Einkünften ausdrücklich von der Anrechnung ausgenommen sind (Wohnbeihilfen, Leistungen nach dem Familienlastenausgleichsgesetz, Pflegegeld, Kinderzuschüsse etc.).

Es gibt daher eine Reihe von Gründen, weshalb ein Pensionist, dessen Pension unter dem Richtsatz für Alleinstehende liegt, nicht in den Genuss einer Ausgleichszulage kommt:

- Bezug einer zwischenstaatlichen Teilleistung
- Bezug einer weiteren Pensionsleistung
- Auslandsaufenthalt
- Bezug einer Unfallrente
- Pauschalisiertes Ausgedinge
- Zusätzliches Erwerbseinkommen
- Sachbezüge und sonstige Einkünfte
- Anspruch auf Unterhaltsleistung
- Pension des Ehepartners
- Unfallrente des Ehepartners
- Erwerbseinkommen oder sonstiges Einkommen des Ehepartners

Die Bestimmungen betreffend dem Ehepartner sind sinngemäß auch auf eingetragene Partnerschaften anzuwenden.

Der Aufwand für Ausgleichszulagen wird den Pensionsversicherungsträgern vom Bund ersetzt. Im Jahre 2017 betrug dieser Aufwand für die gesamte Pensionsversicherung 979 Millionen Euro.

In der gesamten Pensionsversicherung wurde im Dezember 2017 in 212.377 Fällen eine Ausgleichszulage gewährt, um 1.140 mehr als vor Jahresfrist und um 27.138 weniger als vor 10 Jahren.

**Ausgleichszulagenbezieher nach Geschlecht
Dezember 2007 – 2017**

Dezember	Männer und Frauen	Männer	Frauen
2007	239.515	74.971	164.544
2008	243.246	76.417	166.829
2009	241.619	76.652	164.967
2010	238.242	76.026	162.216
2011	234.671	75.434	159.237
2012	229.186	74.493	154.693
2013	229.366	74.988	154.378
2014	224.209	73.010	151.199
2015	215.609	69.905	145.704
2016	211.237	68.413	142.824
2017	212.377	68.467	143.910

Der Anteil der Ausgleichszulagen - gemessen am Pensionsstand - betrug im Dezember 2017 9,1 %, im Dezember 2007 noch 11,3 %.

Der Anteil der Empfänger von Ausgleichszulagen ist bei den einzelnen Pensionsarten unterschiedlich hoch. Am höchsten liegt dieser Wert bei den Waisenpensionen, wo er im Dezember 2017 31,4 % betrug; dann folgen die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit mit 23,9 %, die Witwenpensionen mit 13,0 % und die Alterspensionen mit 6,3 %. Bei den Witwerpensionen beträgt der Anteil der Ausgleichszulagen nur 1,4 %.

Ausgleichszulagen werden aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen nur an im Inland wohnhafte Pensionsbezieher ausbezahlt. Wie die nachstehende Tabelle zeigt, hat das Bundesland Steiermark die höchste Zahl an Ausgleichszulagen-Empfängern aufzuweisen; an 2. Stelle folgt das Bundesland Wien. Die Quote der Ausgleichszulagen-Bezieher ist in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich; sie reicht von 7,5 % in Vorarlberg bis zu 14,0 % in Kärnten.

**Ausgleichszulagen nach Bundesländern
im Dezember 2017**

Gebiet	Anzahl der AZ-Bezieher	in % des Pensionsstandes
Österreich	212.377	9,1
Burgenland	7.675	9,2
Kärnten	20.204	14,0
Niederösterreich	34.178	8,1
Oberösterreich	31.797	9,0
Salzburg	10.814	8,6
Steiermark	42.936	13,7
Tirol	17.738	11,4
Vorarlberg	6.569	7,5
Wien	40.466	10,8

Der Stand an Ausgleichszulagen-Beziehern hat sich im Verlauf der letzten 10 Jahre wie folgt entwickelt:

**Ausgleichszulagen-Bezieher in der Pensionsversicherung
Dezember 2007 – 2017**

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Ange- stellte	Eisen- bahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
2007	239.515	144.833	23.740	1.258	1.814	17.745	50.125
2008	243.246	147.472	25.992	1.316	1.791	17.275	49.400
2009	241.619	147.136	26.960	1.317	1.658	16.633	47.915
2010	238.242	145.633	27.580	1.291	1.534	16.131	46.073
2011	234.671	143.848	28.040	1.287	1.440	15.561	44.495
2012	229.186	141.032	28.108	1.211	1.297	14.882	42.656
2013	229.366	141.482	29.149	1.214	1.235	14.607	41.679
2014	224.209	138.382	28.554	1.211	1.189	14.370	40.503
2015	215.609	132.908	27.750	1.146	1.071	13.985	38.749
2016	211.237	130.464	27.861	1.099	988	13.634	37.191
2017	212.377	131.256	28.957	1.104	922	13.994	36.144

In der Pensionsversicherung der Unselbständigen steigt die Zahl der Ausgleichszulagen-Bezieher bis zum Jahr 2009. Danach ist ein jährlicher Rückgang zu beobachten. Im Dezember 2013 war zwar die Zahl der Ausgleichszulagen-Bezieher gegenüber dem Vorjahr höher, in den folgenden Jahren setzte sich der Trend der sinkenden Zahlen der Ausgleichszulagen-

Bezieher aber weiter fort. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich allerdings wieder die Zahl der Ausgleichszulagen-Bezieher in der Pensionsversicherung der Unselbständigen um 1.827.

Der Anteil der Empfänger von Ausgleichszulagen am Pensionsstand ist bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern unterschiedlich hoch. Bei der Pensionsversicherungsanstalt mussten im Dezember 2017 82 von 1.000 Pensionen durch die Gewährung einer Ausgleichszulage auf den Richtsatz angehoben werden (Angestellte 33 von 1.000 Pensionen, Arbeiter immerhin noch 123 von 1.000 Pensionen).

Die Quote der Ausgleichszulagen-Bezieher in der Pensionsversicherung der Selbständigen ist wesentlich höher als in der Pensionsversicherung der Unselbständigen. Im Dezember 2017 erhielten bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 7,4 % und bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sogar 21,1 % der Pensionsbezieher eine Ausgleichszulage. Nach dem Notarversicherungsgesetz sind Ausgleichszulagen nicht vorgesehen.

**Ausgleichszulagenbezieher in % des Pensionsstandes
Dezember 2007 – 2017**

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Ange- stellte	Eisen- bahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft.	Bauern
2007	11,3	14,3	3,3	6,8	8,6	11,0	27,1
2008	11,3	14,4	3,5	7,1	8,7	10,6	26,8
2009	11,0	14,2	3,5	7,1	8,1	10,1	26,0
2010	10,7	13,9	3,5	7,0	7,6	9,7	25,0
2011	10,4	13,6	3,5	6,9	7,3	9,2	24,2
2012	10,1	13,2	3,4	6,6	6,7	8,7	23,3
2013	10,0	13,2	3,5	6,6	6,5	8,4	23,1
2014	9,7	12,9	3,4	6,6	6,4	8,0	22,6
2015	9,4	12,5	3,3	6,3	5,9	7,7	22,1
2016	9,1	12,2	3,2	6,0	5,6	7,4	21,4
2017	9,1	12,3	3,3	6,1	5,4	7,4	21,1

Auch der durchschnittliche Betrag je Ausgleichszulagen-Empfänger liegt bei den beiden Trägern der Pensionsversicherung der Selbständigen wesentlich über dem in der Pensionsversicherung der Unselbständigen.

Nachstehend ist die Entwicklung der durchschnittlichen Ausgleichszulage je Empfänger im Verlaufe der letzten 10 Jahre angeführt:

**Durchschnittliche Ausgleichszulage pro Empfänger in Euro
Dezember 2007 – 2017**

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Ange- stellte	Eisen- bahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtsch.	Bauern
2007	263	241	217	209	173	274	349
2008	277	256	225	217	182	289	370
2009	275	254	226	213	181	285	369
2010	278	258	230	211	186	287	372
2011	281	260	233	212	189	290	377
2012	286	266	238	216	192	295	386
2013	295	274	246	225	198	305	399
2014	302	281	252	229	201	312	408
2015	305	285	254	230	201	316	413
2016	308	287	256	240	204	321	416
2017	309	289	257	238	205	326	422

Kinderzuschuss

Zu allen Leistungen aus dem Versicherungsfall des Alters und der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit gebührt für jedes Kind des Anspruchsberechtigten ein Kinderzuschuss, der bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres gewährt wird. Über das vollendete 18. Lebensjahr hinaus wird der Kinderzuschuss nur auf Antrag bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen gewährt. Zu Hinterbliebenenpensionen gebühren keine Kinderzuschüsse.

Der Kinderzuschuss beträgt für jedes Kind 29,07 Euro monatlich.

Im Jahre 2017 haben die Pensionsversicherungsträger rund 21,3 Millionen Euro für Kinderzuschüsse aufgewendet.

Gebarung der Pensionsversicherungsträger

Die Gesamteinnahmen in der Pensionsversicherung betragen im Jahre 2017 41.563 Millionen Euro, um 831 Millionen Euro bzw. um 2,0 % mehr als im Jahre 2016. Die Ausgaben betragen 41.562 Millionen Euro. Sie erhöhten sich gegenüber dem Jahre 2016 um 834 Millionen Euro bzw. ebenfalls um 2,0 %. Das Rechnungsjahr 2017 wurde somit vorläufig mit einem Gebarungsüberschuss von 1 Million Euro abgeschlossen.

Gebarung der Pensionsversicherung

Bezeichnung	2017 in Millionen Euro	Veränderung gegenüber 2016	
		in Millionen Euro	in %
Einnahmen insgesamt	41.563	+ 831	+ 2,0
Beiträge für Versicherte ¹⁾	34.117	+ 1.978	+ 6,2
Ausfallhaftung des Bundes	6.264	- 1.129	- 15,3
Ersätze für Ausgleichszulagen	979	+ 8	+ 0,8
Sonstige Einnahmen ²⁾	203	- 26	- 11,1
Ausgaben insgesamt	41.562	+ 834	+ 2,0
Versicherungsleistungen	40.309	+ 983	+ 2,5
Pensionsaufwand	36.370	+ 860	+ 2,4
Ausgleichszulagenaufwand	979	+ 8	+ 0,8
Gesundheitsvorsorge u. Rehabilitation	1.169	+ 65	+ 5,8
Beiträge zur KV der Pensionisten	1.676	+ 43	+ 2,7
Sonstige Leistungen	115	+ 7	+ 6,6
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträge	379	+ 48	+ 14,5
Verwaltungsaufwand	623	+ 11	+ 1,9
Sonstige Ausgaben ³⁾	251	- 208	- 45,4
Saldo	+ 1	-	-

¹⁾ Inklusive 768 Mio. Euro an Überweisungsbeträgen der Bank Austria für Pensionsanwartschaften.

²⁾ Ersätze für Leistungsaufwendungen, Kostenbeteiligungen, etc.

³⁾ Überweisungsbeträge und Beitragsrестattungen, Zuweisung an Rücklagen etc.

Mit dem Pensionsharmonisierungsgesetz 2004 wurde der Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger mit 31.12.2004 abgeschafft und die Finanzierung der Ersatzzeiten auf eine völlig neue Basis gestellt (Beitragsleistung für Ersatzzeiten). Versicherungszeiten werden nicht mehr in Beitrags- und Ersatzzeiten unterschieden, sondern nur mehr in Beitragszeiten aufgrund einer Erwerbstätigkeit oder aufgrund der Beitragsleistung durch den Bund oder eines öffentlichen Fonds (z.B. für Zeiten der Kindererziehung, Präsenzdienst oder Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung).

Der Zusatzbeitrag in Höhe von 4,3 %, der zur Gänze in den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger floss, wurde in einen Pensionsbeitrag umgewandelt.

Von den **Einnahmen der Pensionsversicherungsträger** in der Höhe von 41.563 Millionen Euro entfielen 34.117 Millionen Euro bzw. 82,1 % auf Beiträge für Versicherte.

Der Bund leistete jedem Pensionsversicherungsträger (ausgenommen Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates) für das Geschäftsjahr 2017 einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den die Aufwendungen die Erträge überstiegen (**Ausfallhaftung des Bundes**). Ab dem Jahre 2005 wird die Verdoppelung der Pflichtbeiträge im Bereich der Selbständigen abgelöst durch die sogenannte **Partnerleistung**. Diese ergänzt die Beitragsätze des GSVG, BSVG und FSVG jeweils auf das im ASVG geltende Beitragsniveau von 22,8 % und ist eine Leistung aus dem Steueraufkommen der Pflichtversicherten.

Weiters leistet der Bund auch die Beiträge zur **Ersatzzeitenfinanzierung** für Zeiten des Wochen- und Krankengeldbezuges, für Präsenz- und Ausbildungsdienstleistende, Zivildienstler und Übergangsgeldbezieher sowie zu 25 % der Beiträge für Zeiten der Kindererziehung.

Im Jahre 2017 betrug die Ausfallhaftung des Bundes 6.264 Millionen Euro bzw. 1,7 % des Bruttoinlandsproduktes.

Die folgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Bundesbeitrages (der Ausfallhaftung) seit dem Jahre 2007.

**Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung)
Pensionsversicherung insgesamt**

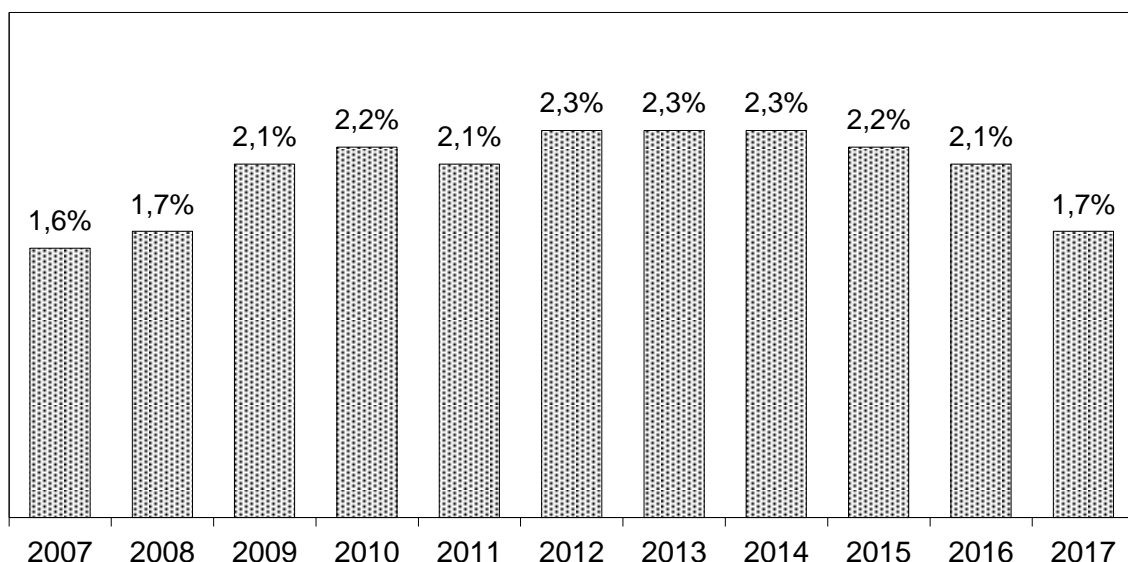
Jahr	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)	
	in Millionen Euro	in % des BIP
2007	4.439	1,6
2008	4.904	1,7
2009	5.928	2,1
2010	6.481	2,2
2011	6.603	2,1
2012	7.291	2,3
2013	7.391	2,3
2014	7.715	2,3
2015	7.489	2,2
2016	7.393	2,1
2017	6.264	1,7

Zur Finanzierung der Pensionsversicherung mussten in allen Versicherungsbereichen Bundesmittel herangezogen werden. Die Pensionsversicherung erbringt auch Leistungen, deren Aufgabe nicht der Ersatz eines weggefallenen Erwerbseinkommens ist (Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation, Krankenversicherung der Pensionisten). Diese versicherungsfremden Leistungen müssen daher von der Allgemeinheit im Wege des Steueraufkommens finanziert werden.

Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung)

Jahr	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung) in Millionen Euro			
	PV insgesamt	ASVG	GSVG / FSVG	BSVG
2007	4.439	2.667	705	1.067
2008	4.904	2.982	774	1.148
2009	5.928	3.901	813	1.214
2010	6.481	4.167	1.061	1.253
2011	6.603	4.277	1.049	1.277
2012	7.291	4.822	1.126	1.343
2013	7.391	4.958	1.045	1.388
2014	7.715	4.968	1.309	1.438
2015	7.489	4.753	1.272	1.464
2016	7.393	4.665	1.231	1.497
2017	6.264	3.522	1.248	1.494

Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung) in % des BIP



Bundesbeitrag (Ausfallhaftung) gegliedert nach Pensionsversicherungsträgern

Versicherungsträger	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)				
	Mio.€	in % des Pensionsaufwandes			
	2017	2017	2016	2012	2007
PV insgesamt	6.264	17,2	20,8	23,2	17,7
PV der Unselbständigen	3.522	11,3	15,3	17,8	12,4
Pensionsversicherungsanstalt	3.206	10,5	14,6	17,1	11,0
VA für Eisenbahnen u. Bergbau	316	45,2	47,1	45,6	63,7
PV der Selbständigen	2.742	53,2	54,3	56,3	50,1
SVA der gew. Wirtschaft	1.248	36,9	37,6	40,7	32,3
SVA der Bauern	1.494	86,1	87,0	84,2	79,7
VA des österr. Notariates	-	-	-	-	-

Im Bereich der Pensionsversicherung übernimmt der Bund nicht nur die Ausfallhaftung sondern ersetzt den Pensionsversicherungsträgern auch den Aufwand für Ausgleichszulagen. Insgesamt betragen die öffentlichen Mittel im Bereich der Pensionsversicherung, wie die folgende Zusammenstellung zeigt, 7.243 Millionen Euro.

**Bundesmitten in der gesetzlichen Pensionsversicherung
im Jahre 2017**

Bezeichnung	Bundesmitten in Millionen Euro
Pensionsversicherung insgesamt	7.243
Pensionsversicherung der Unselbständigen	4.209
Ausfallhaftung	3.522
Ersätze für Ausgleichszulagen	687
Pensionsversicherung der Selbständigen	3.034
Ausfallhaftung	2.742
Ersätze für Ausgleichszulagen	292

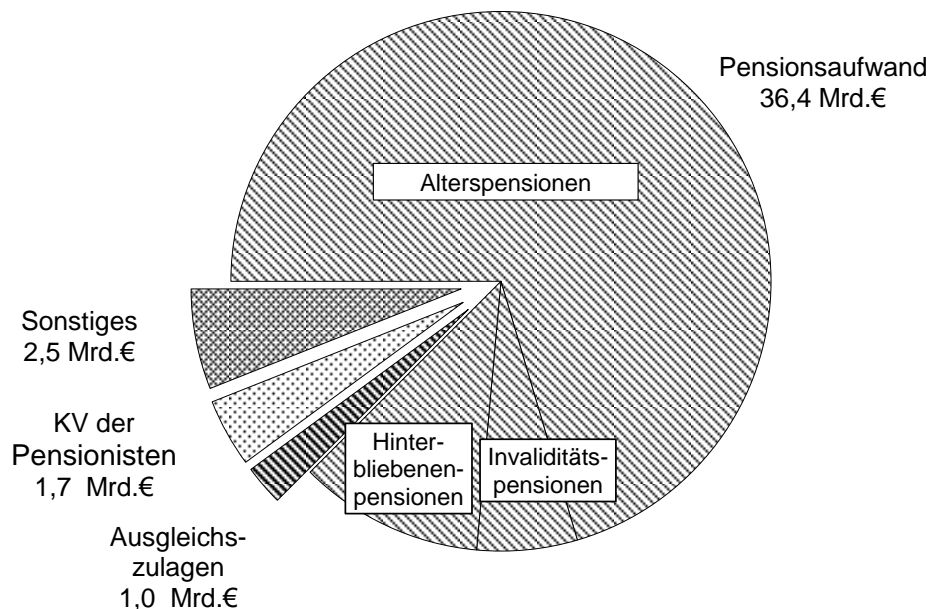
Die **Ausgaben der Pensionsversicherungsträger** werden durch die Entwicklung des Pensionsaufwandes bestimmt. Von den Gesamtausgaben in der Höhe von 41.562 Millionen Euro entfielen 36.370 Millionen Euro bzw. 87,5 % auf den Pensionsaufwand. Gegenüber dem Jahre 2016 erhöhte sich der Pensionsaufwand um 860 Millionen Euro bzw. um 2,4 %.

Eine Gliederung des Pensionsaufwandes nach Pensionsarten zeigt, dass im Jahre 2017

- 29.241 Millionen Euro für Alterspensionen,
- 2.537 Millionen Euro für Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit und
- 4.583 Millionen Euro für Hinterbliebenenpensionen

aufgewendet wurden. 9 Millionen Euro wurden für Einmalzahlungen (Abfertigungen, Abfindungen) aufgewendet.

Ausgaben in der Pensionsversicherung
2017: 41,6 Milliarden Euro



Für die Krankenversicherung der Pensionisten mussten die Pensionsversicherungsträger 1.676 Millionen Euro aufbringen, um 43 Millionen Euro bzw. 2,7 % mehr als im Jahre 2016. Für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation betragen die Ausgaben 1.169 Millionen Euro, um 65 Millionen Euro bzw. 5,8 % mehr als 2016. Im Jahre 2017 hatte der Versicherte für Rehabilitationsaufenthalte und für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge pro Verpflegungstag zwischen € 7,97 und € 19,35 je nach wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen zu leisten. Eine Befreiung von dieser Zuzahlung ist möglich.

Die Ausgaben für Ausgleichszulagen, die durch den Bund ersetzt werden, betragen 979 Millionen Euro.

Einen Gesamtüberblick über die Gebarungsergebnisse der einzelnen Pensionsversicherungsträger geben die nachfolgenden Tabellen:

Gebarungsergebnisse der Pensionsversicherungsträger im Jahre 2017

Pensionsversicherung der Unselbständigen in Mio. Euro

Bezeichnung	PV der Unselbständigen	davon	
		Pensionsversicherungsanstalt	VA für Eisenbahnen und Bergbau
Einnahmen insgesamt	35.373	34.554	819
Beiträge für Versicherte	31.004	30.511	493
Ausfallhaftung des Bundes	3.522	3.206	316
Ersätze für Ausgleichszulagen	687	680	7
Sonstige Einnahmen	160	157	3
Ausgaben insgesamt	35.378	34.559	819
Versicherungsleistungen	34.307	33.513	794
Pensionsaufwand	31.221	30.523	698
Ausgleichszulagenaufwand	687	680	7
Gesundheitsvorsorge u. Rehabilitation	1.015	1.000	15
Beiträge zur KV d. Pensionisten	1.278	1.206	72
Sonstige Leistungen	106	104	2
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträge	379	376	3
Verwaltungsaufwand	498	483	15
Sonstige Ausgaben	194	187	7
Saldo	- 5	- 5	-

Pensionsversicherung der Selbständigen in Mio. Euro

Bezeichnung	PV der Selbständigen	davon		
		SVA der gew. Wirtschaft	SVA der Bauern	VA des österr. Notariates
Einnahmen insgesamt	6.190	3.798	2.353	39
Beiträge für Versicherte	3.113	2.454	624	35
Ausfallhaftung des Bundes	2.742	1.248	1.494	-
Ersätze für Ausgleichszulagen	292	69	223	-
Sonstige Einnahmen	43	27	12	4
Ausgaben insgesamt	6.184	3.799	2.353	32
Versicherungsleistungen	6.002	3.679	2.293	30
Pensionsaufwand	5.149	3.384	1.736	29
Ausgleichszulagenaufwand	292	69	223	-
Gesundheitsvorsorge u. Rehab.	154	76	77	1
Beiträge zur KV d. Pensionisten	398	144	254	-
Sonstige Leistungen	9	6	3	-
Verwaltungsaufwand	125	69	55	1
Sonstige Ausgaben	57	51	5	1
Saldo	+ 6	- 1	-	+ 7

Unfallversicherung

Unfallversicherte

Die Zahl der unfallversicherten Personen betrug im Jahresdurchschnitt 2017 6,426.074, um 88.692 mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Unselbständigen erhöhte sich um 70.553, die Zahl der Selbständigen um 5.338 und die Zahl der Schüler und Studenten um 12.801. Seit dem Jahr 2010 gibt es für 5-jährige Kinder ein verpflichtendes Jahr zur frühen Förderung in institutionellen Kinderbetreuungseinrichtungen. Diese Kindergartenkinder unterliegen ebenfalls der Unfallversicherung und werden im Folgenden unter der Kategorie „Schüler und Studenten“ miteinbezogen.

Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt erhöhte sich der Versichertenstand gegenüber dem Vorjahr um 84.893; die Zahl der Unselbständigen um 59.952, die Zahl der Selbständigen um 12.140 und die Zahl der Schüler und Studenten um 12.801. Bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern verringerte sich der Versichertenstand gegenüber dem Vorjahr um 6.802. Bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau erhöhte er sich um 1.680, bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter um 8.921.

Unfallversicherte nach Kategorien und Versicherungsträgern

Bezeichnung	Jahresdurchschnitt		Veränderungen gegenüber 2016
	2017	2016	
Alle Unfallversicherten	6.426.074	6.337.382	+ 88.692
Unselbständige	3.542.312	3.471.759	+ 70.553
Selbständige ¹⁾	1.455.764	1.450.426	+ 5.338
Schüler und Studenten ²⁾	1.427.998	1.415.197	+ 12.801
AUVA	5.012.593	4.927.700	+ 84.893
SVA der Bauern ¹⁾	918.067	924.869	- 6.802
VA für Eisenbahnen und Bergbau	66.400	64.720	+ 1.680
VA öffentlich Bediensteter	429.014	420.093	+ 8.921

¹⁾ Einschließlich der mittätigen Familienangehörigen in der Land- und Forstwirtschaft.

²⁾ Einschließlich der 5-jährigen Kindergartenkinder.

Rentenstände

Im Dezember 2017 wurden von der Unfallversicherung 96.385 Renten ausbezahlt. Davon entfielen

82.533 bzw. 85,6 % auf Versehrtenrenten und
13.852 bzw. 14,4 % auf Hinterbliebenenrenten.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Versehrtenrenten um 925 und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 385 gesunken. Insgesamt verringerte sich der Rentenstand um 1.310 Renten. Die folgende Tabelle informiert über die Entwicklung des Rentenstandes, gegliedert nach Rentenarten, in der Unfallversicherung in den letzten 10 Jahren.

Entwicklung des Rentenstandes nach Rentenarten Dezember 2007 – 2017

De- zember	Alle Renten	Ver- sehrten- renten	d a v o n			Witwen- (Witwer)- renten	Eltern- (Geschw.) renten	Waisen- renten
			Teil- renten bis 49 %	Teil- renten 50-99 %	Voll- renten 100 %			
2007	106.000	88.743	78.735	7.734	2.274	13.826	20	3.411
2008	105.596	88.666	78.704	7.656	2.306	13.635	19	3.276
2009	105.470	88.836	78.934	7.578	2.324	13.488	15	3.131
2010	103.583	87.250	77.446	7.459	2.345	13.280	12	3.041
2011	102.959	86.963	77.258	7.363	2.342	13.065	9	2.922
2012	102.026	86.375	76.743	7.280	2.352	12.852	11	2.788
2013	101.209	85.918	76.397	7.189	2.332	12.657	8	2.626
2014	100.126	85.154	75.823	7.024	2.307	12.478	7	2.487
2015	98.947	84.338	75.137	6.915	2.286	12.221	9	2.379
2016	97.695	83.458	74.391	6.779	2.288	11.980	8	2.249
2017	96.385	82.533	73.631	6.622	2.280	11.715	8	2.129

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Teilrenten - das sind Renten, die bei einer Erwerbsminderung bis 99 % ausbezahlt werden - um 917 und die Zahl der Vollrenten - das sind Renten, die bei 100%iger Erwerbsminderung ausbezahlt werden - um 8 verringert.

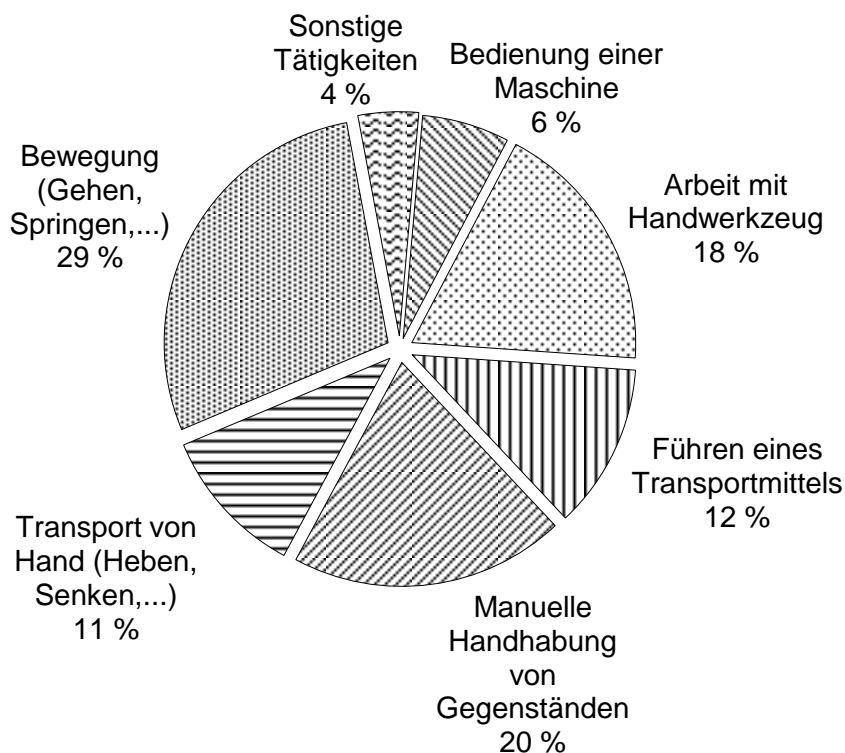
Seit dem Jahre 2007 hat sich die Zahl der von den Unfallversicherungsträgern ausbezahlten Renten um 9.615 bzw. um 9,1 % verringert. Die Zahl der Versehrtenrenten verringerte sich um 7,0 % und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 19,7 %.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Rentenstandes nach Versicherungsträgern in den letzten 10 Jahren:

Dezember 2007 – 2017

Dezember	Unfallversicherung insgesamt	AUVA	SVA der Bauern	VAEB-Eisenbahnen	VA öffentlich Bediensteter
2007	106.000	73.010	25.461	3.205	4.324
2008	105.596	73.206	24.860	3.189	4.341
2009	105.470	73.761	24.189	3.139	4.381
2010	103.583	72.484	23.609	3.121	4.369
2011	102.959	72.497	22.981	3.071	4.410
2012	102.026	72.291	22.317	3.023	4.395
2013	101.209	72.151	21.744	2.955	4.359
2014	100.126	71.778	21.100	2.892	4.356
2015	98.947	71.298	20.399	2.855	4.395
2016	97.695	70.880	19.598	2.788	4.429
2017	96.385	70.252	18.947	2.722	4.464

**Arbeitsunfälle und Wegunfälle
nach der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt im Jahre 2016
(ohne Schüler und Studenten)**



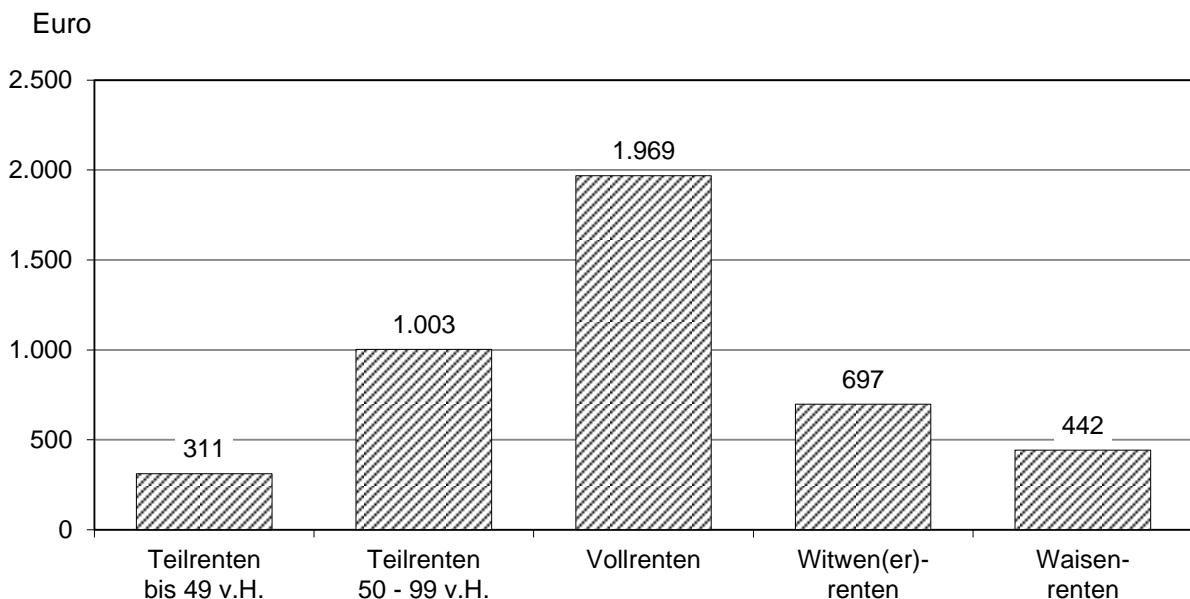
Rentenhöhe

Der Gesamtdurchschnitt aller Renten war im Dezember des Berichtsjahres um 1,8 % höher als vor Jahresfrist. Am stärksten stiegen die Durchschnittsrenten bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (+ 2,4 %), gefolgt von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (+ 1,5 %) und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (+ 1,2 %). Bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau erhöhten sie sich um 1,1 %. Die Valorisierung der Renten im Bereich der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter erfolgt nicht aufgrund des Pensionsanpassungsgesetzes, sondern nach einer gesetzlichen Änderung der Bezüge der Bundesbeamten. Maßgebend ist das Gehalt eines Bundesbeamten einer bestimmten Gehaltsstufe und Dienstklasse. Die Feststellung der Renten unter Berücksichtigung der neuen Bemessungsgrundlage erfolgt von Amts wegen.

Im Dezember 2017 betragen die Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung:

Vesehrtenrenten.....	413 Euro
davon Teilrenten bis 49 %	311 Euro
davon Teilrenten 50 - 99 %	1.003 Euro
davon Vollrenten 100 %	1.969 Euro
Witwen(Witwer)renten	697 Euro
Waisenrenten	442 Euro
Eltern(Geschwister)renten	453 Euro

**Höhe der Durchschnittsrenten
Dezember 2017**



Einen Überblick über die Höhe der Renten, gegliedert nach Unfallversicherungsträgern und Rentenarten, gibt die folgende Tabelle:

**Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung
Dezember 2015 – 2017**

Versicherungsträger	Rentenart	Durchschnittsrenten in Euro		
		2017	2016	2015
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	Versehrtenrente	453	447	440
	Witwen(Witwer)rente	761	746	728
	Waisenrente	474	467	461
	Eltern(Geschwister)rente	453	450	438
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	Versehrtenrente	230	224	219
	Witwen(Witwer)rente	420	415	412
	Waisenrente	282	281	279
	Eltern(Geschwister)rente	-	-	-
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Versehrtenrente	493	489	478
	Witwen(Witwer)rente	722	703	673
	Waisenrente	565	572	535
	Eltern(Geschwister)rente	-	-	-
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	Versehrtenrente	506	498	488
	Witwen(Witwer)rente	893	873	870
	Waisenrente	562	564	547

Die Durchschnittswerte der Versehrtenrenten werden durch die hohe Anzahl jener Teilrenten, die bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit bis 49 % ausbezahlt werden, stark gedrückt. Die Bezieher dieser niederen Renten sind meist weiter berufstätig. Personen, die durch einen Arbeitsunfall zu 100 % erwerbsgemindert sind, erhalten eine Vollrente; der Durchschnitt dieser Rente ist, wie aus der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen ist, wesentlich höher. Überdies erhalten diese Personen meistens auch noch eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit.

**Durchschnittliche Höhe der Versehrtenrenten
Dezember 2017**

Versicherungsträger	Alle Versehrten- renten	davon		
		Teilrenten bis 49 %	Teilrenten 50 - 99 %	Vollrenten 100 %
Alle UV – Träger	413	311	1.003	1.969
AUVA	453	341	1.070	2.034
SVA der Bauern	230	167	688	1.354
VA für Eisenbahnen und Bergbau	493	356	1.139	2.038
VA öffentlich Bediensteter	506	424	1.367	2.592

Gebarung der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherung hat das Geschäftsjahr 2017 vorläufig mit einem Gebarungsüberschuss in der Höhe von 10 Millionen Euro abgeschlossen. Den Gesamteinnahmen in der Höhe von 1.660 Millionen Euro standen Gesamtausgaben von 1.650 Millionen Euro gegenüber.

Gebarung der Unfallversicherung

Bezeichnung	2017 in Millionen Euro	Veränderung gegenüber 2016	
		in Millionen Euro	in %
Einnahmen insgesamt	1.660	+ 53	+ 3,3
Beiträge für Versicherte	1.606	+ 54	+ 3,5
Sonstige Einnahmen	54	- 1	- 1,9
Ausgaben insgesamt	1.650	+ 37	+ 2,3
Versicherungsleistungen	1.424	+ 29	+ 2,1
Rentenaufwand	638	- 2	- 0,3
Unfallheilbehandlung	480	+ 16	+ 3,3
Rehabilitation	99	+ 1	+ 1,1
Unfallverhütung	86	+ 7	+ 9,7
Zuschuss f. Entgeltfortzahlung	85	+ 5	+ 7,2
Sonstige Leistungen	36	+ 2	+ 4,3
Verwaltungsaufwand	127	+ 4	+ 3,3
Sonstige Ausgaben ¹⁾	99	+ 4	+ 3,7
Saldo	10	-	-

¹⁾ Wie Auszahlungsgebühren, Abschreibungen, etc.

Von den Gesamteinnahmen entfielen 1.606 Millionen Euro bzw. 96,8 % auf Beiträge für Versicherte, 54 Millionen Euro wurden durch sonstige Einnahmen erzielt.

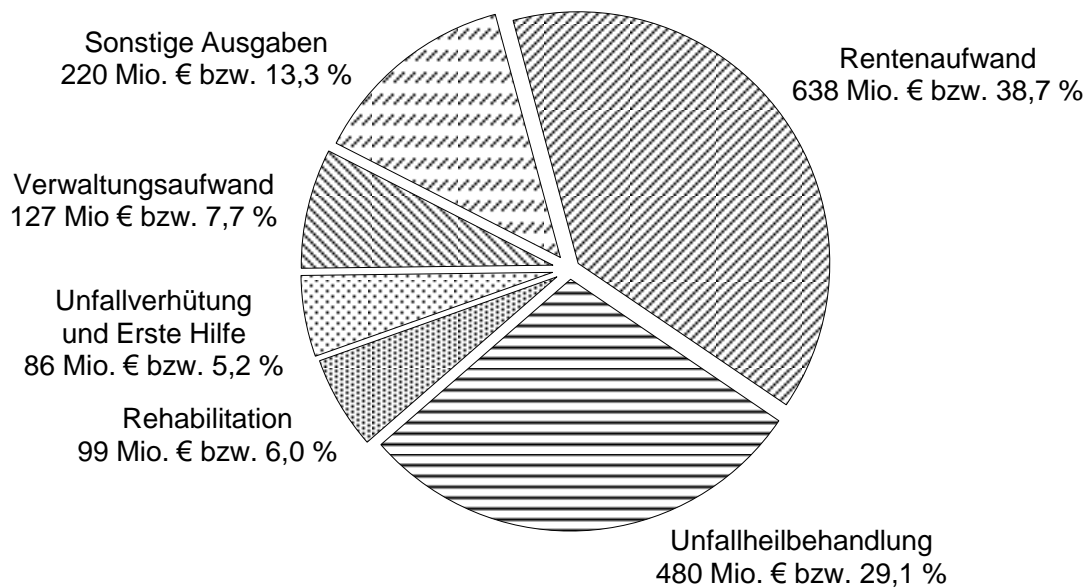
Von den Gesamtausgaben entfielen 638 Millionen Euro bzw. 38,7 % auf den Rentenaufwand und 480 Millionen Euro bzw. 29,1 % wurden für Unfallheilbehandlung aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich der Rentenaufwand um 2 Millionen Euro bzw. 0,3 % und der Aufwand für Unfallheilbehandlung erhöhte sich um 16 Millionen Euro bzw. um 3,3 %. Für die Verwaltung wurden 127 Millionen Euro aufgewendet, um 3,3 % mehr als im Jahre 2016.

Eine detaillierte Gliederung der Einnahmen und der Ausgaben der einzelnen Unfallversicherungsträger zeigt die folgende Tabelle:

**Gebarungsergebnisse der Unfallversicherungsträger
im Jahre 2017**

Bezeichnung	in Millionen Euro				
	UV insgesamt	AUVA	SVA der Bauern	VAEB Eisenbahnen	VA öff. Bed.
Einnahmen insgesamt	1.660	1.454	104	33	69
Beiträge für Versicherte	1.606	1.407	102	32	65
Sonstige Einnahmen	54	47	2	1	4
Ausgaben insgesamt	1.650	1.447	114	33	56
Versicherungsleistungen	1.424	1.248	98	29	49
Rentenaufwand	638	505	75	21	37
Unfallheilbehandlung	480	456	12	5	7
Rehabilitation	99	93	3	-	3
Unfallverhütung	86	80	4	1	1
Zuschuss f. Entgeltfortzahlg.	85	85	-	-	-
Sonstige Leistungen	36	29	4	2	1
Verwaltungsaufwand	127	105	14	3	5
Sonstige Ausgaben	99	94	2	1	2
Saldo	10	7	- 10	-	13

**Ausgaben in der Unfallversicherung
Insgesamt: 1.650 Mio.€ = 100 %**



Rehabilitation

In der Unfallversicherung umfasst die Rehabilitation die im Rahmen der Unfallheilbehandlung vorgesehenen medizinischen Maßnahmen, beruflichen Maßnahmen und, soweit dies zu ihrer Ergänzung erforderlich ist, soziale Maßnahmen mit dem Ziel, Versehrte bis zu einem solchen Grad ihrer Leistungsfähigkeit wiederherzustellen, der sie in die Lage versetzt, im beruflichen und wirtschaftlichen Leben und in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd einnehmen zu können.

In der Pensionsversicherung werden Maßnahmen der Rehabilitation nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung der Neigung, Eignung und der bisherigen Tätigkeit des Versicherten, der an einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung leidet gewährt, sofern und solange die Erreichung des Rehabilitationszieles zu erwarten ist. Der Schwerpunkt der Rehabilitation liegt im medizinischen Bereich. In bestimmten Fällen ist auch ein Rechtsanspruch auf Maßnahmen der medizinischen oder der beruflichen Rehabilitation vorgesehen.

In der Krankenversicherung werden medizinische Maßnahmen der Rehabilitation ebenfalls nach pflichtgemäßem Ermessen im Anschluss an die Krankenbehandlung gewährt, um den Erfolg dieser Krankenbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Durch Gewährung dieser Maßnahmen soll der Gesundheitszustand der Versicherten oder Angehörigen soweit wieder hergestellt werden, dass sie in der Lage sind, in der Gemeinschaft einen ihnen angemessenen Platz möglichst dauernd ohne Betreuung und Hilfe einzunehmen.

Die Unfallversicherungsträger erbringen die medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation in den eigenen Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren, die Pensionsversicherungsträger in den eigenen Rehabilitationszentren, die sie nach den häufigsten Invaliditätsursachen ausgerichtet haben. Auch die Krankenversicherungsträger bedienen sich bei der Erbringung der Rehabilitationsmaßnahmen der eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger. Soweit die Kapazitäten in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherung nicht ausreichen, erfolgt die Versorgung durch Abschluss von Verträgen mit externen Vertragspartnern.

Zuständigkeit für Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen

Die **Unfallversicherungsträger** treffen Vorsorge für die Rehabilitation, wenn der Grund für die Beeinträchtigung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.

Die **Pensionsversicherungsträger** führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Beeinträchtigung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zur Invalidität, zur Berufsunfähigkeit oder zur Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.

Die **Krankenversicherungsträger** führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und der Pensionisten gesorgt werden.

Ursachen für Invalidität, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

Im Jahr 2017 konnte festgestellt werden, dass die häufigste Ursache für neu zuerkannte Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderter Arbeitsunfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit psychische und Verhaltensstörungen (6.474 Personen) waren, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (3.416 Personen), Neubildungen (2.227 Personen), Krankheiten des Kreislaufsystems (1.840 Personen), Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (971 Personen) und Krankheiten des Atmungssystems (489 Personen). Die weiteren Gründe für Pensionierungen aufgrund der genannten Versicherungsfälle sind nur in kleineren Größenordnungen festzustellen.

Finanzieller Aufwand

Im Jahr 2017 haben die Sozialversicherungsträger für Maßnahmen der Rehabilitation und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge vorläufig insgesamt 2.223 Millionen Euro aufgewendet.

Die auf die einzelnen Versicherungsträger entfallenden Aufwendungen sind in der folgenden Zusammenstellung angeführt:

Aufwendungen für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge

Versicherungsträger	Aufwand 2017 in Millionen Euro ¹⁾
Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung insgesamt	2.223
Krankenversicherung	475
Unfallversicherung	579
Pensionsversicherung	1.169
Pensionsversicherungsanstalt	1.000
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	15
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	76
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	78

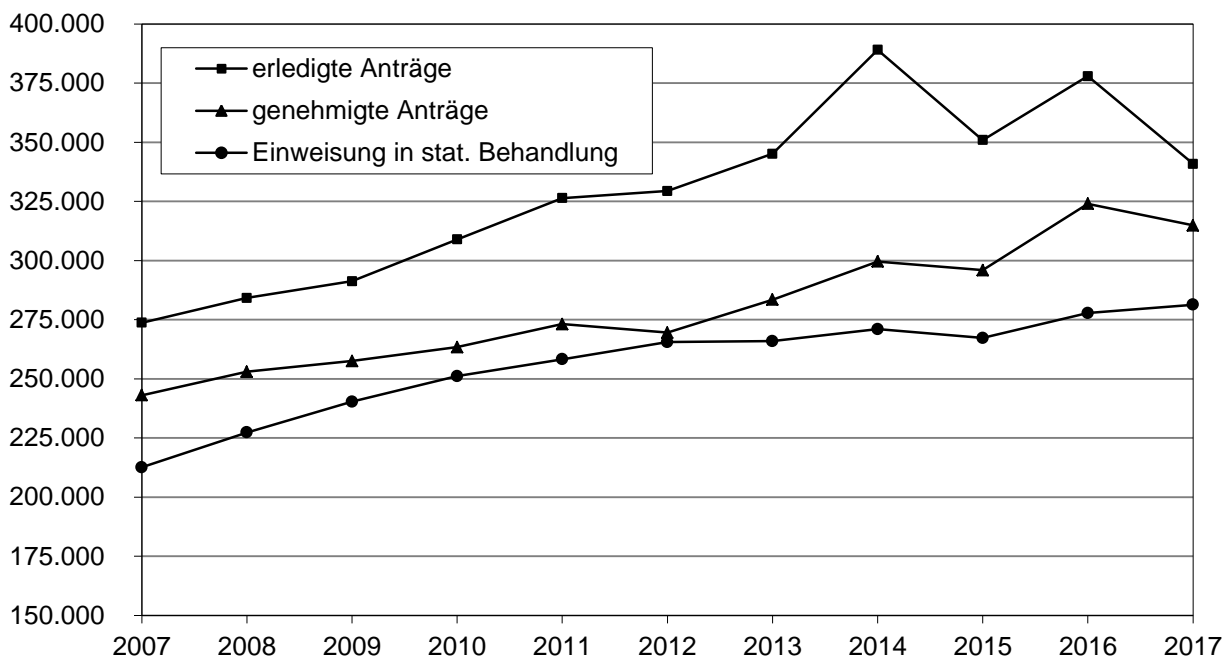
¹⁾ Inkl. Umsatzsteuer.

Heilverfahren und Erholungsaufenthalte

Von den im Jahre 2017 von den Sozialversicherungsträgern 340.838 erledigten Anträgen auf Heilverfahren (Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte) wurden 314.855 genehmigt.

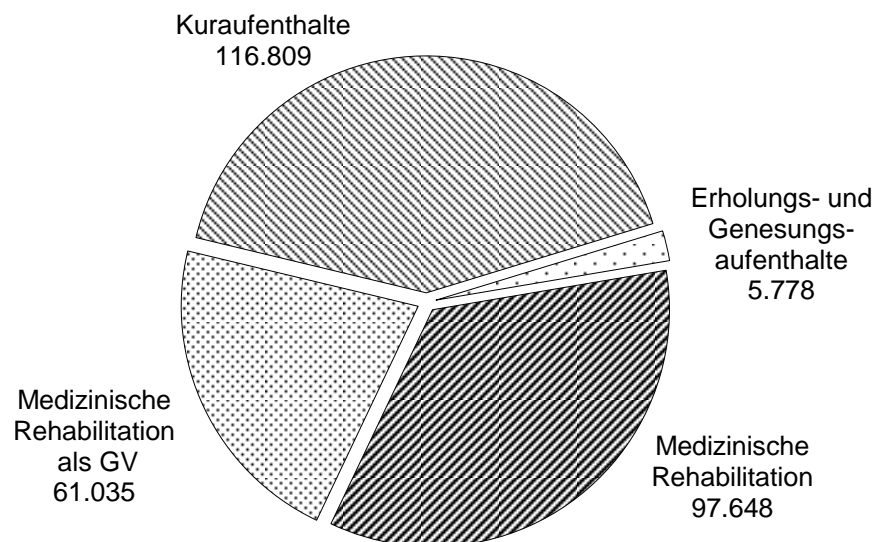
Entwicklung der Anträge und Einweisungen seit 2007

Jahr	erledigte Anträge	Veränderung ggü. Vorjahr in %	genehmigte Anträge	Veränderung ggü. Vorjahr in %	Einweisungen in stationäre Behandlung	Veränderung ggü. Vorjahr in %
2006	274.304	+ 6,2	228.965	+ 5,6	209.355	+ 1,4
2007	273.722	- 0,2	243.052	+ 6,2	212.595	+ 1,5
2008	284.152	+ 3,8	252.966	+ 4,1	227.279	+ 6,9
2009	291.247	+ 2,5	257.489	+ 1,8	240.307	+ 5,7
2010	308.893	+ 8,7	263.383	+ 4,1	251.116	+ 10,5
2011	326.384	+ 5,7	273.105	+ 3,7	258.206	+ 2,8
2012	329.364	+ 0,9	269.489	- 1,3	265.494	+ 2,8
2013	345.088	+ 4,8	283.451	+ 5,2	265.927	+ 0,2
2014	389.019	+ 12,7	299.577	+ 5,7	270.941	+ 1,9
2015	350.922	- 9,8	295.928	- 1,2	267.219	- 1,4
2016	377.878	+ 7,7	324.000	+ 9,5	277.741	+ 4,0
2017	340.838	- 9,8	314.855	- 2,8	281.270	+ 1,3



Anzahl der Einweisungen in stationäre Behandlung im Jahr 2017

Art der stationären Behandlung	Insgesamt	davon		
		Inland		Ausland
		Eigene Einrichtungen SV	Vertrags-einrichtungen	
Insgesamt	281.270	69.622	206.705	4.943
Medizinische Rehabilitation	97.648	37.824	57.499	2.325
Med. Rehabilitation als GV	61.035	20.373	39.082	1.580
Gesundheitsvorsorge, -festigung				
Kuraufenthalte	116.809	7.791	108.151	867
Erholungs-, Genesungs- und Landaufenthalte	5.778	3.634	1.973	171



Ambulante Rehabilitation:

Im Berichtsjahr wurde 18.929 Versicherten eine ambulante Rehabilitation gewährt, die auch von 16.676 Versicherten in Anspruch genommen wurde.

Kostenzuschuss:

Im Berichtsjahr wurde 776 Versicherten ein Kostenzuschuss für Heilverfahren und Erholungsaufenthalte gewährt.

Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

Die österreichischen Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger) haben **zum Stichtag 31. Dezember 2017** insgesamt

116 selbständige Ambulatorien,
29 sonstige ambulante Einrichtungen (Untersuchungsstellen) und
45 eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung (mit insgesamt 6.351
Betten)

betrieben.

Selbständige Ambulatorien

37 Allgemeine Ambulatorien mit 115 Ambulanzen bzw. Fachstationen
77 Zahnambulatorien(-stationen) mit 334 Zahnstühlen
2 Zentren für ambulante Rehabilitation

Sonstige ambulante Einrichtungen

29 sonstige ambulante Einrichtungen zur Durchführung von Jugendli-
chen-, Gesunden- und anderen ärztlichen Untersuchungen

Eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung

1 Allgemeine Krankenanstalt mit 455 Betten und 37 Ambulanzen
7 Unfallkrankenhäuser mit 908 Betten
28 Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren) mit 4.145 Betten
5 Kuranstalten und Kurheime mit 447 Betten
4 Erholungs- und Genesungsheime mit 396 Betten

Bundespflegegeldgesetz

Am 1. Juli 1993 trat das Bundespflegegeldgesetz (Bundesgesetz vom 12. Februar 1993, BGBl.Nr. 110/93) in Kraft, durch welches in Verbindung mit den entsprechenden Landespflegegeldgesetzen eine bundesweit einheitliche Neuregelung der Pflegevorsorge erreicht wurde.

Das Pflegegeld wird unabhängig von der Ursache der Pflegebedürftigkeit gewährt und ersetzt die bis 30.6.1993 ausbezahlten rein pflegebezogenen Geldleistungen.

Es hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen.

Anspruchsvoraussetzungen und Pflegestufen

Das Pflegegeld gebührt ab Geburt, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird.

Je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit wird im Jahr 2018 ein Pflegegeld von monatlich zwischen € 157,30 und € 1.688,90 zwölfmal jährlich ausbezahlt.

Die einzelnen Stufen sind wie folgt gestaffelt:

- Stufe 1: € 157,30^{*)}
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 65 Stunden monatlich beträgt;
- Stufe 2: € 290,00
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 95 Stunden monatlich beträgt;
- Stufe 3: € 451,80
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
- Stufe 4: € 677,60
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;

^{*)} Bis zum 1. Mai 1996 bereits bescheidmässig zuerkannte Pflegegelder der Stufe 1 sowie Pflegegelder der Stufe 1, für die der Antrag vor diesem Zeitpunkt gestellt wurde, gebühren weiterhin in der Höhe von € 203,10.

Stufe 5: € 920,30

für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;

Stufe 6: € 1.285,20

für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder
2. die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages oder der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist;

Stufe 7: € 1.688,90

für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn

1. keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder
2. ein gleichzuachtender Zustand vorliegt.

Die Zuordnung zu den einzelnen Stufen erfolgt unter Zugrundelegung des erforderlichen Pflegebedarfs anhand eines ärztlichen oder pflegerischen Sachverständigengutachtens.

Um eine bundesweit einheitliche Entscheidungspraxis sicherzustellen, wurde vom Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eine „Einstufungsverordnung“ (gemäß § 4 Abs. 4 Bundespflegegeldgesetz) erlassen, durch welche nähere Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfs festgelegt wurden.

Darüber hinaus hat der Hauptverband auf dieser Basis für die Sozialversicherungsträger verbindliche Richtlinien für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) festgelegt.

Anrechnung

Geldleistungen, die wegen Pflegebedürftigkeit nach anderen bundesgesetzlichen oder ausländischen Vorschriften gewährt werden, sind auf das Pflegegeld nach diesem Bundesgesetz anzurechnen.

Anspruchsberechtigte Personen

Zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehören im Wesentlichen jene Personen, die aufgrund bundesgesetzlicher Vorschriften bereits vor dem Inkrafttreten des BPGG Anspruch auf eine pflegebezogene Geldleistung hatten, sofern sie grundsätzlich ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben^{*)}. Hierzu zählen insbesondere Bezieher von Pensionen und Ren-

^{*)} Eine Ausnahmeregelung für Personen im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen zu beachten.

ten sowie vergleichbaren Leistungen nach den Sozialversicherungs- und Versorgungsgesetzen.

Bei Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Pflegegeld wird das Pflegegeld nur einmal geleistet.

Seit dem 1.1.2012 zählen auch Personen ohne Grundleistung sowie Gemeinde- und Landesbeamte im Ruhestand, welche in der Vergangenheit ein Pflegegeld nach einem Landespflegegeldgesetz bezogen haben, zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem Bundespflegegeldgesetz. Die neun Landespflegegeldgesetze traten außer Kraft und diese Personen beziehen nun Pflegegeld von der Pensionsversicherungsanstalt oder dem BVA-Pensionsservice.

Auch innerhalb des Bundespflegegeldgesetzes wurde die Anzahl der Entscheidungsträger reduziert. Für die AUVA-Fälle ist ab 1.7.2011 die PVA, für die ÖBB-Fälle seit 1.1.2012 die VAEB und für die Fälle der Post AG, Telekom Austria AG, Postbus AG sowie die pensionierten Landeslehrer seit 1.1.2012 das BVA-Pensionsservice zuständig.

Mit 1.1.2014 ging die Zuständigkeit vom Sozialministeriumservice (ehem. Bundessozialamt) und von der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats auf die Pensionsversicherungsanstalt über.

Zahl der Pflegegeldbezieher

Die folgende Tabelle informiert über die Zahl der Pflegegeldbezieher im Dezember 2017.

***Bundespflegegeldbezieher
und durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes
Dezember 2017***

Stufe	Pflegegeld- bezieher insgesamt	davon		durchschnittl. Pflegegeld in Euro
		Männer	Frauen	
Insgesamt	452.207	164.212	287.995	476,01
1	121.101	42.447	78.654	154,43
2	104.242	38.859	65.383	284,63
3	82.006	30.593	51.413	445,54
4	65.353	24.198	41.155	671,87
5	50.455	16.645	33.810	910,90
6	19.721	8.035	11.686	1.264,99
7	9.329	3.435	5.894	1.664,84

Finanzierung

Beim Pflegegeld nach dem BPGG handelt es sich um eine Leistung des Bundes, die aus Budgetmitteln gedeckt wird.

Um eine möglichst rasche Umsetzung des BPGG zu gewährleisten, wurde die Vollziehung jenen Institutionen übertragen, die bereits bis zum Inkrafttreten dieser Regelung vergleichbare Leistungen erbracht haben, also in erster Linie den Trägern der gesetzlichen Pensions- und Unfallversicherung.

Der Aufwand an Pflegegeld und der entsprechende Anteil an den Verwaltungskosten werden aus Bundesmitteln in Form eines Kostenersatzes abgegolten. Lediglich im Bereich der Unfallversicherung wird der Aufwand aus Bundesmitteln nur insoweit ersetzt, als das Pflegegeld aufgrund einer akausalen Behinderung geleistet wird.

Gebbarungsergebnisse ¹⁾ für den Bereich des Bundespflegegeldgesetzes im Jahre 2017

Bezeichnung	in Millionen Euro		
	Pensions- und Unfallversicherung	Pensions- versicherung	Unfall- versicherung
Einnahmen	2.399	2.391	8
Ersatzleistung des Bundes	2.373	2.373	-
Sonstige Einnahmen	26	18	8
Ausgaben	2.401	2.391	10
Pflegegeld	2.329	2.319	10
Sachleistungen	1	1	-
Verwaltungsaufwand	34	34	-
Sonstige Ausgaben	37	37	-

¹⁾ Vorläufige Zahlen.

Zwischenstaatliche Sozialversicherung im Verhältnis zu 48 Staaten

1) Bilaterale Abkommen

Die internationalen Beziehungen Österreichs auf dem Gebiet der Sozialversicherung werden seit mehr als 50 Jahren ständig ausgebaut. Österreich hat mit einer Reihe von Staaten zweiseitige „Abkommen über soziale Sicherheit“ geschlossen, die im Allgemeinen auf nachstehenden Grundsätzen beruhen:

- Gleichbehandlung der Staatsangehörigen der Vertragsstaaten im Bereich der sozialen Sicherheit
- Berücksichtigung der im anderen Vertragsstaat zurückgelegten Versicherungszeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung von Leistungsansprüchen
- Ermittlung der österreichischen Pensionen nach der „Direktberechnung“ (die Pensionsberechnung erfolgt ausschließlich mit den österreichischen Versicherungszeiten)
- Berücksichtigung der im anderen Vertragsstaat eingetretenen Arbeitsunfälle (Berufskrankheiten)
- Export der Geldleistungen an die im anderen Vertragsstaat wohnenden Anspruchsberechtigten
- Leistungsaushilfe im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung durch den Versicherungsträger im anderen Vertragsstaat

Staat	Anzuwendende Rechtsvorschriften	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfen
Australien	x			x		
Bosnien und Herzegowina	x	x	x	x	x	
Chile	x			x		
Indien	x			x		
Israel	x	x ¹	x	x	x	x
Kanada (+Quebec)	x			x		
Korea	x			x		
Kosovo	x					
Mazedonien	x	x	x	x	x	
Moldau	x			x		
Montenegro	x	x	x	x	x	
Philippinen	x		x ¹	x		
Serbien	x	x	x	x	x	
Tunesien	x	x ²	x ¹	x		
Türkei	x	x	x	x		
Uruguay	x			x		
USA	x			x		

¹ Jedoch keine Sachleistungsaushilfe

² Sachleistungsaushilfe nur für Pensionsbezieher

2) Multilaterale Abkommen

Neben den bilateralen Abkommen sind auch multilaterale Instrumente wirksam, und zwar das „Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum“, das „Europäische Abkommen über soziale Sicherheit“ zwischen Österreich, Luxemburg, der Türkei, den Niederlanden, Portugal, Belgien, Spanien und Italien sowie das „Vierseitige Übereinkommen“ zwischen Österreich, Deutschland, der Schweiz und Liechtenstein.

Das zuletzt genannte Abkommen sichert im Bereich der Pensionsversicherung u. a. die Eröffnung und Bemessung von Leistungsansprüchen, wenn Beschäftigungszeiten in drei oder allen vier Staaten vorhanden sind.

Staat	Anzuwendende Rechtsvorschriften	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfen
EWR-Abkommen	x	x	x	x	x	x
Europäisches Abkommen	x			x		
Vierseitiges Übereinkommen	x			x		

3) Regelungen mit internationalen Organisationen

Für die Bediensteten der in Österreich ansässigen internationalen Organisationen, wie

Alpenkonvention	Ständiges Sekretariat des Übereinkommens zum Schutz der Alpen
CTBTO	Organisation des Vertrages über das umfassende Verbot von Nuklearversuchen
DSÜ/ICPDR	Vorläufiges Sekretariat des Donauschutzübereinkommens/Internationale Kommission zum Schutz der Donau
Energiegemeinschaft	
ER	Europarat
EU-IT	Europäische Agentur für das Betriebsmanagement von IT-Großsystemen im Raum der Freiheit, der Sicherheit und des Rechts
IACA	Internationale Anti-Korruptionsakademie
IAEO	Internationale Atomenergie Organisation
IBWE	Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung, Internationale Finanz-Corporation und Multilateralen Investitions-Garantie Agentur
ICPO – Interpol	Interpol Anti-Korruptionsakademie
ICMPD	Internationales Zentrum für Migrationspolitikentwicklung
IIASA	Internationales Institut für angewandte Systemanalyse
IOM	Internationale Organisation für Migration
JVI	Joint Vienna Institute
KAZ	Internationales König Abdullah bin Abdulaziz Zentrum für interreligiösen und interkulturellen Dialog
OPEC	Organisation der erdölexportierenden Länder
OSZE	Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (vorher KSZE)
UNOV	UN-Ämter

bestehen entweder Abkommen oder gesetzliche Regelungen für den Bereich der sozialen Sicherheit.

Aufgrund eines Notenwechsels zwischen der Republik Österreich und den Vereinten Nationen ist das Abkommen zwischen der Republik Österreich und der UNIDO (UN-Organisation für industrielle Entwicklung) auch auf die Bediensteten jener Ämter der Vereinten Nationen anzuwenden, die mit Zustimmung der Bundesregierung in Österreich errichtet wurden.

Ein weiterer Vertrag mit der Europäischen Organisation für Kernforschung (CERN) in Genf sieht die sozialversicherungsrechtliche Reintegration der bei dieser Organisation tätigen österreichischen Staatsangehörigen vor.

Für Beamte, Bedienstete auf Zeit oder Vertragsbedienstete der Organe der Europäischen Gemeinschaften (Rat, Kommission, Parlament, Gerichtshof und Rechnungshof), aber auch für die Bediensteten anderer Einrichtungen der EU (wie z.B. die Europäische Investitionsbank) bestehen gesetzliche Regelungen hinsichtlich der Übertragung und Rückübertragung von österreichischen Pensionsanswartschaften durch das EU-Beamten-Sozialversicherungsgesetz (EUB-SVG).

Darüber hinaus wurden aufgrund des EuGH-Urteils C-233/12 „Gardella“ im Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG) rechtliche Grundlagen für die Zusammenrechnung von österreichischen Versicherungszeiten und Beschäftigungszeiten bei einer internationalen Organisation oder bei einer Einrichtung der Europäischen Union geschaffen.

4) Abkommen über den Europäischen Wirtschaftsraum / Beitritt zur Europäischen Union

Mit Inkrafttreten des multilateralen „Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum“ (EWR-Abkommen) am 1. Jänner 1994 ist im Bereich der sozialen Sicherheit auch in Österreich, Finnland, Island, Liechtenstein (allerdings erst seit 1. Mai 1995), Norwegen und Schweden das sekundäre EG-Recht (darunter fallen insbesondere die Verordnungen und Richtlinien) anzuwenden.

Durch den Beitritt Österreichs zur Europäischen Union (EU) am 1. Jänner 1995 sind aufgrund der bereits geltenden EG-Rechtsvorschriften durch das EWR-Abkommen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit der Wanderarbeitnehmer keine Änderungen mehr eingetreten.

Seit 1. Juni 2002 sind durch das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit im Bereich der sozialen Sicherheit auch im Verhältnis zur Schweiz grundsätzlich die Bestimmungen der Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 anzuwenden.

Mit 1. Mai 2010 wurden die beiden vorgenannten Verordnungen im Verhältnis zu den EU-Mitgliedstaaten durch die VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 abgelöst. Gegenüber Drittstaaten gelten diese Verordnungen erst ab 1. Jänner 2011 (ausgenommen das Königreich Großbritannien und Dänemark). Die VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 sind allerdings für die EWR-Staaten erst ab 1. Juni 2012 sowie für die Schweiz ab 1. April 2012 anzuwenden. Darüber hinaus gelten die VO (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 auch in bestimmten Fällen weiter (z.B. für Drittstaaten im Verhältnis zum Königreich Großbritannien).

5) Aufgaben der Verbindungsstelle

Zur Erleichterung der Durchführung der Abkommen sind Verbindungsstellen eingerichtet. In Österreich ist der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Verhältnis zu allen Vertragsstaaten aufgrund bilateraler oder multilateraler Abkommen bzw. der supranationalen Regelungen VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 Verbindungsstelle für die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Die hohe Problemlösungskompetenz des Hauptverbandes in diesem Bereich beruht nicht zuletzt auch auf den bei den Verbindungsstellenbesprechungen hergestellten persönlichen Kontakten.

Über die Verbindungsstelle, die unter anderem Verwaltungshilfe im Rahmen der Abkommen leistet, werden auch die Kostenerstattungen im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung mit den Verbindungsstellen der Vertragsstaaten abgewickelt.

Für Kostenerstattungen aus Österreich in die Vertragsstaaten bzw. aus den Vertragsstaaten nach Österreich sowie für Pauschalzahlungen wurde im Jahre 2017 insgesamt ein Betrag von ca. 367,7 Millionen Euro umgesetzt. Dabei wurden österreichische Forderungen in der Höhe von ca. 234,4 Mio. Euro sowie ausländische Forderungen in der Höhe von ca. 133,3 Millionen Euro für Versicherte bzw. Pensionisten und deren Familienangehörigen abgerechnet.

Mit Inkrafttreten des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz (SV-EG) am 1. Jänner 2012 ist der Hauptverband als Verbindungsstelle aufgrund des §4 Abs. 5 und 7 zum Abschluss von Verwaltungsvereinbarungen berechtigt.

So wurden vom Hauptverband

- die Vereinbarung über die Erstattung der Kosten für Sachleistungen mit Serbien (gültig seit 1.1.2013),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Mazedonien (gültig seit 1.1.2013),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Serbien (gültig seit 1.1.2014),

- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Bosnien und Herzegowinas (gültig seit 1.7.2015),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Montenegro (gültig seit 1.7.2016) sowie
- die Vereinbarung über die Erstattung der Kosten für Sachleistungen mit Montenegro (gültig seit 1.1.2018)

ausgearbeitet und abgeschlossen.

Abkommen mit Staaten, für die die VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 anzuwenden sind:

Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Vereinigtes Königreich, Zypern.

Für die Bereiche:

Anzuwendende Rechtsvorschriften	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfen
x	x	x	x	x	x

Abkommen mit Staaten, für die die VO (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 nicht gelten:

Bezüglich des Anwendungsbereiches ist zwischen den Abkommen, deren persönlicher und sachlicher Geltungsbereich in einem gewissen Umfang beschränkt ist, und jenen Übereinkommen, die eine derartige Beschränkung nicht vorsehen, zu unterscheiden.

Eine Beschränkung des persönlichen Geltungsbereiches gibt es nur betreffend Tunesien, wobei die Anwendung grundsätzlich nur auf Staatsangehörige der beiden Vertragsstaaten möglich ist.

Ohne Beschränkung des persönlichen Geltungsbereiches, d.h. Anwendung ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit der betreffenden Person:

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| • Australien | • Mazedonien |
| • Bosnien und Herzegowina | • Moldau |
| • Chile | • Serbien |
| • Indien | • Südkorea |
| • Israel | • Türkei |
| • Kanada und die Provinz Québec | • USA |
| • Kosovo ¹ | • Uruguay |

¹ Die teilweise Suspendierung des Abkommens zwischen der Republik Österreich und der Bundesrepublik Jugoslawien über soziale Sicherheit im Verhältnis zwischen der Republik Österreich und der Republik Kosovo wurde am 29. August 2012 ausgesprochen und mit BGBl. III 132/2012 am 6. September 2012 verlautbart. Nach der teilweisen Suspendierung sind nur mehr die Bestimmungen über die **Anzuwendenden Rechtsvorschriften** weiterhin gültig.

Elektronische Datenverarbeitung

Im Jahre 2017 war die EDV des Hauptverbandes in folgenden Bereichen als Dienstleister für die Sozialversicherungsträger tätig:

1. Zentrale Partnerverwaltung (ZPV)
2. Speicherung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug bedeutsamen Daten (Versicherungsdatei)
3. Auskünfte an Justiz- und Verwaltungsbehörden
4. Datenaustausch mit dem Arbeitsmarktservice
5. Sozialversicherungsrechtsdokumentation - SozDok
6. Weitergabe von Versicherten- und Dienstgeberdaten an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
7. Koordinierungsstelle für den Computereinsatz in der Arztpraxis
8. Familienbeihilfendatenbank
9. Datendrehscheibe Hauptverband
10. Datenaustausch mit der EU
11. Gemeinsames Netzwerk der Sozialversicherung (SV-Netz)
12. EDV-Koordination
13. Datenaustausch mit den Gewerbebehörden (Meldung gewerberechtl. Geschäftsführer)
14. Leistungsinformation für Versicherte (LIVE)
15. Rezeptgebührenobergrenze (REGO)
16. Pensionskonto (ePK)

1. **Zentrale Partnerverwaltung (ZPV)**

Seit Mai 2008 ist das Standardprodukt Zentrale Partnerverwaltung (ZPV) österreichweit bei jedem Sozialversicherungsträger im Einsatz. Dadurch arbeitet die gesamte Sozialversicherung mit **einem** zentralen Stammdatenverzeichnis für Dienstgeber, Versicherte und Leistungserbringer, welche unter dem Oberbegriff *Partner* zusammengefasst werden.

Durch die Realisierung eines Rollenkonzeptes kann eine Person sowohl Versicherter als auch Dienstgeber oder Leistungserbringer sein. Ändern sich Stammdaten zu einer Person, sind diese nur ein Mal zu ändern und für alle Rollen gültig.

Das Produkt wurde in drei Releases entwickelt und wird auch in diesen Stufen in Produktion genommen.

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| – ZPV 1.0 (Dienstgeber) | ... bereits in Produktion |
| – ZPV 2.0 (Versicherte) | ... bereits in Produktion |
| – ZPV 3.0 (Leistungserbringer) | ... bereits in Produktion |

Neben den Partnerstammdaten sind in ZPV auch Informationen bzgl. Anschriften, Bankverbindungen, familienrechtliche und sonstige Beziehungen bzw. Beitragskontonummern gespeichert.

Mit Stand 6./7. Jänner 2018 sind in ZPV

- 16,362.527 aktuelle Partner (nicht storniert, nicht beendet)
- 13,956.636 Versicherungsnummern (Partnerrolle Versicherter, nicht storniert und einem aktuellen Partner zugeordnet)
- 453.890 Dienstgebernnummern (Partnerrolle Dienstgeber, nicht storniert und nicht beendet).
- 67.950 Leistungserbringernnummern (Partnerrolle Leistungserbringer, nicht storniert und nicht beendet)

vorhanden.

2. Speicherung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug bedeutsame Daten (Versicherungsdatei)

Gemäß § 31 Abs. 4 Z 3a ASVG hat der Hauptverband eine zentrale Anlage zur Aufbewahrung und Verarbeitung der für die Versicherung bzw. den Leistungsbezug bedeutsame Daten zu führen.

a) Versicherungszeiten- und Beitragsgrundlagenspeicherung ab 1972

Entwicklung der Versicherungsdaten ab 1972

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Versicherungsverhältnisse in Mio.	95,3	100,2	103,4	106,9	110,3
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 6,1	+ 5,1	+ 3,2	+ 3,4	+ 3,2
Personen mit Versicherungsverhältnis in Mio.	12,5	12,8	13,1	13,4	13,7
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 2,5	+ 2,4	+ 2,3	+ 2,3	+ 2,2

Weiters werden aus den in der Versicherungsdatei gespeicherten Daten täglich sämtliche Krankenversicherungsansprüche aller in Österreich krankenversicherten Personen festgestellt und dem Chipkartenbetreiber zur Verfügung gestellt.

Derzeit sind folgende Krankenversicherungsansprüche gespeichert:

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Eigenansprüche in Mio.	6,62	6,71	6,83	6,92	6,96
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 1,2	+ 1,4	+ 1,8	+ 1,3	+ 0,6
Anspruch für Angehörige in Mio.	2,42	2,44	2,44	2,46	2,48
Veränderung zum Vorjahr in %.....	-	+ 0,8	-	+ 0,8	+ 0,8

b) Versicherungszeiten- und Beitragsgrundlagenspeicherung vor 1972

Diese Daten werden im Rahmen des Datenergänzungsverfahrens der Pensionsversicherungsträger erhoben.

Entwicklung der Versicherungsdaten vor 1972

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Personen mit Daten vor 1972 in Mio...	7,425	7,476	7,489	7,503	7,515
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 31,0	+ 0,7	+ 0,2	+ 0,2	+ 0,2

3. Auskünfte an Justiz- und Verwaltungsbehörden

Der Hauptverband ist gemäß § 31 Abs. 4 Z 3b ASVG verpflichtet, nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten aus der zentralen Datenspeicherung gesetzliche Auskunftspflichten der Versicherungs-träger zu erfüllen. Den anfragenden Behörden werden vom Hauptverband je nach bestehender Rechtsgrundlage entsprechende Auskunftsprofile zugeordnet, die den Umfang der im Auskunftsfall bekannt zu gebenden Daten festlegen. Die Auskünfte werden mittels XML-Schnittstelle oder mittels Direktabfrage über Bildschirm erteilt.

Anzahl der Auskunftserteilungen (Online)

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Auskünfte an Bundesministerium für Justiz	616.670	1,028.643	*) 956.817	952.560	**)
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 283,9	+ 66,8	- 7,0	- 0,4	
Auskünfte an Bundesministerium für Finanzen.....	1,225.003	1,311.835	1,226.269	440.507	1,332.357
Veränderung zum Vorjahr in %	- 11,8	+ 7,1	- 6,5	- 64,1	+ 202,5
Auskünfte an sonstige Bundesministerien und Behörden	162.661	87.825	40.483	7.017	188.248
Veränderung zum Vorjahr in %	- 35,7	- 46,0	- 53,9	- 82,7	+ 2.582,7
Auskünfte an Landesregierungen	990.026	1.100.755	950.007	147.913	1,355,892
Veränderung zum Vorjahr in %	- 23,1	+ 11,2	- 13,7	- 84,4	+ 816,7

*) Korrektur der unrichtigen Zahl für 2015

**) zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses keine endgültigen Werte vorhanden

Das Bundesministerium für Justiz leistet für die gegebenen Auskünfte sowie für die Wartung und Erweiterung des Auskunftssystems einen Kostenersatz.

Kostenersatz für Auskünfte

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Auskunftserteilung *)	3.211,18	9.284,53	5.375,07	3.818,18	**)
Veränderung zum Vorjahr in %	- 79,8	+ 189,1	- 42,1	- 29,0	
Systemwartung und Entwicklungsarbeiten *)	2.316,00	2.356,00	2.387,60	14.481,60	**)
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 2,5	+1,7	+1,3	+ 506,5	

*) Beträge in Euro, ohne Umsatzsteuer

**) Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses keine endgültigen Werte vorhanden

Alle Auskünfte aus der zentralen Versicherungsdatenspeicherung werden protokolliert. Die anfragenden Stellen sind verpflichtet, stichprobenartig die Rechtmäßigkeit des Zugriffs zu überprüfen.

4. Datenaustausch mit dem Arbeitsmarktservice

Das Arbeitsmarktservice meldet die für Zwecke der Sozialversicherung bedeutsamen Daten (z.B. Bezug einer Geldleistung der Arbeitslosenversicherung) für den Zeitraum bis 31. Dezember 2004 direkt an die zentrale Versicherungsdatei beim Hauptverband. Für den danach liegenden Zeitraum erfolgt die Übermittlung der relevanten Daten über die Datendreh-scheibe des Hauptverbandes direkt an den zuständigen Krankenversiche-rungsträger, der die Aufgabe hat, die AMS - spezi-fischen Zeiten- und Bei-tragsgrundlagen an die zentrale Versicherungsdatei zu melden. In diesem Zusammenhang verwendet das Arbeitsmarktservice die Versicherungs-nummer als Ordnungsbegriff.

Seit März 1990 erhält das Arbeitsmarktservice auch Versicherungsver-läufe zur Anspruchsfeststellung für Geldleistungen aus der Arbeitslosenver-sicherung. Seit 1998 werden Versicherungsverläufe mittels Programm-zu-Programmverbindung übermittelt, sodass die Daten im Arbeitsmarktservice unmittelbar weiterverarbeitet werden können.

Täglich wird das Arbeitsmarktservice über allfällig beim Hauptverband gleichzeitig gespeicherte Zeiten des Bezuges einer Geldleistung aus der Arbeitslosenversicherung und einer Pflichtversicherung in der Sozialversi-cherung verständigt (Überlagerungsmeldungen).

Anzahl der Auskunftserteilungen

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Wöchentliche bzw. seit 2003 tägl. Verständigungen an das AMS (Versicherte)	609.161	616.972	622.226	627.269	620.054
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 1,9	+ 1,3	+ 0,9	+ 0,8	- 1,2
Übermittlungen mittels Programm zu Programmverbindungen	9,904.639	10,330.061	10,819.132	11,120.366	11,464.355
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 7,2	+ 4,3	+ 4,7	+ 2,8	+ 3,1

Für die Inanspruchnahme der EDV-Einrichtungen des Hauptverbandes wird vom Arbeitsmarktservice ein Betrag (§ 82 Abs. 3 ASVG) in der Höhe von € 836.000,-- jährlich vergütet.

5. Sozialversicherungsrechtsdokumentation - SozDok

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 4 Z 4 ASVG. Ziel ist, eine klare Übersicht darüber zu schaffen, was als „Sozialversicherungsrecht" in Österreich gilt und was nicht mehr (weil

aufgehoben). Eingebunden sind die Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaft – diese haben das innerstaatliche Recht bzw. die internationalen Abkommen weitgehend geändert – sowie Judikatur, soweit nicht generell auf vorhandene Datenbanken verwiesen werden kann. Unter dem Titel „Besserer Zugang zum Recht“ verhilft die SozDok zu leichterem Einstieg in die sozialversicherungsrechtlichen Regelungswerke. Beim Betrieb dieser Datenbank wird, wie auch in den anderen legislatischen Arbeitsbereichen, eng mit den dafür zuständigen Dienststellen des Bundes zusammengearbeitet.

Hintergrundinformation und Grundsatzüberlegungen bietet das in diesem Zusammenhang inhaltlich begleitete und im Jahr 2016 im ÖGB Verlag erschienene Buch von Frau Mag.a Beate Glück „Konsolidierung von Rechtsvorschriften – Über den buchstäblichen und den lesbaren Text von Gesetzen“ (ISBN 978-3-99046-133-4). Frau Mag.a Beate Glück ist Leiterin der SozDok.

Amtliche Verlautbarungen - AVI

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 9 ASVG. Die nach den Sozialversicherungsgesetzen im Internet zu verlautbarenden Rechtsvorschriften und deren Änderungen bzw. Zusatzvereinbarungen müssen jederzeit ohne Identitätsnachweis und gebührenfrei zugänglich sein sowie ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlautbarten Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können.

Seit 2009 sind weiters die vertraglichen Beziehungen zwischen Sozialversicherungsträgern und Mitgliedern der Gesundheitsberufe („Gesamtverträge“; §§ 338 ff ASVG) sowie Gesamtverträge für medizinische Maßnahmen außerhalb der Krankenbehandlung (Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass, EDV-Abrechnung, e-card usw.) zu verlautbaren. Ebenso sind etwaige gesamtvertragliche Festsetzungen der Bundesschiedskommission (§ 348 ASVG) und kompilierte Fassungen (§ 645 ASVG bzw. § 675 Abs. 2 ASVG) zu veröffentlichen.

Ab Jänner 2016 sind durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2015 – SRÄG 2015 (BGBl. I Nr. 162/2015) die amtlichen Verlautbarungen einschließlich der oben genannten Verträge der Sozialversicherung in das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) integriert, die entsprechenden rechtstechnischen Umstellungsarbeiten wurden in der Abteilung geleistet. Damit sind Satzungen, Krankenordnungen, Richtlinien und andere Normen auf gleicher Ebene zugänglich wie jene des Bundes und der Länder, die seit 2002 erfolgten Kundmachungen wurden migriert. Von der bisherigen Webseite www.avsv.at erfolgt eine Weiterleitung an das RIS. Die Applikation ist unter www.ris.bka.gv.at/SVRecht (im Ordner „sonstige Kundmachungen“

bitte den Punkt „Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung - authentisch ab 2002“ anwählen) öffentlich kostenlos im Internet zugänglich. Die organisatorische und technische Betreuung erfolgt weiterhin durch die Abteilung.

6. Weitergabe von Versicherten- und Dienstgeberdaten an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Zur Durchführung des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG) wird dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz monatlich pro Dienstgeber die Anzahl der beschäftigten Personen (aufgeschlüsselt nach Geschlecht und Art der Beschäftigung) gemeldet. Außerdem werden vom Bundesministerium dem Hauptverband Versicherungsnummern der begünstigten Personen gemäß BEinstG bekannt gegeben. Für diese Personen meldet der Hauptverband die Art der Beschäftigung zu bestimmten Stichtagen.

7. Koordinierungsstelle für den Computereinsatz in der Arztpraxis

Im Hauptverband ist eine Koordinierungsstelle eingerichtet, die Anträge von EDV-Firmen behandelt, die EDV-Systeme für Abrechnungszwecke mit Krankenversicherungsträgern bzw. ab 1. Jänner 2007 vollintegrierte Produkte (e-Card Anbindung, Abrechnung, Export/Norm Datensatz) auf grundsätzliche Eignung prüfen lassen wollen.

Registrierung von Arzt-EDV-Software (Abrechnung)

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Anträge	5	3	3	1	2
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 150,0	- 40,0	0	- 66,7	+ 100,0
Anzahl der reg. Produkte zum 31.12.	200	204	204	204	206
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 0,5	+ 2,0	0	0	+ 1,0
Tests	7	5	2	1	5
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 133,3	- 28,6	- 60,0	- 50,0	+ 400,0

Registrierung von Arzt-EDV-Software (Vollintegration)

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Anträge	1	3	2	2	1
Veränderung zum Vorjahr in %.....	- 75,0	+ 200,0	- 33,3	0	- 50,0
Anzahl der reg. Produkte zum 31.12.	16	18	20	20	20
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 6,7	+ 12,5	+ 11,1	0	0
Tests	1	5	4	3	1
Veränderung zum Vorjahr in %.....	- 80,0	+ 400,0	- 20,0	- 25,0	- 66,7

8. Familienbeihilfendatenbank

Auf Grund der Bestimmungen des Sozialrechtsänderungsgesetzes 1992 und des Familienlastenausgleichsgesetzes wurde beim Hauptverband eine Familienbeihilfendatenbank aufgebaut. Darin sind die für die Sozialversicherung erforderlichen Daten der Familienbeihilfenbezüge, die über das 18. Lebensjahr eines Kindes hinaus gewährt werden sowie die Daten der anspruchsberechtigten Person gespeichert. Diese Daten werden vom Bundesministerium für Finanzen an den Hauptverband gemeldet und können von den Sozialversicherungsträgern abgefragt werden. Die Familienbeihilfendatenbank wurde im Herbst 1994 eingesetzt.

9. Datendrehscheibe Hauptverband

Zur Unterstützung der Kommunikation zwischen den Sozialversicherungsträgern wurde beim Hauptverband am 1. Juli 1995 die "Datendrehscheibe" in Betrieb genommen. Über die Datendrehscheibe können von den Versicherungsträgern und Partnern der Sozialversicherung (Bundesministerien, Landesregierungen, Bundesrechenzentrum, AMS, Statistik Austria) beliebige Meldungen an Versicherungsträger weitergeleitet werden. Täglich werden jedem Versicherungsträger die für ihn beim Hauptverband eingelangten Meldungen (Datenbestände) zur Abholung über Datenfernübertragung bereitgestellt.

Anzahl der über Datendrehscheibe weitergeleiteten Meldungen

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Dienstgebermeldungen (Datensätze) (DM).....	52,849.166	54,267.596	54,561.680	55,576.970	58,084.980
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 6,7	+ 2,7	+ 0,5	+ 1,9	+ 4,5
Dienstgebermeldungen f. d. BVA.... (DB)	3,572.101	3,338.453	3,503.877	3,406.058	3,806.002
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 3,0	- 6,5	+ 5,0	- 2,8	+11,7
Meldungen zur gemeinsamen Versteuerung von Pensionen (GL/01).....	8,360.827	8,377.423	8,850.231	8,667.219	8,895.990
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 4,4	+ 0,2	+ 5,6	- 2,1	+ 2,6
Meldungen zur gemeinsamen Versteuerung von Pensionen Jahresabgleich (GL/03).....	2,808.137	2,776.101	2,782.663	2,808.628	2,829.430
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 2,1	- 1,1	+ 0,2	+ 0,9	+ 0,7
Krankenversicherung der Pensionisten (KP)	812.063	671.975	665.596	680.614	692.038
Veränderung zum Vorjahr in %.....	+ 16,0	- 17,3	- 1,0	+ 2,3	+ 1,7
Heilmittelabrechnung (HM)	155,398.872	155,812.420	155,157.975	152,332.626	188,261.264
Veränderung zum Vorjahr in %.....	- 2,4	+ 0,3	- 0,4	- 1,8	+ 23,6

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Krankenanstaltenmeldungen, Anzeigen (KA/AN)	6,361.538	6,313.641	7,080.161	17,009.757	17,980.433
Veränderung zum Vorjahr in %	- 48,5	- 0,8	+ 12,1	+ 140,3	+ 5,7
Krankenanstaltenmeldungen, Leistungsdaten (stationär) (KA/LS) .	696.128	595.687	808.873	2,599.877	2,893.313
Veränderung zum Vorjahr in %	- 71,8	- 14,4	+ 35,8	+ 221,4	+ 11,3
Krankenanstaltenmeldungen, Leistungsdaten (ambulant) (KA/LA)	6,410.082	5,176.086	6,399.633	16,490.767	17,619.264
Veränderung zum Vorjahr in %	- 36,9	- 19,3	+ 23,6	+ 157,7	+ 6,8
Krankenanstalten-Rückmeldungen, Anzeigen (KR/AN)	5,373.710	5,279.915	5,966.822	14,332.154	14,464.051
Veränderung zum Vorjahr in %	- 49,7	- 1,8	+ 13,0	+ 140,2	+ 0,9
Krankenanstalten-Rückmeldungen, Leistungsdaten (ambulant) (KR/LA)	110.779	83.437	222.020	316.672	540.276
Veränderung zum Vorjahr in %	- 35,9	- 24,7	+ 166,1	+ 42,6	+ 70,6

10. Datenaustausch mit der EU

10.1 EU-Projekt EESSI - Grundlagen

Über das IT-System EESSI können die Sozialversicherungsträger künftig EU-weit schneller und sicherer Informationen austauschen – so wie dies die EU-Verordnungen zur Koordinierung der Sozialversicherungssysteme vorschreiben.

Derzeit gibt es noch kein EU-weites System. Der Informationsaustausch findet größtenteils auf Papier statt.

Wie wird das System arbeiten?

Die gesamte Kommunikation zu grenzüberschreitenden Sozialversicherungsfällen zwischen den nationalen Trägern erfolgt über strukturierte elektronische Dokumente.

Diese Dokumente werden über das (zentral von der Europäischen Kommission verwaltete) EESSI direkt an den richtigen Adressaten in einem anderen EU-Land weitergeleitet.

Welches der richtige Empfänger ist, kann im Verzeichnis der nationalen Sozialversicherungsträger (Institution Repository) ermittelt werden.

Welche Vorteile bringt das System?

Der Öffentlichkeit:

- schnellere Bearbeitung von Anträgen
- schnellere Berechnung und Auszahlung der Leistungen.

Den öffentlichen Verwaltungen:

- standardisierter Informationsfluss
- bessere mehrsprachige Kommunikation dank gemeinsamer strukturierter Dokumente
- optimierte Prüfung und Erhebung von Daten.

10.2 Projekt EGDA

Das im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2011 gestartete Programm EGDA übernimmt die Verantwortung für die Einführung und Etablierung aller organisatorischen/fachlichen Rahmenbedingungen für die Durchführung eines Datenaustausches zwischen den beteiligten Sozialversicherungsträgern und Institutionen in Österreich und Ihren ausländischen Partnern. Weiters werden im Rahmen des Programmes EGDA alle von der EU Kommission implementierten technischen Schnittstellen (Referenzimplementierung) zur Umsetzung der Prozesse für die nationalen Umsetzungen bei den beteiligten Institutionen bereitgestellt.

Die innerstaatliche Rechtsgrundlage für die Rolle des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (im Weiteren Hauptverband) und die Umsetzung von EGDA/EESSI wurde durch die Novellierung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes – SV-EG (im Rahmen des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2011) geschaffen (§ 5 SV-EG).

Die europäischen und innerstaatlichen Rechtsgrundlagen für die zusätzlichen Aufgaben des Hauptverbandes liegen grundsätzlich für die Verlängerung und Erweiterung des Programmes EGDA vor.

Gemäß des Art 95 der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 sowie den Anforderungen der Mitgliedstaaten ist ab dem Zeitpunkt des Vorliegens eines produktiven Systems von einer zweijährigen Übergangszeit für den vollen elektronischen Datenaustausch auszugehen.

Das Programm EGDA stellt die organisatorische, fachliche und technische Schnittstelle zwischen EESSI und der nationalen Implementierung dar. Basis der Schnittstelle sind die Zugangsstelle („Access Point“) sowie das zentrale EESSI System („Software für den Datenaustausch zwischen zwei Access Points“).

Der europäische Datenaustausch erfolgt auf Basis von Geschäftsprozessen (Regelwerk zum Austausch von Daten) über den Austausch von SEDs (strukturierte elektronische Dokumente). Die technische Implementierung seitens der EU hat im Wesentlichen die Übertragung von Daten („Transport“) sowie deren Validierung („Messaging“) zum Gegenstand. Die Abbildung der Geschäftsabläufe, die Implementierung von Regeln zum Datenaustausch („Businesslogik“) sowie die Regeln des nationalen Datenaus-

tauschs werden vornehmlich Gegenstand nationaler Umsetzungen im Rahmen des Programmes EGDA sein.

Ein browserbasierter Arbeitsplatz (EGDA.WEB) der den fachlichen Anforderungen genügt, ist ebenfalls Gegenstand der nationalen Entwicklungen im Rahmen des Programmes EGDA. Als wichtigste Anforderungen sind die ergonomische Geschäftsfallverwaltung, die dafür für die beteiligten Institutionen notwendige spezifische Archivfunktion sowie die Einbindung von Standardprodukten der Sozialversicherung (z.B. ZPV, etc.) anzuführen.

10.2.1 EGDA – Aufgaben

Der gesamte Datenaustausch zwischen nationalen Sozialversicherungsträgern zu grenzüberschreitenden Vorgängen wird in Zukunft über ein zentrales europäisches System („EESSI“) elektronisch abgewickelt.

Die Umstellung auf diesen elektronischen Datenaustausch bringt wesentliche Vorteile:

- Die Sozialversicherungsträger werden EU-weit dieselben elektronischen Standardvorlagen verwenden, die in ihre jeweiligen Landessprachen übersetzt wurden. Dadurch verbessert sich die mehrsprachige Kommunikation.
- Die in EESSI vorgesehenen Schutzmechanismen gewährleisten, dass die ausgetauschten Daten korrekt und vollständig sind und helfen so bei der Betrugsbekämpfung und Fehlervermeidung.
- Durch elektronische Standardverfahren hilft EESSI bei der Optimierung der Fallbearbeitung durch die Sozialversicherungsträger und trägt zur ordnungsgemäßen Anwendung der Vorschriften zur Koordinierung der sozialen Sicherheit bei.

In ihrer 351. Sitzung hat die Verwaltungskommission zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Basis der vorliegenden Dokumentation und auf Empfehlung des EESSI Executive Boards und der Technischen Kommission mit Datum 3. Juli 2017 die aktuelle Version von EESSI unter definierten Vorbehalten als „fit for purpose“ erklärt:

Mit 3. Juli 2017 begann damit auch die 24-monatige Übergangsfrist gemäß EU-Beschluss E4 und Artikel 95(1) der Durchführungsverordnung Nr. 987/2009, bis zu deren Ablauf die Mitgliedstaaten EESSI implementiert haben müssen, so dass der Datenaustausch nur noch elektronisch erfolgt.

Das im Hauptverband installierte EGDA („elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch“)-Programm ist die Schnittstelle zwischen dem europäischen Projekt EESSI und der nationalen Umsetzung bei den Sozialversicherungsträgern. EGDA definiert die fachlichen und technischen Rahmenbedingungen für Einführung von 122 von 100 Geschäftsprozessen in

Österreich, koordiniert die Anbindung an das EESSI System für über 100 Träger und moderiert die Einbindung aller nationalen Systeme (nationaler Rolloutplan) in enger Zusammenarbeit mit den Fachbereichen sowie Standardprodukten bzw. anderen technischen Systemen. Das Programm EGDA trägt dabei keine Verantwortung für organisatorische und technische Umsetzungsprojekte bei den Trägern. Über derartige Projekte auf Basis der genannten Rahmenbedingungen muss die Anbindung der Träger an das elektronische System umgesetzt werden.

Für die Umsetzung zentraler technischer und organisatorischer Rahmenbedingungen zur Implementierung des elektronischen Datenaustausches in Österreich wurden seitens EGDA in Rahmen von Projektausreibungen EU-Fördergelder lukriert. Diese Förderungen erlaubten eine Gegenfinanzierung für Aktivitäten zur Umsetzung:

- Umsetzung von organisatorischen und technischen Vorbereitungsarbeiten über das Programm "Social Agencies for Future Europe" (SAFE), 2014-2017
- Aktivitäten für die Umsetzung des elektronischen Datenaustausches zur Kostenverrechnung über das Programm "Social Agencies for Future Europe" (SAFE), 2014-2017
- Umsetzung und Übergang in den Produktionsbetrieb für die technische Zugangsstelle zum EESSI System über das Programm „Connecting Europe Facilities“ (CEF, 1.Call), 2016-2018.

Weitere wichtige Aktivitäten im Rahmen von EGDA sind die Einbringung von Expertisen in Bezug auf strategische und konzeptionelle Fragestellungen auf EU-Ebene. Insbesondere sind Fragestellungen in den Bereichen Kostenforderung, Anzuwendendes Recht, Krankheit, Unfall und Pension hervorzuheben. Über EGDA konnten nationale Interessen gewahrt und fachliche sowie technische Rahmenbedingungen für den elektronischen Datenaustausch im Sinne Österreichs definiert werden.

Mit dem Beginn der Übergangsphase am 03.07.2017 beginnt eine aufwendige zweijährige Periode für die Anbindung aller nationalen Systeme. Der Übergang in den operativen Betrieb in festgelegten Phasen und definierten Schritten wird damit ermöglicht:

- (1) fachliche Analyse aller Geschäftsprozesse
- (2) Spezifikation der fachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen
- (3) organisatorische und technische Umsetzung
- (4) Rollout und Übergang in den Regelbetrieb

Für (1) -(4) sind bzw. werden die Aufgaben und Verantwortlichkeiten über die vom EGDA veröffentlichten fachlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen eindeutig definiert. Neben einer im September 2017 stattfindenden Informationsveranstaltung bilden verschiedenste spezifische Arbeitssitzungen mit den Fachgruppen (SV-Arbeitsgruppen) und den relevanten Standardprodukten bilden die Basis für die Moderation und Umsetzung der Übergangsphase in Österreich. Gleichzeitig werden über Fachgruppen und Leitungsgremien im EU-Umfeld nationale Interessen gewahrt und nationale Fragestellungen eingebracht.

Die **laufenden Aufgaben** ermöglichen die Umsetzung der mit den Trägern akkordierten Implementierungsstrategie für den elektronischen Datenaustausch (EGDA) für die Jahre 2018 - 2019.

Im Rahmen der Erarbeitung der Umsetzungsstrategie haben sich im Diskussionsprozess mit den Trägern wichtige zusätzliche Aufgaben und Anforderungen ergeben, wie z.B.

- Entwicklung von Schnittstellen und Datenhaltungssystemen im Bereich Anzuwendendes Recht (z.B. Entsendungsbescheinigungen) sowie Entwicklung von Instrumenten gegen Missbrauch im Bereich Entsendung (EGDA.AZUR; Nachfolgedatenbank zu DBENTS)
- Weiterentwicklung eines webbasierten Clients zum Einsatz bei den Trägern der Sozialversicherung zur Reduktion der Implementierungskosten bei diesen Trägern (EGDA.WEB).
- Implementierung von fachlichen und technischen Supportleistungen für die Träger im Rahmen des operativen Betriebs (EGDA.SUPPORT)

10.2.2 Nationale Umsetzung 2017 – Erstattungsverfahren für Echtkosten

Im Rahmen der EGDA Umsetzungsinitiative ist die Umsetzung des Erstattungsverfahrens eine wesentliche Säule. Beim seit Juni 2015 eingeführten elektronischen Datenaustausch innerhalb Österreichs mit allen beteiligten Versicherungsträgern und Institutionen und der Abteilung IESV (Internationale und Europäische Angelegenheiten der Sozialversicherung = Verbindungsstelle) wurden im Jahr 2016 im laufenden Betrieb die weiteren Änderungsanforderungen in der Kostenverrechnung durchgeführt.

Die Übermittlung der nationalen Datenbestände erfolgt über die Datendrehzscheibe des Hauptverbandes. Eine Intelligente Schnittstelle ermöglicht die Verknüpfung mit internationalen Partnern. Für die Mitarbeiter der Abteilung IESV wurde eine Case Managementsystem (EGDA.KOVER) zur Bearbeitung der Kostenforderungen im Juni 2015 produktiv gesetzt.

Seit der Produktivsetzung wurden Übermittlungen in folgendem Ausmaß durchgeführt:

Anzahl	Anmerkung - Erklärung
526.100	eingehende Kostenforderungen von einem Fremdstaat (EU-MS, EFTA-Staat, Schweiz)
469.733	ausgehende österreichische Kostenforderungen an einen Fremdstaat

10.3 Informationen zum derzeitigen Datenaustausch

Ergänzend zu den Ausführungen unter 10.2.2 wird hier eine aktualisierte Übersicht über den derzeitigen Stand des elektronischen Datenaustausches mit den europäischen Mitgliedstaaten gegeben:

10.3.1 Übermittlung von Kostenforderungen im Bereich der Krankenversicherung

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Aufnahme der am elektronischen Datenaustausch (DA) beteiligten EU-Mitgliedstaaten in chronologischer Reihenfolge:

Beginn des DA	EU-Mitgliedstaat und Anmerkungen
Ende 2001	Deutschland und Dänemark
2002	Portugal und Griechenland
2003	Frankreich
2004	Luxemburg und Belgien
2005 u. 2006	Keine Erweiterungen
2007	Tests mit Italien und Slowakei
Ende 2008	Slowakei
2009	Tschechien und Ungarn Schweiz: Tests Slowakei: abschließende Tests betr. E127 Tschechien und Ungarn: Tests betr. des Austausches der Monatspauschalbeträge E127
2010	Schweiz und Italien Großbritannien: Der für 2010 angekündigte Datenaustausch wird im Rahmen von EESSI-EGDA umgesetzt werden. Tschechien und Ungarn: Austausch der Monatspauschalbeträge E127 via sTESTA
2011	Keine Erweiterungen
2012	Slowenien (DA ab 1.1.2013 produktiv)
2013	Vorbereitung/Anbahnung des DA mit Bulgarien, Kroatien, Niederlande und Spanien

Elektronische Datenverarbeitung

Beginn des DA	EU-Mitgliedstaat und Anmerkungen
2014	Spanien produktiv; Griechenland, Kroatien und Polen – 2014 Tests durchgeführt
2015	Griechenland, Kroatien, Niederlande, Polen, Schweden - 2015 produktiv
2016	Litauen
2017	Bulgarien

In der u.a. Tabelle sind die Gesamterträge und -aufwände der elektronisch ausgetauschten Kostenerstattungen, die im Jahr 2017 durchgeführt wurden, ersichtlich (inkl. der in Papier übermittelten Kostenforderungen, die digitalisiert im elektronischen nationalen Datenaustausch enthalten sind).

Anzahl der elektronisch ausgetauschten Formulare 2017					
E125 / SED 080			E125 / SED 080		
von AT	Anzahl	Betrag	nach AT	Anzahl	Betrag
AT - BE	5.195	EUR 2.676.072,84	BE - AT	387	EUR 437.356,13
AT - BG	6.548	EUR 4.169.587,85	BG - AT	475	BGN 129.636,97
AT - CH	10.471	EUR 6.332.776,82	CH - AT	2.818	CHF 4.242.569,60
AT-CY	167	EUR 177.917,05	CY - AT	11	EUR 3.753,77
AT - CZ	7.020	EUR 4.168.983,38	CZ - AT	34.501	CZK 139.072.185,91
AT - DE	305.975	EUR 130.878.508,06	DE - AT	155.350	EUR 103.626.418,24
AT - DK	5.237	EUR 1.868.637,46	DK - AT	119	DKK 166.416,26
AT - EE	241	EUR 141.218,74	EE - AT	29	EUR 3.571,51
AT - ES	3.080	EUR 1.223.920,22	ES - AT	3.694	EUR 1.666.899,83
AT - FI	1.472	EUR 517.138,11	FI - AT	207	EUR 91.280,89
AT - FR	6.860	EUR 2.598.891,39	FR - AT	1.040	EUR 1.445.910,03
AT - GR	1.911	EUR 1.654.902,99	GR - AT	431	EUR 437.660,33
AT - HR	2.828	EUR 4.816.877,14	HR - AT	26.383	HRK 31.055.756,46
AT - HU	7.402	EUR 7.011.688,56	HU - AT	72.103	HUF1.687.885.252,00
AT - IE	816	EUR 328.561,51	IE - AT	401	EUR 38.474,58
AT - IS	244	EUR 81.286,95	IS - AT	132	ISK 8.503.089,00
AT - IT	24.734	EUR 11.372.509,53	IT - AT	2.061	EUR 1.330.005,62
AT - LI	1.287	EUR 648.877,79	LI - AT	416	CHF 208.748,00
AT - LT	406	EUR 221.387,49	LT - AT	36	EUR 3.484,66
AT - LU	2.858	EUR 803.181,46	LU - AT	68	EUR 87.949,03
AT - LV	235	EUR 170.231,29	LV - AT	22	EUR 2.819,08

Anzahl der elektronisch ausgetauschten Formulare 2017							
AT – MT	75	EUR	18.379,4	MT – AT	108	EUR	18.718,05
AT - NL	19.181	EUR	12.477.664,03	NL - AT	686	EUR	458.962,68
AT – NO	1.267	EUR	729.413,38	NO – AT	25	NOK	1.254.157,57
AT - PL	7.992	EUR	4.654.847,61	PL - AT	29.339	PLN	7.489.853,51
AT - PT	1.109	EUR	395.908,21	PT - AT	568	EUR	105.740,19
AT – RO	12.713	EUR	9.768.722,85	RO – AT	481	RON	189.941,42
AT - SE	4.758	EUR	2.208.153,36	SE - AT	668	SEK	3.932.369,26
AT - SI	3.167	EUR	3.796.744,88	SI – AT	26.791	EUR	7.000.590,36
AT - SK	7.639	EUR	6.662.981,75	SK - AT	166.542	EUR	19.303.916,78
AT – UK	16.845	EUR	8.739.050,78	UK - AT	208	GBP	491.314,75

10.3.2 Datenaustausch von im bilateralen Bereich außerhalb des EESSI-Kontextes

Das „WESSI“-System – wie im Punkt „Teilprogramm 2: Nationale Infrastruktur“ angeführt – wurde mit Beginn des Jahres 2014 produktiv gesetzt.

Seit 2014 werden zwischen Deutschland und Österreich die Pensionshöhen von Versicherten, die sowohl eine deutsche Rente als auch eine österreichische Pension erhalten, ausgetauscht.

2015 wurden Abstimmungsmeetings mit den österr. Pensionsversicherungsträgern durchgeführt sowie Arbeitstreffen betreffend den Datenaustausch im Bereich Pensionshöhen mit den Verbindungsstellen in der Slowakei, Slowenien und Serbien abgehalten.

Im Jahr 2016 wurde die geplante Umsetzung des Datenaustausches mit den genannten Staaten auf 2018 verschoben.

11. Gemeinsames Netzwerk der Sozialversicherung (SV-Netz)

Am 20. Dezember 1996 wurde mit dem Bundesministerium für Finanzen ein Kooperationsabkommen für die Nutzung des Corporate Network Austria (CNA) und der darin angebotenen Dienste abgeschlossen. Als Netzwerkbetreiber fungiert die Bundesrechenzentrum GmbH.

Am 21. April 2006 wurde in der Trägerkonferenz das Corporate Network der Sozialversicherung (CNSV) als Nachfolger des CNA in der Sozialversicherung als Standardprodukt beschlossen.

Mit der Errichtung des CNSV sowie mit der Programmsteuerung wurde vom Hauptverband die ITSV GmbH beauftragt.

Das CNSV hat die bestehenden Funktionalitäten des damaligen Corporate Network Austria Netzes (CNA) auf Basis moderner Netzwerktechnologien übernommen.

Am 5. Juni 2012 wurde in der Trägerkonferenz die Weiterentwicklung des Standardproduktes „Corporate Network der Sozialversicherung (CNSV)“ beschlossen. Ziel der beschlossenen Weiterentwicklung ist es, bei gleichbleibender Servicequalität durch Änderung der bestehenden Architektur und der Netztopologie (Layer 2) die Standardproduktkosten für CNSV zu senken bzw. die Kostensteigerung zu dämpfen.

Somit wurde im Jahr 2012 eine neue Architektur des CNSV, welche zusätzlich neue und geänderte Netzwerkanforderungen (Konsolidierungen der Rechenzentren und Applikationen) berücksichtigt, erstellt. Im Jahr 2013 wurde diese Architektur vollständig umgesetzt.

Gleichzeitig wurde im Projektleitungsausschuss (PLA CNSV) vereinbart, dass im Jahr 2016 sozialversicherungsweit alle Netze gemeinsam ausgeschrieben und realisiert werden.

Die Sozialversicherungsträger können im CNSV ihre eigenen Netze betreiben und darüber hinaus auf Dienste, die in einem trägerübergreifenden Netzwerk angeboten werden, zugreifen.

Das CNSV besteht aus 2 Netzwerkknoten in den beiden ITSV Rechenzentren in Wien (Wienerberg und Geiselberg), über welche alle Sozialversicherungsträger angebunden werden. Im Backbone ist das CNSV „hochverfügbar“ ausgeführt und ist ein wesentlicher Bestandteil für die Kommunikation mit anderen Gesundheitsnetzen.

Derzeit sind in der ITSV folgende zentrale Dienste im SV-Netz implementiert:

- Zugriff aller SV Träger auf die Standardprodukte, welche in den Rechenzentren der ITSV betrieben werden
- Gesicherter Austausch von Daten innerhalb der Sozialversicherung und mit Externen (KOMFOR, Filetransfer)
- Zugriff auf Komponenten der Softwareentwicklungsumgebung für Standardprodukte
- Sichere Anbindungen an die SVC (eCard), BRZ (Behörden) und andere externe Partner und insbesondere die Kommunikation im Zusammenhang mit ELGA
- Senden und Empfangen von E-Mails sowohl trägerübergreifend als auch zu externen Stellen
- gesicherter und eingeschränkter Zugriff auf das Internet
- zentraler Virenschutz für den Mail- und Internetverkehr

Im Herbst 2015 wurde gemeinsam mit der SVD GmbH das Projekt CNSV 2016 gestartet, welche eine einheitliche, rechtskonforme und, sofern vom SV Träger gewünscht, eigenständige Beschaffung der Netzanbindungen aller SV Träger ermöglichen wird. Der Abschluss der Rahmenvereinbarung erfolgte im Juli 2016. Im November 2016 wurde für den CNSV Backbone basierend auf der Rahmenvereinbarung ein erneuter Wettbewerb durchgeführt, welcher mit 23. Dezember 2016 abgeschlossen wurde. Die Beauftragung des Providers erfolgt im Jänner 2017.

Die Migrationen aller CNSV Backbone Anbindungen und aller Standorte der VAEB wurden im Laufe des Jahres 2017 durchgeführt und sind abgeschlossen.

Die Verschlüsselung im CNSV Backbone (Kommunikation zwischen SV Träger – GKKs, BKKs - und dem ITSV Rechenzentrum) wurde für alle Anbindungen, welche über Providerdienste geführt sind, umgesetzt. An der Erweiterung der Verschlüsselung für Kommunikation zwischen den einzelnen SV Trägern wird gearbeitet.

12. EDV-Koordination

Einrichtung von Standardprodukten

Am 14. September 1994 wurden von der Verbandskonferenz gemäß § 31 Abs. 5 Z 4 ASVG Richtlinien für die Zusammenarbeit der Versicherungsträger auf dem Gebiet der EDV (REDV) beschlossen. Nach diesen Richtlinien werden von den Versicherungsträgern und vom Hauptverband einheitliche EDV-Programme für die Verwendung durch die jeweils betroffenen Versicherungsträger entwickelt (so genannte "Standardprodukte"). Im Jahr 2017 wurde an folgenden Standardprodukten gearbeitet:

Standardprodukt	Anwender	Einrichtung durch
ABKK Anwendungen Betriebskrankenkassen	alle 5 Betriebskrankenkassen	Betriebskrankenkasse voestalpine Bahnsysteme
ABS Arzneimittel-Bewilligungs-Service	Alle Versicherungsträger (ohne AUVA)	SVAgW, HVB, VAEB
ALWE AGH (Auftraggeberhaftung), LSDB (Lohn- und Sozialdumpingbekämpfung), WEBBE (Webberechtigungen wie z. B. SVWEBERV, WEBEDIKT, WEBEKU, ECM-AWF, AVAU, mBGM-Clearing)	Alle Gebietskrankenkassen, Hauptverband, AUVA und VAEB	NÖGKK
AVI Amtliche Verlautbarungen im Internet	Alle Versicherungsträger und Pensionsinstitute	HVB

Elektronische Datenverarbeitung

Standardprodukt	Anwender	Einrichtung durch
BE Beitragseinbringung	Alle Gebietskrankenkassen	NÖGKK
BEICON Beitragscontrolling	Alle Gebietskrankenkassen und VAEB	NÖGKK
BIG Business Intelligence Modell als Instrument der Träger für die Tätigkeit in den Gesundheitsplattformen	Alle Krankenversicherungsträger	HVB
CNSV Corporate Network der Sozialversicherung	Alle Versicherungsträger	HVB
DDS Datendrehscheibe neu	Alle Versicherungsträger	HVB
DLS Einsatz und Umgang mit dem Dienstleistungsscheck	Alle Krankenversicherungsträger (ohne SVA,SVB)	VAEB
DWH Datawarehouse	Alle Versicherungsträger (ohne PVA & AUVA)	HVB
ELDA elektronische Datenübermittlung zum Empfang sozialversicherungsrelevanter Daten (vormals: Datensammelsystem)	Alle Versicherungsträger, HVB und KFA-Wien	OÖGKK
EBDB Abfrage der Einheitswert- und Bewirtschaftungsdatenbank für Land- und forstwirtschaftliche Betriebe	Alle Pensionsversicherungsträger, alle Unfallversicherungsträger (ohne SVB, BVA)	SVB
eBS elektronisches Bewilligungs- und Antragservice	Alle Versicherungsträger (ohne PVA und AUVA) und KFA-Wien	HVB
ECM Enterprise Content Management	Alle Versicherungsträger, HVB und ITSV	HVB
EFEU Elektronische Feststellung und Erledigung in der Unfallversicherung	Alle Unfallversicherungsträger	AUVA
ePK einheitliches Pensionskonto	Alle Pensionsversicherungsträger	HVB
ePV elektronische Pensionsversicherung	SVA, SVB, VAEB, PVA	PVA
eSV eSV im Web - Dienstleistung der SV	Alle Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, BVA, SVB, SVA, VAEB, AUVA, PVA	HVB
FIWI Finanz- und Wirtschaftswesen	Alle Gebietskrankenkassen, alle Betriebskrankenkassen, PVA, SVB, SVA, SVD, SV Pensionskasse, VAEB, ITSV	WGKK

Elektronische Datenverarbeitung

Standardprodukt	Anwender	Einrichtung durch
FOKO Gesamtkostenrechnung ärztlicher Tätigkeit	Alle Krankenversicherungsträger und Sonderversicherungsträger (KV)	OÖGKK
GPLA Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (Sonderregeln wegen Beteiligung des BMF nach § 41a ASVG und § 86 EStG)	Alle Gebietskrankenkassen und VAEB	TGKK
JU4Health Jugendlichenuntersuchung	Alle Gebietskrankenkassen und BKK Verkehrsbetriebe	OÖGKK
KUG Karenzgeld	Alle Krankenversicherungsträger	NÖGKK
LEICON Leistungscontrolling	Alle Gebietskrankenkassen, VAEB, BVA, SVA und SVB	NÖGKK
LGKK Leistungswesen der Gebietskrankenkassen	Alle Gebietskrankenkassen	OÖGKK
LIVE Sachleistungsinformation an die Versicherten	Alle Gebietskrankenkassen, alle Betriebskrankenkassen und BVA und SVB	OÖGKK
MVB Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen der GKK	Alle Gebietskrankenkassen	STGKK
PERS Personalwirtschaft	Alle Versicherungsträger, HVB, ITSV, SV Pensionskasse	WGKK
PFM Performance-Management	Hauptverband	HVB
PKV Partnerkontenverwaltung	Alle Gebietskrankenkassen	NÖGKK
RAD Risiko- und Auffälligkeitsanalyse	Alle Gebietskrankenkassen	OÖGKK
RGKK Regress für die Gebietskrankenkassen (vormals: REG)	Alle Gebietskrankenkassen	OÖGKK
SOZDOK Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts (Sonderregeln wegen Beteiligung des BMS nach § 31 Abs. 4 Z 4 ASVG)	Alle Versicherungsträger	HVB BVA
STP-Technik Softwareentwicklungsumgebung (vormals: SEU-CC)	Alle Versicherungsträger	HVB
SV-IS SV-Management-Informationssystem	Alle Versicherungsträger	HVB
VPAB-GKK Standardprodukt Ärzteverrechnung (ALVA) und Heilmittelabrechnung (HEMA) für GKK	Alle Gebietskrankenkassen	WGKK (ALVA) KGKK (HEMA)

Standardprodukt	Anwender	Einrichtung durch
VPAB-BKVT Standardprodukt Vertragspartnerabrechnung für bundesweite KV-Träger (NOVA)	VAEB, BVA, SVA, SVB	BVA (NOVA) KGKK (HEMA)
ZPV Zentrale Partnerverwaltung	Alle Versicherungs-träger	HVB

13. Datenaustausch mit den Gewerbebehörden (Meldung gewerbrechtlicher Geschäftsführer)

Die Gewerbebehörde hat in jenen Fällen, in denen die Gewerbeordnung die Bestellung eines Geschäftsführers vorschreibt und ein Arbeitnehmer als Geschäftsführer angezeigt oder genehmigt wird, den Hauptverband von der Bestellung oder dem Ausscheiden desselben auf automationsunterstütztem Weg zu verständigen. Der Hauptverband verständigt in der Folge die Gewerbebehörde vom Ende der Pflichtversicherung einer dieser Personen auf Grund einer entsprechenden Meldung der betroffenen Krankenversicherungsträger. Der Datenaustausch wurde im März 1998 aufgenommen.

Bezeichnung	2013	2014	2015	2016	2017
Meldungen vom zentralen Gewerberegister (ZG/01)	15.596	16.185	16.291	19.665	29.067
Veränderung zum Vorjahr in % ..	+ 0,1	+ 3,9	+ 0,7	+ 20,7	+ 47,8
Meldungen an das zentrale Gewerberegister (ZG/02)	5.984	10.794	11.184	10.306	29.800
Veränderung zum Vorjahr in % ..	- 2,9	+ 80,4	+ 3,6	- 7,9	+ 189,2

14. Leistungsinformation für Versicherte (LIVE)

Gemäß § 81 ASVG (§ 43 GSVG, § 41 BSVG, § 27B-KUVG) haben die Krankenversicherungsträger einmal im Kalenderjahr die Versicherten über die Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Sachleistungen zu informieren.

Im Hauptverband wurde dazu eine zentrale Leistungsdatenbank eingerichtet, die über die FOKOs der Krankenversicherungsträger mit Daten beschickt wird. Aus dieser Datenbank werden Druckdateien erzeugt, die an einen externen Anbieter übermittelt werden. Dieser druckt aus diesen Dateien dann die Informationsbriefe, kuvertiert und versendet sie.

Im August 2017 wurden 1,497.310 Briefe mit den Leistungsinformationen für das gesamte Jahr 2016 an jene Versicherten verschickt, welche sich für den Erhalt des Leistungsblattes angemeldet haben.

Mittels Bürgerkarte ist es für den Versicherten seit 2006 möglich, die in Anspruch genommen Leistungen Online abzurufen. Es stehen jeweils die

Daten des zuletzt - für die Aussendung des Leistungsblattes - aufbereiteten Jahres sowie der vier vorangegangenen Jahre zur Verfügung.

Anzahl der Leistungen in der zentralen Leistungsdatenbank

Leistungsbereich	2013	2014	2015	2016
Ärztliche Leistung	294,793.838	307,004.957	304,184.781	315,361.404
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 4,8	+ 4,1	- 0,9	+ 3,7
Vorsorgeuntersuchungen	1,040.399	1,109.688	1,217.505	1,389.108
Veränderung zum Vorjahr in %	- 16,8	+ 6,7	+ 9,7	+ 14,1
Heilmittel.....	95,544,466	95,724.712	93,956.408	91,603.024
Veränderung zum Vorjahr in %	- 0,6	+ 0,2	- 1,9	- 2,5
Heilbehelfe/Hilfsmittel	5,208.606	5,250.459	5,506.386	5,634.933
Veränderung zum Vorjahr in %	+5,4	+ 0,8	+ 4,9	+ 2,3
Transporte	3,896.408	3,928.681	3,929.478	4,181.862
Veränderung zum Vorjahr in %	- 0,8	+ 0,8	+ 0,5	+ 6,4
Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche	-	-	38.401	71.449
Veränderung zum Vorjahr in %			0	+ 86,1
Krankenhausaufenthalte.....	2,280.258	2,295.416	2,276.441	2,316.268
Veränderung zum Vorjahr in %	- 0,2	+ 0,7	- 0,8	+ 1,8
Kur- und Erholungsaufenthalte.....	67.939	64.972	63.040	62.038
Veränderung zum Vorjahr in %	- 3,0	- 4,4	- 3,0	- 1,6
Kasseneigene Ambulatorien und Vorsorgeuntersuchungen	7,841.520	4,141.694	4,061,031	3,762.474
Veränderung zum Vorjahr in %	- 1,8	- 47,2	- 2,0	- 7,4
Gesamt.....	410,673.434	419,520.579	415,356.586	424,382.560
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 3,2	+ 2,2	- 1,0	+ 2,2

15. Rezeptgebührenobergrenze (REGO)

Seit 1. Jänner 2008 ist das Produkt Rezeptgebührenobergrenze (REGO) österreichweit bei jedem Krankenversicherungsträger sowie der Krankenfürsorgeanstalt Wien (KFA Wien) im Einsatz. Ab 1.1.2008 muss jeder Versicherte nur so lange die Rezeptgebühr zahlen, bis er im laufenden Kalenderjahr mit diesen Zahlungen einen Betrag von 2 % seines Jahresnettoeinkommens (ohne Sonderzahlungen) erreicht. Danach ist er für den Rest des Kalenderjahres von der Rezeptgebühr befreit.

Die Sozialversicherung legt für jeden Versicherten ein eigenes Rezeptgebühren-Konto an. Auf der einen Seite wird das Jahresnettoeinkommen verbucht, auf der anderen Seite werden die im laufenden Jahr bezahlten Rezeptgebühren addiert. Sobald diese eine Summe von 2 % des Nettoeinkommens erreichen, wird dieser Umstand dem Arzt, der ein Medikament verschreibt, bzw. der Ordinationshilfe beim Stecken der e-card angezeigt.

Bezahlte Rezeptgebühren werden von den Apotheken monatlich im Nachhinein abgerechnet. Die Verarbeitung innerhalb der Sozialversicherung benötigt ca. 6 bis 8 Wochen. Daher ist eine aktuelle Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze nicht möglich. Kommt es dadurch dazu, dass der Versicherte noch Rezeptgebühren bezahlt hat, obwohl er seine Einkommens-Obergrenze bereits erreicht hätte, so werden die zuviel bezahlten Rezeptgebühren in Form einer Gutschrift im nächstfolgenden Kalenderjahr berücksichtigt – die Rezeptgebührenobergrenze vermindert sich um die Höhe der Gutschrift.

- Mit Stand 31. Dezember 2017 werden in REGO
- 10,327.394 Rezeptgebührenkonten verwaltet.

- Mit Stand 31. Dezember 2017 haben in REGO
- 288.954 Personen von der REGO-Befreiung profitiert

16. Pensionskonto (ePK)

Für alle in der gesetzlichen Pensionsversicherung versicherten Männer und Frauen, die ab 01.01.1955 geboren sind, ist ein Pensionskonto eingerichtet. Auf diesem Pensionskonto werden die Beitragsgrundlagen aller erworbenen Versicherungszeiten erfasst. Die Kontoführung beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem erstmals ein Versicherungsverhältnis in der Pensionsversicherung begründet wird und endet mit dem Kalenderjahr, in das der Stichtag fällt.

Eine Information über den Stand des Pensionskontos (Kontomitteilung) konnte erstmals ab 2008 beim zuständigen Pensionsversicherungsträger beantragt werden. Außerdem besteht die Möglichkeit, mit der Bürgerkarte oder Handysignatur das persönliche Pensionskonto online einzusehen und die Kontomitteilung auszudrucken.

Die unverbindliche Kontomitteilung enthält für das jeweils vergangene Kalenderjahr:

- die Gesamtgutschrift,
- die Jahressumme der Beitragsgrundlagen,
- die Teilgutschrift und
- die Beitragsleistung

Die Gesamtgutschrift, geteilt durch 14, ergibt den monatlichen Pensionswert aus dem Pensionskonto (APG-Pension).

Mit 1. Jänner 2014 werden die Pensionen ausschließlich mit dem Pensionskonto berechnet. Alle Personen, die ab 1. Jänner 1955 geboren sind und Versicherungszeiten vor 2005 erworben haben, erhalten eine Konto-

erstgutschrift. Das bedeutet, dass all ihre bis 2013 erworbenen Versicherungszeiten zusammengeführt und ins Pensionskonto übertragen werden. Somit kann ihre Pensionshöhe auf Basis eines einzigen Pensionskontosystems berechnet werden.

Seit dem Jahr 2014 wurden insgesamt für die Pensionsversicherungsträger

- 3.928.676 Kontoerstgutschriften

berechnet, in ePK gespeichert und an die Versicherten versendet.

Wer bereits vor dem 01.01.2005 versichert war, bei dem ergibt sich die Gesamtgutschrift für den Pensionswert aus Höhe der Kontoerstgutschrift sowie den ab dem Kalenderjahr 2014 jährlich erworbenen Teilgutschriften bis hin zum Pensionsantritt.

Zum Auswertungstichtag 30.09.2017 werden im ePK

- 5.788.897 Pensionskonten verwaltet.

Davon entfallen

- 5.628.858 Pensionskonten in den SV-Bereich
- 160.039 Pensionskonten in den Beamtenbereich
(Bund – Land)