

Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	03
1. Gebarung	04
1.1 Gebarung der österr. Sozialversicherung	06
1.2 Gebarung der Krankenversicherungsträger ..	08
1.3 Gebarung der Pensionsversicherungsträger ..	14
1.4 Gebarung der Unfallversicherungsträger	18
2. Krankenversicherung	20
2.1 Krankenversicherte und Beschäftigte	22
2.2 Ärzte, Zahnärzte und Dentisten	28
2.3 Apotheken und Heilmittel	38
2.4 Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern ..	40
2.5 Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	44
3. Pensionsversicherung	46
3.1 Pensionsversicherte	48
3.2 Pensionsstände	50
3.3 Anpassung der Renten und Pensionen	58
3.4 Pensionshöhe	60
3.5 Zulagen, Zuschüsse	64
3.6 Bundespflegegeldgesetz	68
4. Unfallversicherung	70
4.1 Unfallversicherte	72
4.2 Rentenstände	74
4.3 Rentenhöhe	76
5. Trägerübergreifend	78
5.1 Rehabilitation	80
5.2 Heilverfahren	82
5.3 Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger	84
5.4 Zwischenstaatliche Sozialversicherung im Verhältnis zu 49 Staaten	86
5.5 Elektronische Datenverarbeitung	90

Proportionen beim Goldenen Schnitt

Als Goldener Schnitt (lateinisch: *sectio aurea*, *proportio divina*) wird das Teilungsverhältnis einer Strecke oder anderen Größe bezeichnet, bei dem das Verhältnis des Ganzen zu seinem größeren Teil (auch Major genannt) dem Verhältnis des größeren zum kleineren Teil (dem Minor) gleich ist.

Die Kenntnis des Goldenen Schnitts ist in der mathematischen Literatur seit der Zeit der griechischen Antike (Euklid von Alexandria) nachgewiesen. Vereinzelt schon im Spätmittelalter (Campanus von Novara) und besonders in der Renaissance (Luca Pacioli, Johannes Kepler) wurde er auch in philosophische und theologische Zusammenhänge gestellt. Frühe Hinweise auf eine Verwendung des Goldenen Schnitts stammen aus der Architektur. Nach Herodot steht bei der Cheops-Pyramide die Höhe der Seitenfläche zur Hälfte der Basiskante im Verhältnis des Goldenen Schnitts. Viele Werke der griechischen Antike werden als Beispiele für die Verwendung des Goldenen Schnitts angesehen, z. B. der Parthenon-Tempel auf der Athener Akropolis.

Der Goldene Schnitt wird auch in vielen Werken der Renaissance-Künstler vermutet, u. a. bei Raffael, Leonardo da Vinci und Albrecht Dürer, aber auch in der niederländischen Malerei des 16. und 17. Jahrhunderts, die beispielhaft in unserem Bildmaterial verwendet wurde.

Seit dem 19. Jahrhundert wurde er zunächst in der ästhetischen Theorie (Adolf Zeising) und dann auch in künstlerischer, architektonischer und kunsthandwerklicher Praxis als ein ideales Prinzip ästhetischer Proportionierung bewertet.

Das Verhältnis des Goldenen Schnitts ist nicht nur in Mathematik, Kunst oder Architektur von Bedeutung, sondern findet sich auch in der Natur, beispielsweise bei der Anordnung von Blättern und in Blütenständen mancher Pflanzen, wieder.

Die Zahlenfolge des Goldenen Schnitts und der Fibonacci-Zahlen stehen in einem nahen Maßverhältnis. In der Kompositionslehre wird der Goldene Schnitt als Hilfsmittel eingesetzt, um einen harmonischen Bildaufbau zu erzielen. Dies kann man durch geometrische Aufteilungen, aber auch durch farbliche Konzentrationen erwirken.

In unseren Bildbeispielen aus der Renaissance, schwerpunktmäßig Gemälde aus der Sammlung des Kunsthistorischen Museums Wien, sind, exemplarisch ausgewählt, Kompositionsannäherungen an den Goldenen Schnitt nachweisbar.

Quellen:
Le Corbusier, *Der Modulor 1 und 2*, Stuttgart 1953/1958
Lernhelfer (Duden)
Wikipedia

Vorwort

Das vorliegende Handbuch informiert über die Entwicklung der österreichischen Sozialversicherung im Jahr 2018, berücksichtigt aber auch die bis März 2019 beschlossenen gesetzlichen Änderungen.

Da zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Handbuches die endgültigen Gebarungsmeldungen der Sozialversicherungsträger noch nicht vorlagen, sind die angegebenen Gebarungsdaten für das Jahr 2018 noch als vorläufig anzusehen. Das im Oktober 2019 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 2019





1. Gebarung

1.1

Gebbarung der österreichischen Sozialversicherung

Das vorläufige Gebarungsergebnis 2018 der Sozialversicherungsträger ergab Gesamteinnahmen in der Höhe von 64.101 Millionen Euro, denen Gesamtausgaben in der Höhe von 63.945 Millionen Euro gegenüberstanden. Im Vergleich zum Jahre 2017 ist bei den Gesamteinnahmen eine Steigerung von 3,8 % und bei den Gesamtausgaben eine Steigerung um 3,7 % festzustellen.

Die folgende Tabelle informiert über das Gebarungsergebnis nach Versicherungsbereichen.

Gebbarung der Sozialversicherung 2017 – 2018

Versicherungsbereich	Jahr	Einnahmen in Mio. Euro	Ausgaben	
			in Mio. Euro	in % der Ein- nahmen
Sozialversicherung insg.	2018	64.101	63.945	99,8
	2017	61.726	61.641	99,9
Krankenversicherung	2018	19.257	19.152	99,5
	2017	18.491	18.440	99,7
Pensionsversicherung	2018	43.105	43.102	100,0
	2017	41.568	41.566	100,0
Unfallversicherung	2018	1.739	1.691	97,3
	2017	1.667	1.635	98,0

Die Mittel der Sozialversicherung werden in erster Linie durch Beiträge für Versicherte aufgebracht, die im Jahr 2018 52.736 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 Jahr 2018 6.767 Millionen Euro.

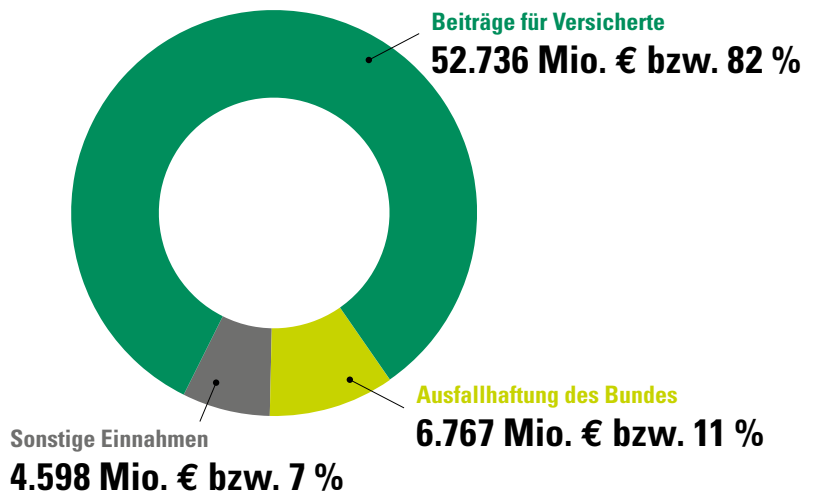
Weitere Mittel fließen den Sozialversicherungsträgern auch aus Kostenbeteiligungen der Versicherten, aus Leistungserlässen wie z. B. Ersätzen für Ausgleichszulagen zu. Diese Einnahmen betragen im Jahr 2018 4.598 Millionen Euro.

Die Einnahmen der Sozialversicherung setzten sich somit wie folgt zusammen:

Beiträge für Versicherte	52.736 Mio. €
Ausfallhaftung des Bundes	6.767 Mio. €
Sonstige Einnahmen (Ersätze für Ausgleichszulagen, sonstige Leistungserlässe, Kostenbeteiligungen etc.)	4.598 Mio. €
Insgesamt	64.101 Mio. €

Einnahmen der Sozialversicherung im Jahr 2018

Gesamteinnahmen: 64.101 Mio. Euro = 100 %



Von den Gesamteinnahmen in der Höhe von 64,1 Milliarden Euro entfielen rund 4,5 Milliarden Euro auf Transferzahlungen innerhalb der Sozialversicherung, sodass die tatsächlichen Einnahmen der Sozialversicherungsträger rund 59,6 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

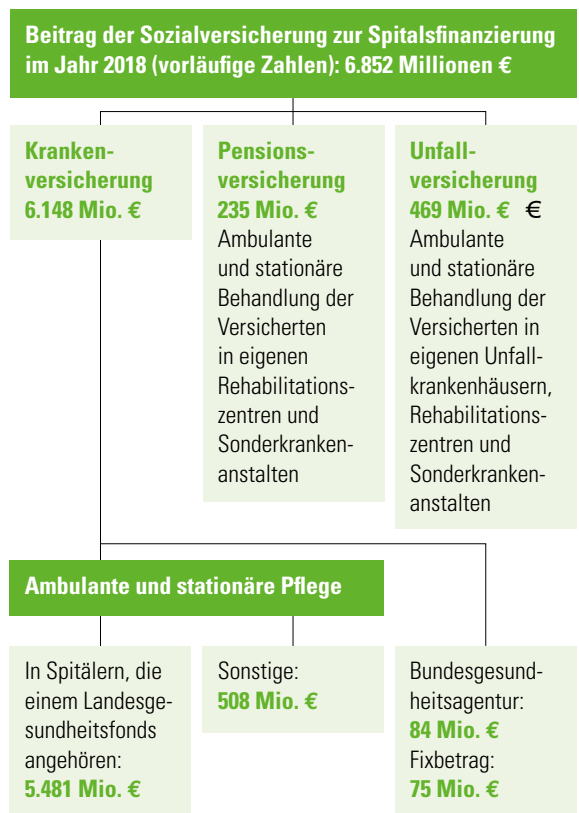
Jahr	Bruttoinlandsprodukt in Millionen Euro	Bundesbudget ¹⁾ in Millionen Euro	Mittel der Sozialversicherung		
			Millionen Euro	in % vom	
				BIP	Bundesbudget
2008	293.762	76.051	45.330	15,4	59,6
2009	288.044	71.014	47.445	16,5	66,8
2010	295.897	67.287	49.086	16,6	73,0
2011	310.129	67.814	50.501	16,3	74,5
2012	318.653	76.480	52.579	16,5	68,7
2013	323.910	75.567	54.594	16,9	72,2
2014	333.146	74.653	56.454	16,9	75,6
2015	344.259	74.590	58.259	16,9	78,1
2016	356.238	76.309	60.228	16,9	78,9
2017	369.899	80.678	61.726	16,7	76,5
2018 ²⁾	386.094	78.536	64.101	16,6	81,6

1) Ab 2013 Finanzierungshaushalt (allgemeine Gebarung).
2) Vorläufige Zahlen.

Von den Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger in der Höhe von 63.945 Millionen Euro entfielen 61,5 % auf Pensions- und Rentenleistungen (inklusive Ausgleichszulagen). Insgesamt wurden hierfür 39.351 Millionen Euro aufgewendet; das sind um 1.368 Millionen Euro mehr als im Jahr 2017.

Die Aufwendungen für die Spitäler betragen 6.852 Millionen Euro, um 226 Millionen Euro bzw. um 3,4 % mehr als im Jahr 2017. Die Sozialversicherung leistet in allen drei Versicherungszweigen einen Beitrag zur Spitalsfinanzierung. Die Krankenversicherung bezahlt für ambulante und stationäre Pflege an die Landesgesundheitsfonds sowie für die Pflege in sonstigen Spitälern jährlich einen Pauschalbeitrag, seit 2001 leistet sie auch 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.

Beitrag der Sozialversicherung zur Spitalsfinanzierung



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

1.2

Gebarung der Krankenversicherungsträger

Im Jahr 2018 betragen die Gesamteinnahmen 19.257 Millionen Euro und die Gesamtausgaben 19.152 Millionen Euro. Die prozentuelle Steigerung der Gesamteinnahmen gegenüber dem Jahr 2017 betrug 4,1 % und jene der Gesamtausgaben 3,9 %. Insgesamt hat die soziale Krankenversicherung das Geschäftsjahr 2018 vorläufig mit einem Gebarungüberschuss von 105 Millionen Euro abgeschlossen.

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

Gebarung der Krankenversicherung im Jahr 2018

Versicherungsbereich	in Millionen Euro		
	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
Alle KV-Träger	19.257	19.152	+ 105
ASVG	15.081	14.959	+ 122
B-KUVG	2.320	2.389	- 69
GSVG	1.227	1.200	+ 27
BSVG	629	604	+ 25

Entwicklung der Einnahmen

Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Gesamteinnahmen um 4,1 %. Die Beitragseinnahmen stiegen um 4,5 %, wobei sich die Beiträge für unselbständig Erwerbstätige um 5,4 % und jene für selbständig Erwerbstätige um 8,5 % erhöhten.

Die Einnahmen aus der Krankenversicherung der Pensionisten erhöhten sich um 3,2 %. Die Einnahmen für Arbeitslose (krankenversicherte Leistungsbezieher aus der Arbeitslosenversicherung) verringerten sich um 3,2 %. 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 2,4 %. In dieser Position sind u. a. 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 2018 lediglich 17 Millionen Euro. Somit kam es für die Krankenversicherung zu einer Mehrbelastung von 66,6 Millionen Euro. Einen Gesamtüberblick über die Entwicklung der Einnahmen gibt die nachstehende Tabelle.

Aufgliederung der Einnahmen in der Krankenversicherung

	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2018	2017	
Einnahmen insgesamt	19.257	18.491	+ 4,1
Beiträge für Versicherte	15.912	15.224	+ 4,5
Unselbständig Erwerbstätige	9.269	8.795	+ 5,4
Selbständig Erwerbstätige	855	788	+ 8,5
Arbeitslose (Leistungsbezieher)	383	396	- 3,2
Pensionisten, Rentner	4.410	4.272	+ 3,2
Sonstige Versicherte	192	208	- 7,9
Zusatzbeitrag für Angehörige	17	16	+ 6,0
Zusatzbeitrag in der KV	786	749	+ 4,9
Sonstige Einnahmen ¹⁾	3.345	3.267	+ 2,4

¹⁾ Rezeptgebühren (412 Mio. €), Ersätze für Leistungsaufwendungen (1.928 Mio. €), Vermögenserträge (21 Mio. €), Mittel aus dem Ausgleichsfonds (Strukturausgleichszuschüsse 355 Mio. €), Kostenbeteiligungen (80 Mio. €), Service-Entgelt (41 Mio. €) etc.

Entwicklung der Ausgaben

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung betragen im Jahr 2018 19.152 Millionen Euro und erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 712 Millionen Euro bzw. um 3,9 %.

18.202 Millionen Euro bzw. 95,0 % der Gesamtausgaben entfielen auf Leistungsaufwendungen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Aufwandssteigerung um 4,4 %.

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

Aufgliederung der Ausgaben in der Krankenversicherung

	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2018	2017	
Ausgaben insgesamt	19.152	18.440	+ 3,9
Versicherungsleistungen	18.202	17.430	+ 4,4
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	4.684	4.423	+ 5,9
Heilmittel	3.660	3.553	+ 3,0
Heilbehelfe, Hilfsmittel	302	277	+ 8,8
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.058	1.010	+ 4,7
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.454	5.250	+ 3,9
Medizinische Hauskrankenpflege	22	20	+ 11,1
Krankengeld ¹⁾	775	725	+ 6,9
Rehabilitationsgeld	364	338	+ 7,7
Mutterschaftsleistungen	705	699	+ 0,9
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie med. Rehabilitation	594	567	+ 4,8
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	244	239	+ 2,1
Fahrtspesen, Transportkosten	251	242	+ 3,4
Sonstige Leistungen	89	87	+ 2,0
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	495	479	+ 3,4
Sonstige Ausgaben	455	531	- 14,4

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 Jahr 2018 4.684 Millionen Euro aufgewendet, das sind um 5,9 % bzw. 261 Millionen Euro mehr als im Jahr 2017. 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 2018 für „Heilmittel“ 3.660 Millionen Euro aufgewendet, um 107 Millionen Euro bzw. 3,0 % mehr als im Jahr 2017.

Zahl der Heilmittelverordnungen und Heilmittelaufwand 2008 – 2018

Jahr	Zahl der Verordnungen	Ausgaben in Millionen Euro inkl. Ust.
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	113.867.641	3.553
2018	²⁾	3.660

1) Ab 2009 Senkung der Umsatzsteuer 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 2018 mit der Aufwertungszahl von 1,029 vervielfacht und betrug 6,- Euro. Die gesamten Einnahmen aus der Rezeptgebühr betragen im Berichtsjahr 412 Millionen Euro.

Heilbehelfe (Hilfsmittel)

Für „Heilbehelfe (Hilfsmittel)“ haben die Krankenversicherungsträger im Jahr 2018 302 Millionen Euro aufgewendet. Ab dem Jahr 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 Jahr 2018 1.058 Millionen Euro. Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sie sich um 48 Millionen Euro bzw. um 4,7 %. Die Aufwendungen für Zahnbehandlung erhöhten sich um 3,2 % und die für Zahnersatz um 9,0 %.

Anstaltspflege

Gemäß § 447f Abs. 2 ASVG haben die Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesgesundheitsfonds) für das Jahr 2018 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten zu überweisen. Für das Jahr 2018 war der Pauschalbeitrag vorläufig in der Höhe von 5.481 Millionen Euro festgesetzt. Weiters hat die Sozialversicherung 75 Mio. Euro an Fixbeträgen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen; davon entfallen 15 Mio. Euro auf die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage und 60 Mio. Euro 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 2018 müssen die Krankenversicherungsträger zusätzlich 83,6 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur zur Budgetkonsolidierung überweisen. Die Mittel für diese Überweisungen sollen vornehmlich aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige aufgebracht werden. Wie bereits erwähnt betrug diese Beitragseinnahme 2018 lediglich 17 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 (PRIKRAF, Unfallkrankenhäuser etc.) sowie Zahlungen in das Ausland. Nicht enthalten sind die Aufwendungen für Ambulanzleistungen. Diese werden unter der Position „Ärztliche 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 Jahr 2018 auf 22 Millionen Euro und haben sich gegenüber 2017 um 11,1 % 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

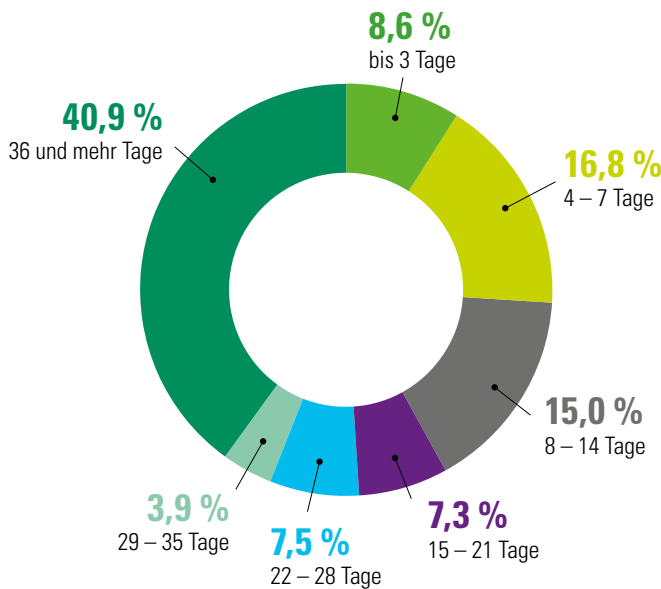
Die Ausgaben für „Krankengeld“ betragen im Jahr 2018 775 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahr 2017 erhöhten sie sich um 50 Millionen Euro bzw. um 6,9 %.

Obwohl noch keine detaillierten statistischen Unterlagen über die Entwicklung der Krankenstände und Krankengeldtage für 2018 vorliegen, wird damit gerechnet, dass die Zahl der Krankenstandstage je Arbeiter und Angestellten etwa gleich bleiben wird.

Entwicklung des Krankenstandes der Arbeiter und Angestellten 2007 – 2017

Jahr	Auf einen Arbeiter und Angestellten entfallen Krankenstands-		Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen
	Fälle	Tage	
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
2017	1,29	12,54	9,7

Verteilung der Krankenstandstage nach der Dauer der Krankenstände
Berichtsjahr: 2017



Rehabilitationsgeld

Ab dem Jahr 2014 wird von den Krankenversicherungsträgern das Rehabilitationsgeld an jene Personen ausbezahlt, für die von der Pensionsversicherung vorübergehend eine Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit für mindestens sechs Monate mit Bescheid festgestellt wurde, eine berufliche Rehabilitation nicht zumutbar und zweckmäßig ist und die am 1. Jänner des Jahres 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 Jahr 2018 betrug der Aufwand für das Rehabilitationsgeld 364 Mio. Euro.

Mutterschaftsleistungen

Die Ausgaben für „Mutterschaftsleistungen“ betragen im Jahr 2018 705 Millionen Euro, um 6 Mio. Euro bzw. um 0,9 % mehr als im Jahr 2017. Rund drei Viertel der Aufwendungen entfallen auf das Wochenlohn. Der Aufwand hierfür ist gegenüber dem Vorjahr um 0,2 % gestiegen.

Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie medizinische Rehabilitation

Im Jahr 2018 betragen die Aufwendungen für diese Leistungen 594 Millionen Euro, um 27 Millionen Euro bzw. 4,8 % mehr als 2017.

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 2018 zwischen 8,20 Euro und 19,91 Euro 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.

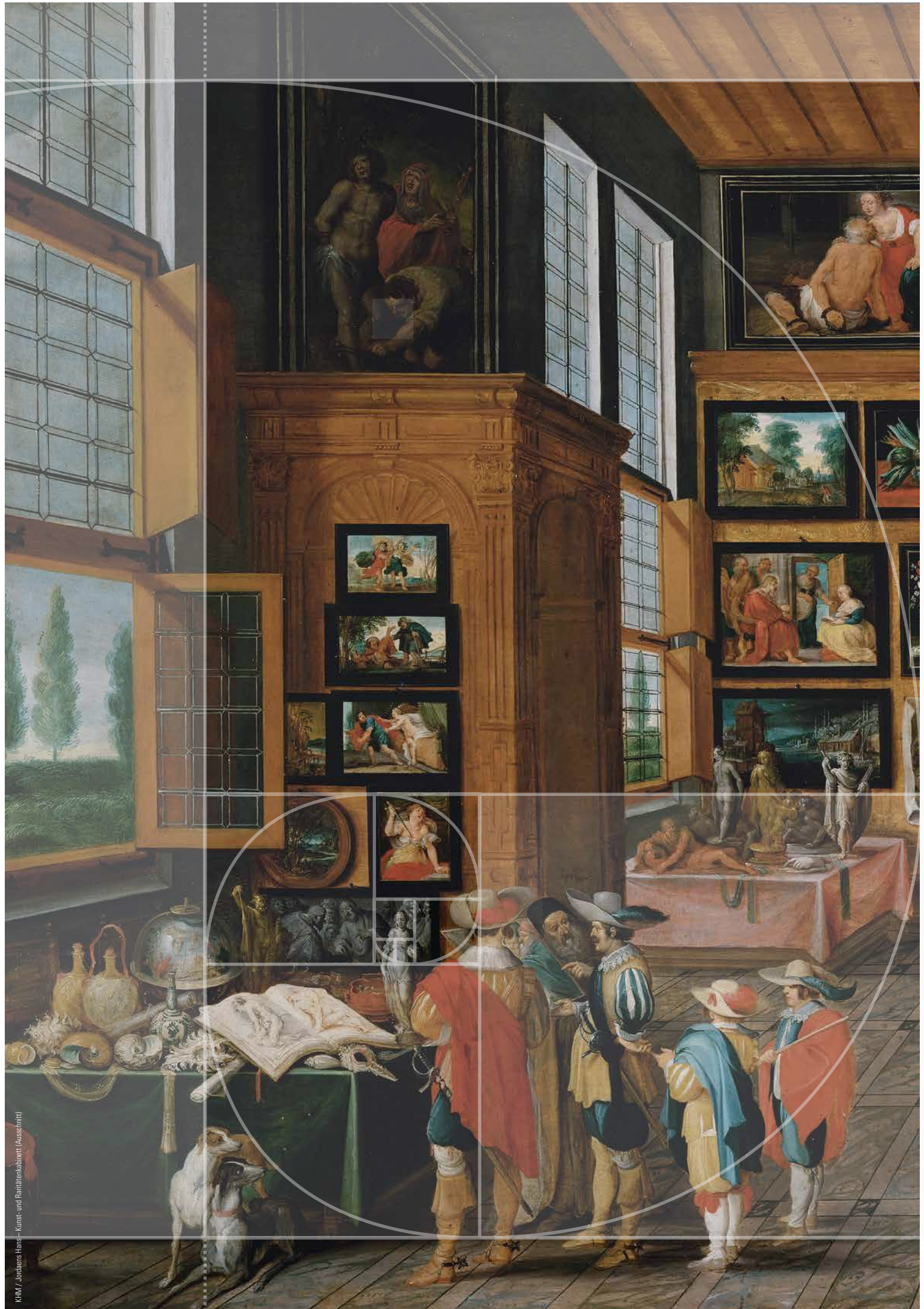
Sonstige Leistungsausgaben

Die Aufwendungen für die übrigen Leistungen (das sind „Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung“, „Fahrtspesen und Transportkosten“, „Bestattungskostenzuschuss“ sowie „Vertrauensärztlicher Dienst und sonstige Betreuung“) betragen im Jahr 2018 584 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahr 2017 erhöhten sie sich um 15 Millionen Euro bzw. um 2,6 %.

Gebarungsübersicht Krankenversicherung nach Versicherungsbereichen im Jahr 2018

	in Millionen Euro				
	KV insgesamt	davon nach dem			
		ASVG	B-KUVG	GSVG	BSVG
Einnahmen insgesamt	19.257	15.081	2.320	1.227	629
Beiträge für Versicherte	15.912	12.280	2.038	1.030	564
Vermögenserträge	21	13	6	–	2
Rezeptgebühren	412	323	52	24	13
Leistungsersätze	1.928	1.693	144	64	27
Mittel aus dem Ausgleichsfonds	355	355	–	–	–
Sonstige Einnahmen	629	417	80	109	23
Ausgaben insgesamt	19.152	14.959	2.389	1.200	604
Versicherungsleistungen	18.202	14.277	2.259	1.110	556
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	4.684	3.632	595	326	131
Heilmittel	3.660	2.922	377	227	134
Heilbehelfe, Hilfsmittel	302	228	33	21	20
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.058	816	138	70	34
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.454	4.179	742	345	188
Medizinische Hauskrankenpflege	22	17	2	2	1
Krankengeld ¹⁾	775	712	30	33	–
Rehabilitationsgeld	364	361	3	–	–
Mutterschaftsleistungen	705	591	79	24	11
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie medizinische Rehabilitation	594	361	195	23	15
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	244	189	28	20	7
Fahrtspesen, Transportkosten	251	195	28	16	12
Sonstige Leistungen	89	74	9	3	3
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	495	308	88	59	40
Sonstige Ausgaben	455	374	42	31	8
Saldo	+ 105	+ 122	– 69	+ 27	+ 25

1) Inkl. Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG.



KHM / Jordaens Hans - Kunst- und Fantastenkabinett (Auschnitt)

1.3

Gebbarung der Pensionsversicherungsträger

Die Gesamteinnahmen in der Pensionsversicherung betragen im Jahr 2018 43.105 Millionen Euro, um 1.537 Millionen Euro bzw. um 3,7 % mehr als im Jahr 2017. Die Ausgaben betragen 43.102 Millionen Euro. Sie erhöhten sich gegenüber dem Jahr 2017 um 1.536 Millionen Euro bzw. ebenfalls um 3,7 %. Das Rechnungsjahr 2018 wurde somit vorläufig mit einem Gebarrungsüberschuss von 3 Millionen Euro abgeschlossen.

Gebbarung der Pensionsversicherung

	2018 in Mio. €	Veränderung gegenüber 2017	
		in Mio. €	in %
Einnahmen insgesamt	43.105	+ 1.537	+ 3,7
Beiträge für Versicherte ¹⁾	35.140	+ 1.020	+ 3,0
Ausfallhaftung des Bundes	6.767	+ 505	+ 8,1
Ersätze für Ausgleichszulagen	978	- 2	- 0,2
Sonstige Einnahmen ²⁾	220	+ 14	+ 6,5
Ausgaben insgesamt	43.102	+ 1.536	+ 3,7
Versicherungsleistungen	41.817	+ 1.522	+ 3,8
Pensionsaufwand	37.727	+ 1.361	+ 3,7
Ausgleichszulagenaufwand	978	- 2	- 0,2
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	1.248	+ 88	+ 7,5
Beiträge zur KV der Pensionisten	1.736	+ 60	+ 3,6
Sonstige Leistungen	128	+ 15	+ 13,4
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträge	398	+ 20	+ 5,1
Verwaltungsaufwand	643	+ 20	+ 3,2
Sonstige Ausgaben ³⁾	244	- 26	- 9,4
Saldo	+ 3	-	-

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

2) Ersätze für Leistungsaufwendungen, Kostenbeteiligungen etc.

3) Überweisungsbeiträge und Beitragserrstattungen, Zuweisung an Rücklagen etc.

Mit dem Pensionsharmonisierungsgesetz 2004 wurde der Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger mit 31. Dezember 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 43.105 Millionen Euro entfielen 35.140 Millionen Euro bzw. 81,5 % auf Beiträge für Versicherte.

Der Bund leistete jedem Pensionsversicherungsträger (ausgenommen Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates) für das Geschäftsjahr 2018 einen Beitrag in der Höhe des Betrages, um den die Aufwendungen die Erträge überstiegen (**Ausfallhaftung des Bundes**). Ab dem Jahr 2005 wird die Verdoppelung der Pflichtbeiträge im Bereich der Selbständigen abgelöst durch die sogenannte **Partnerleistung**. Diese ergänzt die Beitragssätze des GSVG, BSVG und FSVG jeweils auf das im ASVG geltende Beitragsniveau von 22,8 % und ist eine Leistung aus dem Steueraufkommen der Pflichtversicherten.

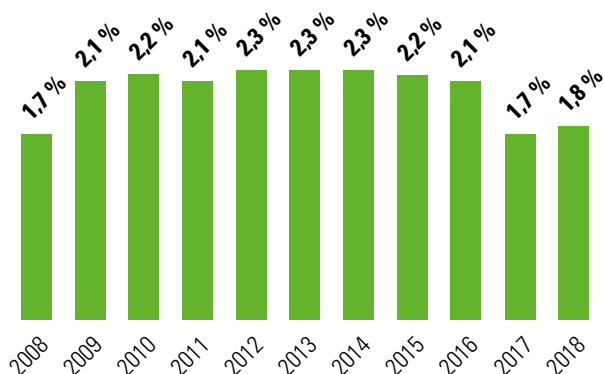
Weiters leistet der Bund auch die Beiträge zur **Ersatzzeitenfinanzierung** für Zeiten des Wochen- und Krankengeldbezuges, für Präsenz- und Ausbildungsdienstleistende, Zivildienstler und Übergangsgeldbezieher sowie zu 25 % der Beiträge für Zeiten der Kindererziehung.

Im Jahr 2018 betrug die Ausfallhaftung des Bundes 6.767 Millionen Euro bzw. 1,8 % des Bruttoinlandsprodukts. Die folgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Bundesbeitrages (der Ausfallhaftung) seit dem Jahr 2008.

Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung) Pensionsversicherung insgesamt

Jahr	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)	
	in Millionen €	in % des BIP
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	6.262	1,7
2018	6.767	1,8

Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung) in % des BIP



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 €			
	PV insg.	ASVG	GSVG/FSVG	BSVG
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	6.262	3.515	1.251	1.496
2018	6.767	3.984	1.283	1.500

Bundesbeitrag (Ausfallhaftung), gegliedert nach Pensionsversicherungsträgern

Versicherungsträger	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)				
	Mio.€	in % d. Pensionsaufwandes			
	2018	2018	2017	2013	2008
PV insgesamt	6.767	17,9	17,2	22,6	18,6
PV der Unselbständigen	3.984	12,3	11,3	17,6	13,1
Pensionsversicherungsanstalt	3.693	11,7	10,5	16,7	12,0
VA für Eisenbahnen u. Bergbau	291	41,0	44,7	53,0	56,1
PV der Selbständigen	2.783	52,0	53,3	53,5	51,6
SVA der gew. Wirtschaft	1.283	36,2	37,0	36,2	33,6
SVA der Bauern	1.500	84,3	86,2	84,8	81,9
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 betrug die öffentlichen Mittel im Bereich der Pensionsversicherung, wie die folgende Zusammenstellung zeigt, 7.745 Millionen Euro.

Bundesmittel in der gesetzlichen Pensionsversicherung im Jahr 2018

	Bundesmittel in Mio. €
Pensionsversicherung insgesamt	7.745
Pensionsversicherung d. Unselbständigen	4.680
Ausfallhaftung	3.984
Ersätze für Ausgleichszulagen	696
Pensionsversicherung d. Selbständigen	3.065
Ausfallhaftung	2.783
Ersätze für Ausgleichszulagen	282

Die **Ausgaben der Pensionsversicherungsträger** werden durch die Entwicklung des Pensionsaufwandes bestimmt. Von den Gesamtausgaben in der Höhe von 43.102 Millionen Euro entfielen 37.727 Millionen Euro bzw. 87,5 % auf den Pensionsaufwand. Gegenüber dem Jahr 2017 erhöhte sich der Pensionsaufwand um 1.361 Millionen Euro bzw. um 3,7 %.

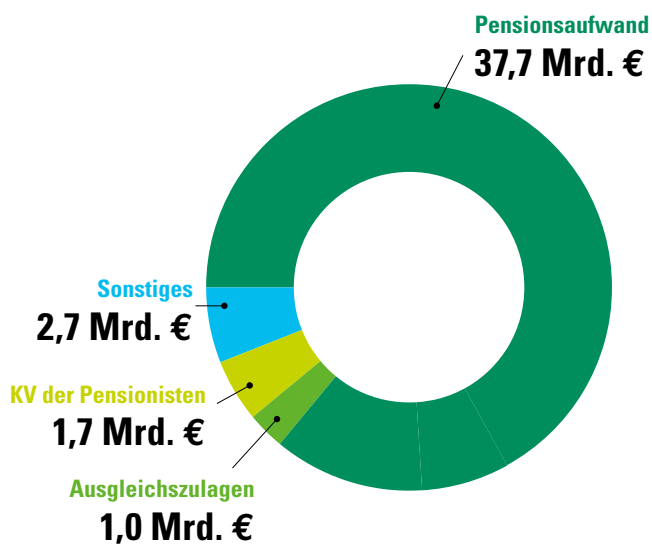
Eine Gliederung des Pensionsaufwandes nach Pensionsarten zeigt, dass im Jahr 2018

- **30.559 Millionen Euro** für Alterspensionen,
- **2.475 Millionen Euro** für Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit und
- **4.684 Millionen Euro** für Hinterbliebenenpensionen

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

Ausgaben in der Pensionsversicherung

2018: 43,1 Milliarden Euro



Für die Krankenversicherung der Pensionisten mussten die Pensionsversicherungsträger 1.736 Millionen Euro aufbringen, um 60 Millionen Euro bzw. 3,6 % mehr als im Jahr 2017. Für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation betrugen die Ausgaben 1.248 Millionen Euro, um 88 Millionen Euro bzw. 7,5 % mehr als 2017. Im Jahr 2018 hatte der Versicherte für Rehabilitationsaufenthalte und für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge

je nach wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen pro Verpflegstag zwischen 8,20 Euro und 19,91 Euro zu bezahlen. Eine Befreiung von dieser Zuzahlung ist möglich.

Die Ausgaben für Ausgleichszulagen, die durch den Bund ersetzt werden, betragen 978 Millionen Euro.

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

Gebarungsergebnisse der Pensionsversicherungsträger im Jahr 2018

Pensionsversicherung der Unselbständigen

in Mio. Euro

	PV der Unselbständigen	davon	
		Pensionsversicherungsanstalt	VA für Eisenbahnen und Bergbau
Einnahmen insgesamt	36.690	35.856	834
Beiträge für Versicherte	31.835	31.303	532
Ausfallhaftung des Bundes	3.984	3.693	291
Ersätze für Ausgleichszulagen	696	689	7
Sonstige Einnahmen	175	171	4
Ausgaben insgesamt	36.694	35.860	834
Versicherungsleistungen	35.607	34.798	809
Pensionsaufwand	32.377	31.666	711
Ausgleichszulagenaufwand	695	689	6
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	1.090	1.074	16
Beiträge zur KV d. Pensionisten	1.325	1.251	74
Sonstige Leistungen	120	118	2
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträgen	398	394	4
Verwaltungsaufwand	512	495	17
Sonstige Ausgaben	177	173	4
Saldo	- 4	- 4	-

**Pensionsversicherung der Selbständigen
in Mio. Euro**

	PV der Selbständigen	davon		
		SVA der gew. Wirtschaft	SVA der Bauern	VA des österr. Notariates
Einnahmen insgesamt	6.415	3.979	2.396	40
Beiträge für Versicherte	3.305	2.598	670	37
Ausfallhaftung des Bundes	2.783	1.283	1.500	–
Ersätze für Ausgleichszulagen	282	69	213	–
Sonstige Einnahmen	45	29	13	3
Ausgaben insgesamt	6.408	3.980	2.396	32
Versicherungsleistungen	6.210	3.845	2.335	30
Pensionsaufwand	5.350	3.541	1.780	29
Ausgleichszulagenaufwand	283	70	213	–
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	158	78	80	–
Beiträge zur KV der Pensionisten	411	152	259	–
Sonstige Leistungen	8	4	3	1
Verwaltungsaufwand	131	75	55	1
Sonstige Ausgaben	67	60	6	1
Saldo	+ 7	– 1	–	+ 8

1.4

Gebarung der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherung hat das Geschäftsjahr 2018 vorläufig mit einem Gebarungsüberschuss in der Höhe von 48 Millionen Euro abgeschlossen. Den Gesamteinnahmen in der Höhe von 1.739 Millionen Euro standen Gesamtausgaben von 1.691 Millionen Euro gegenüber.

Gebarung der Unfallversicherung

	2018 in Mio. €	Veränderung gegenüber 2017	
		in Mio. €	in %
Einnahmen insgesamt	1.739	+ 72	+ 4,3
Beiträge für Versicherte	1.684	+ 75	+ 4,6
Sonstige Einnahmen	55	- 3	- 4,7
Ausgaben insgesamt	1.691	+ 56	+ 3,5
Versicherungsleistungen	1.466	+ 56	+ 4,0
Rentenaufwand	646	+ 9	+ 1,5
Unfallheilbehandlung	488	+ 13	+ 2,6
Rehabilitation	100	+ 4	+ 4,8
Unfallverhütung	91	+ 11	+ 13,4
Zuschuss f. Entgeltfortzahlung	105	+ 17	+ 20,6
Sonstige Leistungen	36	+ 2	+ 4,3
Verwaltungsaufwand	129	+ 3	+ 2,1
Sonstige Ausgaben ¹⁾	96	- 3	- 2,2
Saldo	+ 48	-	-

1) Wie Auszahlungsgebühren, Abschreibungen etc.

Von den Gesamteinnahmen entfielen 1.684 Millionen Euro bzw. 96,8 % auf Beiträge für Versicherte, 55 Millionen Euro wurden durch sonstige Einnahmen erzielt.

Von den Gesamtausgaben entfielen 646 Millionen Euro bzw. 38,2 % auf den Rentenaufwand und 488 Millionen Euro bzw. 28,8 % wurden für Unfallheilbehandlung aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich der Rentenaufwand um 9 Millionen Euro bzw. 1,5 % und der Aufwand für Unfallheilbehandlung

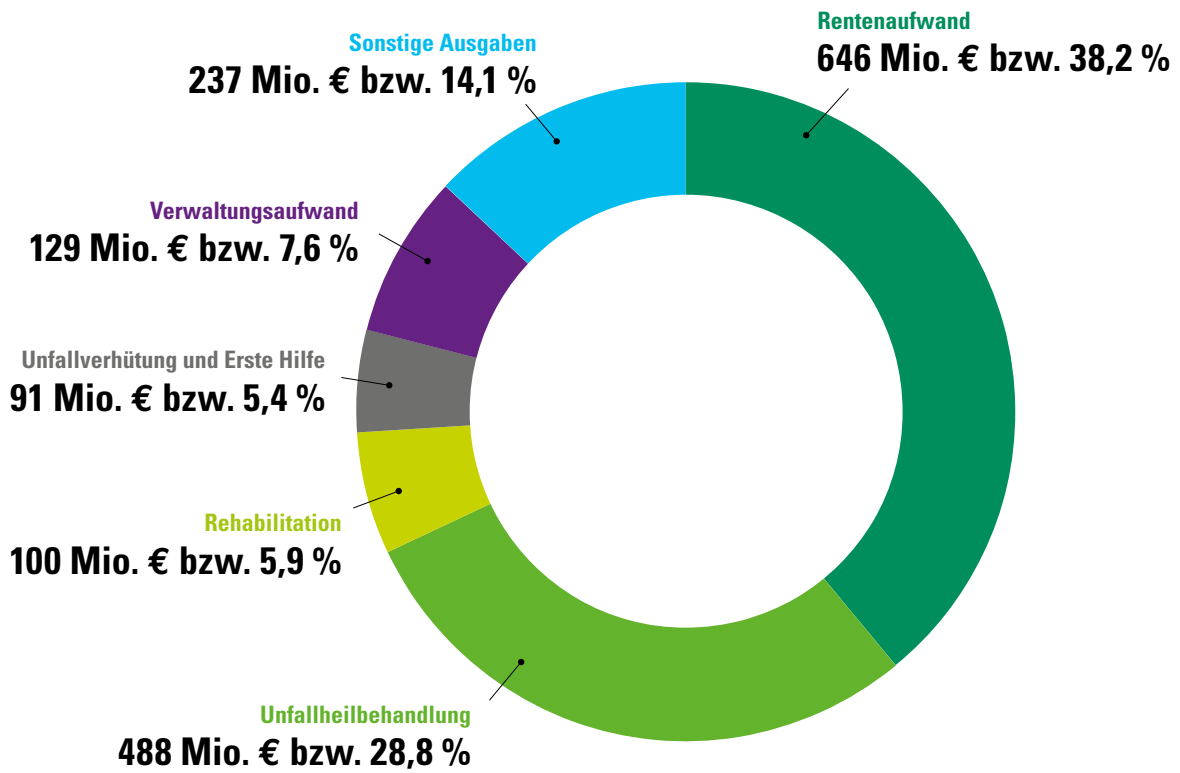
erhöhte sich um 13 Millionen Euro bzw. um 2,6 %. Für die Verwaltung wurden 129 Millionen Euro aufgewendet, um 2,1 % mehr als im Jahr 2017. Eine detaillierte Gliederung der Einnahmen und der Ausgaben der einzelnen Unfallversicherungsträger zeigt die folgende Tabelle.

Gebarungsergebnisse der Unfallversicherungsträger im Jahr 2018

	in Millionen €				
	UV insg.	AUVA	SVA der Bauern	VAEB – Eisenbahnen	VA öff. Bed.
Einnahmen insgesamt	1.739	1.530	104	33	72
Beiträge für Versicherte	1.684	1.481	102	32	69
Sonstige Einnahmen	55	49	2	1	3
Ausgaben insgesamt	1.691	1.484	116	33	58
Versicherungsleistungen	1.466	1.286	100	29	51
Rentenaufwand	646	512	76	21	37
Unfallheilbehandlung	488	462	13	5	8
Rehabilitation	100	94	3	-	3
Unfallverhütung	91	84	4	2	1
Zuschuss f. Entgeltfortzlg.	105	105	-	-	-
Sonstige Leistungen	36	29	4	1	2
Verwaltungsaufwand	129	106	14	3	6
Sonstige Ausgaben	96	92	2	1	1
Saldo	48	46	- 12	-	14

Ausgaben in der Unfallversicherung

Insgesamt: 1.691 Mio. Euro = 100 %





KRM / Saeyn Roelant - Paradies

2

Kranken- versicherung



2.1

Krankenversicherte und Beschäftigte

Krankenversicherte Personen

Geschützte Personen

Im Jahr 2018 waren rund 8,9 Millionen Personen durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Die versicherten Personen setzen sich wie folgt zusammen:

Beitragsleistende Personen	6.772.500
Beitragsfrei mitversicherte Angehörige	1.958.300
Durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen	200.000
Insgesamt	8.930.800

Die Zahl der geschützten Personen war 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.

Mithilfe spezieller 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 2018 zu folgenden Ergebnissen führten.

Anspruchsberechtigte Personen 2018 (ohne Krankenfürsorgeanstalten)

	M + F	Männer	Frauen
Anspruchsberechtigte Personen	8.730.800	4.297.100	4.433.700
Beitragsleistende Personen	6.772.500	3.454.000	3.318.500
Angehörige insgesamt	1.958.300	843.100	1.115.200
Kinder	1.607.900	806.500	801.400
Sonstige Angehörige	350.400	36.600	313.800

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. Personen, die sich aufgrund freier Dienstverträge auf bestimmte oder unbestimmte Zeit zur Erbringung von Dienstleistungen verpflichten);

- 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. Jänner 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. Jänner 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 Bezieher 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).

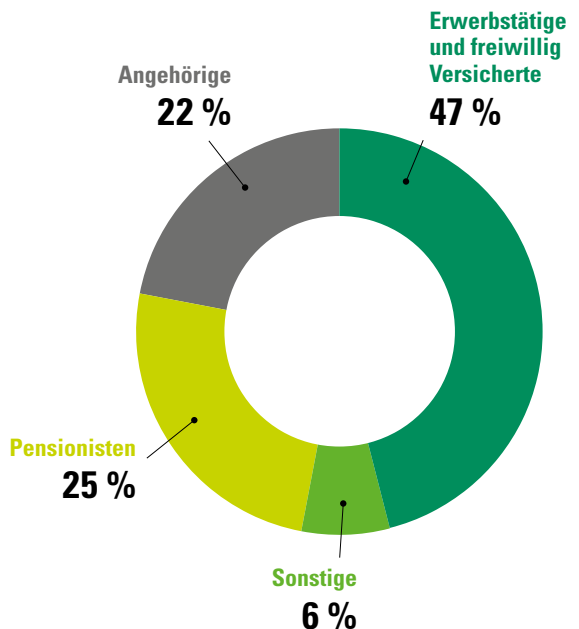
Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige (Ehegatte, Kinder u.a.m.), und zwar ohne dass hierfür zusätzliche Beiträge zu zahlen sind. Die Angehörigen-eigenschaft (sogenannte Mitversicherung) setzt voraus, dass die betreffenden Personen nicht selbst 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 Jahr 2018

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 2018)

	Alle Anspruchsberechtigten	davon	
		Beitragsleistende	Angehörige
Personen¹⁾ insgesamt	8.730.841	6.772.530	1.958.311
Summe Versicherungsträger²⁾	9.482.521	7.013.833	2.468.688
GKK Wien	1.725.484	1.273.100	452.384
GKK Niederösterreich	1.228.124	915.313	312.811
GKK Burgenland	211.858	163.592	48.266
GKK Oberösterreich	1.251.570	936.709	314.861
GKK Steiermark	968.755	738.550	230.205
GKK Kärnten	435.749	331.427	104.322
GKK Salzburg	466.466	353.754	112.712
GKK Tirol	594.739	451.928	142.811
GKK Vorarlberg	328.598	245.054	83.544
BKK Verkehrsbetriebe	19.306	13.945	5.361
BKK Mondi	2.520	1.719	801
BKK VABS	13.034	9.464	3.570
BKK Zeltweg	4.049	2.816	1.233
BKK Kapfenberg	10.020	7.422	2.598
VAEB	217.977	163.835	54.142
VA öffentl. Bediensteter	829.110	579.253	249.857
SVA der gew. Wirtsch.	826.472	569.776	256.696
SVA der Bauern	348.690	256.176	92.514

1) Jede Person wird nur einmal gezählt.

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

Quelle: Anspruchsberechtigtenbanken 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 Beschäftigten mit freiem Dienstvertrag gemäß § 4 Abs. 4 ASVG. Kinderbetreuungsgeldbezieher und Präsenz-/Zivildienstleistende mit aufrechtem Beschäftigungsverhältnis sind mitgezählt. Geringfügig Beschäftigte werden nicht erfasst. Der durchschnittliche Beschäftigtenstand betrug im Berichtsjahr 3.741.495 (2.000.160 Männer und 1.741.335 Frauen) und war damit um 86.193 Personen höher als im Durchschnitt des Jahres 2017.

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

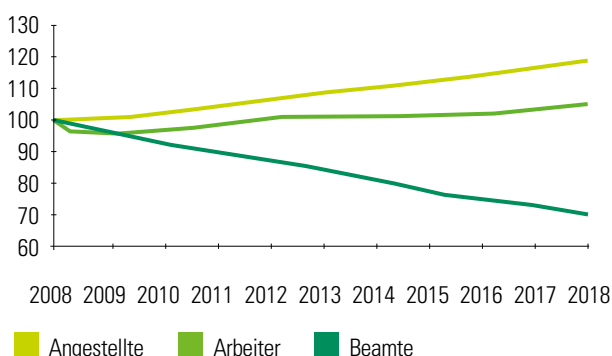
Zahl der Beschäftigten im Jahr 2018

Ende des Monats	Zahl der Beschäftigten	Differenz gegenüber dem Vorjahresmonat
Jänner	3.648.659	+ 102.252
Februar	3.662.131	+ 86.048
März	3.705.368	+ 89.502
April	3.700.657	+ 95.548
Mai	3.737.023	+ 89.476
Juni	3.767.089	+ 83.049
Juli	3.827.853	+ 87.716
August	3.811.590	+ 86.720
September	3.785.568	+ 80.266
Oktober	3.766.902	+ 77.622
November	3.759.480	+ 76.770
Dezember	3.725.490	+ 79.282

Gezählt werden Beschäftigungsverhältnisse und nicht beschäftigte Personen. Demnach scheint eine Person, die zwei versicherungspflichtige Beschäftigungen ausübt, auch zweimal in der Arbeitsmarktstatistik auf. Zum Stichtag 1. Juli 2018 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2 % höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei den Männern war sie um 1,0 % höher und bei den Frauen um 1,4 %.

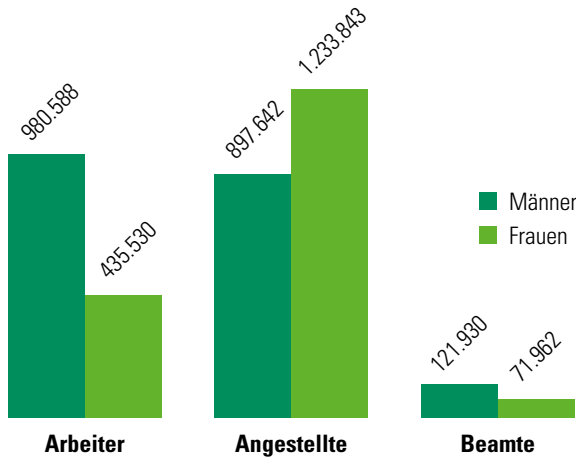
Entwicklung des Beschäftigtenstandes

Messzahlen 2008 = 100



Vom durchschnittlichen Beschäftigtenstand des Jahres 2018 entfielen auf Arbeiter 1.416.118, auf Angestellte 2.131.485 und auf Beamte 193.892. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Erhöhung der Zahl der Arbeiter um 34.044 und der Angestellten um 59.241, aber eine Verringerung bei der Zahl der Beamten um 7.092.

Arbeiter, Angestellte und Beamte nach dem Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2018)



Eine Trennung nach dem Geschlecht zeigt, dass im Jahresdurchschnitt 2018 2.000.160 Männer und 1.741.335 Frauen beschäftigt waren; gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der männlichen Beschäftigten um 50.452 und die der weiblichen Beschäftigten um 35.741.

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 %
2018	46,5 %

Im Berichtsjahr erhöhte sich gegenüber 2017 die Beschäftigtenzahl in allen Bundesländern: Den absolut größten Zugang hatte Wien mit 19.591 Beschäftigten, den relativ größten Zugang hatte die Steiermark mit 3,0 %.

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

Beschäftigte nach Bundesländern

Gebiet	Jahresdurchschnitt 2018	Differenz gegenüber	
		2017	2016
Österreich	3.741.495	+ 86.193	+ 154.617
Burgenland	104.589	+ 1.866	+ 3.661
Kärnten	214.017	+ 3.662	+ 6.535
Niederösterreich	620.189	+ 12.975	+ 23.227
Oberösterreich	665.698	+ 15.580	+ 26.908
Salzburg	259.356	+ 4.990	+ 9.198
Steiermark	523.870	+ 15.391	+ 27.286
Tirol	338.959	+ 8.195	+ 15.699
Vorarlberg	166.286	+ 3.943	+ 7.040
Wien	848.531	+ 19.591	+ 35.063

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 2018)

Wirtschaftsklasse	Zahl der Beschäftigten			Differenz zum Vorjahr M + F
	M + F	Männer	Frauen	
Insgesamt	3.741.495	2.000.160	1.741.335	+ 86.193
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	24.606	15.770	8.836	+ 1.001
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	5.965	5.192	773	+ 123
Verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren	619.152	464.135	155.017	+ 18.631
Energieversorgung	25.594	20.917	4.677	– 188
Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	16.832	13.223	3.609	+ 544
Baugewerbe / Bau	261.418	229.030	32.388	+ 8.511
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	548.413	249.211	299.202	+ 8.142
Verkehr und Lagerei	199.576	157.474	42.102	+ 5.980
Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie	216.402	94.992	121.410	+ 6.141
Information und Kommunikation	96.717	64.701	32.016	+ 4.367
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	113.462	56.134	57.328	+ 96
Grundstücks- und Wohnungswesen	41.763	17.367	24.396	+ 412
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	178.582	83.423	95.159	+ 7.194
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	226.247	131.384	94.863	+ 10.579
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	578.255	230.820	347.435	+ 10.642
Erziehung und Unterricht	107.273	42.940	64.333	– 328
Gesundheits- und Sozialwesen	269.893	64.628	205.265	+ 5.733
Kunst, Unterhaltung und Erholung	38.410	20.868	17.542	+ 1.096
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	88.008	28.686	59.322	– 529
Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbrin- gung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	2.769	488	2.281	– 111
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	764	339	425	+ 5
Wirtschaftsklasse unbekannt	1.037	604	433	+ 6
Präsenzdiener	4.823	4.787	36	– 131
KBG(KRG)-Bezieher	75.534	3.047	72.487	– 1.723



2.2

Ärzte, Zahnärzte und Dentisten

Vertragsärzte

Zum 31. Dezember 2018 waren in Österreich laut Ständemeldung der Österreichischen Ärztekammer insgesamt 46.337 Ärzte gemeldet (ohne Zahnbehandler, siehe dazu Kapitel Vertragszahnbehandler); davon waren 2.088 als Wohnsitzärzte tätig und 25.996 Ärzte ausschließlich angestellt, von denen sich 8.085 in Ausbildung befanden. In der freien Praxis waren 18.253 Ärzte tätig.

Grundsätzliches zur Honorarpolitik

Die Verhandlungen der Krankenversicherungsträger und des Hauptverbandes mit den Ärztekammern berücksichtigten auch 2018, 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 Beitragseinnahmesteigerung 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.

Im Bereich der Struktur- und Servicequalität wurden Verbesserungen erreicht, insbesondere was den barrierefreien Zugang zu den Arztpraxen und patientenfreundliche Ordinationsöffnungszeiten betrifft.

Unabhängig davon, dass der Gesetzgeber der Ärztekammer die Definition fachspezifischer Qualitätsstandards übertragen hat, wird das Thema Qualität auch in Zukunft von der 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 vereinbarte Vertragsregelung für die niedergelassenen Vertragsärztinnen/Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen hatte eine Laufzeit bis 31. Dezember 2017.

Im April 2018 erfolgte eine Einigung zwischen der Wiener Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Wien über neue Honorarregelungen für die Jahre 2018, 2019 und 2020.

Diese enthält neben Tarifregelungen sowie Strukturänderungen auch Änderungen allgemeiner Bestimmungen des Gesamtvertrages und Jobsharing-Vereinbarungen.

Deutlichen Honorarerhöhungen – besonders für die Allgemeinmediziner und Kinderfachärzte – stehen wesentliche Verbesserungen sowohl im Leistungsangebot, auch im Sinne der Leistungsharmonisierung, als auch bei für die Sozialversicherung bedeutsamen strukturellen Maßnahmen gegenüber. Die Verteilung der Mittel für die Jahre 2019 und 2020

für die Fachgebiete Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde wurde in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

Besondere Bedeutung hat diese Einigung wegen der Aufwertung der Allgemeinmedizin, die für die Primärversorgung wesentlich ist. Aus diesem Grund und wegen der erwarteten Spitalsentlastung gibt es eine bisher in Österreich einmalige finanzielle Beteiligung des Landes, wobei festzuhalten ist, dass die für 2020 vereinbarten Honorarregelungen nur dann erfolgen, wenn zur Mitfinanzierungszusage der Stadt Wien eine unterzeichnete Kofinanzierungsvereinbarung vorliegt.

Für das Jahr 2018 gibt die Kasse eine Gesamtaufwandssteigerung von 7,75 % an. Davon entfallen 1,56 % auf Tarifsteigerungen, 2,42 % auf strukturelle Änderungen und 3,76 % auf Frequenzsteigerungen.

Für die Folgejahre 2019 und 2020 rechnet die Kasse mit einer Gesamtaufwandssteigerung von 7,03 % bzw. 2,73 %. Davon entfallen 3,95 % bzw. 2,50 % auf Tarifsteigerungen, 0,29 % bzw. – 2,80 % auf strukturelle Änderungen und 2,78 % bzw. 3,03 % auf Frequenzsteigerungen. Unter Berücksichtigung der Beteiligung des Landes Wien an der Finanzierung beträgt die Gesamtaufwandssteigerung für die Kasse im Jahr 2019 nur 5,03 % und im Jahr 2020 nur 0,99 %.

Niederösterreichische §2-Kassen

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

Der Tarifanpassungsfaktor laut Zusatzvereinbarung über die Wertsicherung betrug für das Jahr 2017 1,66 %; bei Nichteinigung über eine Honorarerhöhung wären alle Tarife, Globalsummen etc. um diesen Prozentsatz angehoben worden. Dem stand eine Forderung der Ärztekammer für Niederösterreich im Ausmaß der Inflationsrate für das Jahr 2017 in der Höhe von 2,10 % gegenüber. Darüber hinaus wurde insbesondere für Allgemeinmediziner und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde im Hinblick auf die immer angespanntere Situation und die Abschlüsse in anderen Bundesländern eine Erhöhung für 2017 um mindestens 10 % gefordert.

Als Ergebnis aus den Verhandlungen wurde in einem Gesamtpaket eine tarifwirksame Erhöhung für das Jahr 2017 in Höhe von 2,1 % sowie eine zusätzliche

Anhebung für Allgemeinmediziner und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in der Höhe von 3,9 % vereinbart. Die tarifwirksame Erhöhung für diese beiden Gruppen beträgt demnach insgesamt 6 %.

Über alle Arztgruppen gerechnet beträgt die Nettoerhöhung für 2017 3,99 %. Aufgrund der Frequenzsteigerung ergibt sich eine Gesamtaufwandssteigerung von 5,52 %.

Burgenländische §2-Kassen

Die Zusatzvereinbarung 2015 bis 2017 zum burgenländischen Ärztegesamtvertrag vom 20. Mai 1994 ist mit 31. Dezember 2017 abgelaufen.

Es wurde nunmehr ein Dreijahresabschluss für die Jahre 2018 bis 2020 getroffen, der für die Kasse ein Gesamtpaket hinsichtlich Wertanpassung, Strukturverbesserungen und Primärversorgung ist.

Für die Jahre 2018 bis 2020 wurde dabei eine Nettohonorarerhöhung von jeweils 3,5 % (1,9 % Wertversicherung sowie 1,6 % Strukturmaßnahmen) vereinbart. Ausgenommen bleibt der Laborbereich. Durch diese Ausnahme beträgt die Nettohonorarerhöhung 3,28 % pro Jahr. Die Verteilung der Nettohonorarerhöhung auf die einzelnen Fachgruppen ist in eigenen Zusatzvereinbarungen geregelt.

Die Kasse geht von einer jährlichen Frequenzsteigerung im Ausmaß von 0,52 % aus. Das entspricht der durchschnittlichen Entwicklung der letzten drei Jahre. Somit ergibt sich eine jährliche Bruttoaufwandssteigerung von jeweils 3,80 %.

Oberösterreichische §2-Kassen

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse verhandelte die Honorarabschlüsse in der Vergangenheit im Nachhinein. Somit kann bei den Verhandlungen auch die Frequenzentwicklung Berücksichtigung finden.

Es wurde vereinbart, das Honorarvolumen der oberösterreichischen Vertragsärzte mit Wirksamkeit 1. Jänner 2017 um 3,30 % des Basisbetrages des Jahres 2016 anzuheben. Mit diesem Betrag werden die Tarifvalorisierung für 2017 im Ausmaß von 2,15 % (ohne Anhebung bleiben die Leistungen der Fachgruppe medizinisch-chemische Labordiagnostik, die Laborleistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und die der allgemeinen Fachärzte), zweckgewidmete Strukturmaßnahmen von 0,74 % und die maximale Frequenzsteigerung für 2017 von 0,4 % (= Frequenzlatte) abgegolten. Über- und Unterschreitungen die-

ser Frequenzlatte werden für das Kalenderjahr 2017 einmalig und ab dem Kalenderjahr 2018 tarifwirksam ausgeglichen.

Abweichend von der bisherigen Vorgangsweise, Honorarabschlüsse im Nachhinein zu vereinbaren, konnte bereits vorab für die Honorierung der vertragsärztlichen Tätigkeiten ab 1. Jänner 2018 ein Ergebnis erzielt werden.

Die Steigerung der laufenden Honorare der oberösterreichischen Vertragsärzte (inklusive Frequenzen) wird mit Wirksamkeit 1. Jänner 2018 entsprechend der prognostizierten Beitragseinnahmensteigerung für 2018 mit 4,7 % (Schätzung) begrenzt.

Die Tarife werden durchschnittlich um 3 % des Basisbetrages 2017 angehoben. Des Weiteren wird ein Betrag von 0,6 % des Basisbetrages 2017 – als Investition in Versorgungsverbesserungen – für die Lockerung des Honorarsummenlimits der allgemeinen Fachärzte zur Verfügung gestellt.

Die höchstzulässige Frequenzentwicklung (Anzahl der Fälle und Leistungen pro Fall) ergibt sich aus der Beitragseinnahmensteigerung 2018 abzüglich der Tarifierhebung von 3 % und der Lockerung des Honorarsummenlimits von 0,6 %.

Die Tarife für Leistungen der Fachgruppe medizinisch-chemische Labordiagnostik und die Laborleistungen der Ärzte für Allgemeinmedizin und der allgemeinen Fachärzte werden im Kalenderjahr 2018 nicht valorisiert, die Tarife für Leistungen der Fachgruppe Radiologie werden um 2,2 % angehoben. Die dadurch freiwerdenden Mittel werden zur Finanzierung von weiteren Lockerungen im Honorarsummenlimit und eine zusätzliche Tarifierhebung für die Fachgruppe Kinderheilkunde von 3 % (in Summe also 6 % des Basisbetrages für Kinderheilkunde 2017) verwendet. Im Bereich Allgemeinmedizin werden 0,68 % der Tarifierhebung für die Allgemeinmediziner in die Verbesserung der degressiven Grundleistung investiert.

Als Gegenleistung für Maßnahmen zur Sicherstellung und Verbesserung der Patientenversorgung leistet die Kasse für das Kalenderjahr 2018 einen Betrag von 10,16 Mio. Euro und für das Kalenderjahr 2019 von 2,84 Mio. Euro in einen Innovationstopf.

Die Gesamtaufwandssteigerung 2018 beträgt unter Berücksichtigung der Mittel für den Innovationstopf 7,00 % bzw. 8,05 %, wenn die Speisung des Inno-

vationstopfes für 2019 bereits im Kalenderjahr 2018 erfolgt.

Steiermärkische §2-Kassen

Für die Steiermärkische Gebietskrankenkasse gilt eine Wertsicherungsvereinbarung, durch die es bei einer Nichteinigung über eine Honorarregelung zwischen Kasse und Kammer zu einer automatischen Erhöhung der Tarife um einen Tarifierhebungsfaktor kommt.

Der letzte Honorarabschluss für die steiermärkischen §2-Kassen erfolgte für das Jahr 2016. Für 2017 ist der Tarifierhebungsfaktor von 1,06 % zur Anwendung gelangt. Aufgrund eines starken Rückganges der Frequenzen war die Honorarentwicklung rückläufig (-0,55 %).

Mit dem Honorarabschluss für das Jahr 2018 soll ein klares Zeichen zur Attraktivierung des kassenärztlichen Berufes gesetzt werden. Dabei soll vor allem der Beruf des Hausarztes aufgewertet werden. Die vorgesehenen Maßnahmen sollen auch dazu dienen, dass vermehrt Ärzte motiviert werden, auch in peripheren Gegenden eine Vertragsarztstelle anzunehmen. Des Weiteren sollen auch die Fachärzte für Kinderheilkunde und für Gynäkologie durch gezielte Maßnahmen gestärkt werden.

Da die Kasse von keinem Zuwachs der Frequenzen ausgeht, entspricht der Gesamtmehraufwand dem Nettomehraufwand in der Höhe von 6,36 %.

Kärntner §2-Kassen

Mit dem 1. Zusatzübereinkommen 2018 werden für Nettoerhöhungen (lineare Erhöhung von Tarifen, strukturelle Änderungen der Honorarordnung und neue Leistungen) in Summe 3.094.075,- Euro zur Verfügung gestellt. Dies entspricht einer Erhöhung gegenüber 2017 von 3,02 %.

Davon entfallen 1,69 % auf die lineare Erhöhung der Tarife. Da die Punktwerte für Laborleistungen aller Vertragsärzte und der Laborfachärzte sowie die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht erhöht werden, ergibt sich für die restlichen Ärzte eine Tarifierhöhung von 2 %. Darüber hinaus werden 0,73 % für strukturelle Änderungen der Honorarordnung und 0,6 % für neue Leistungen aufgewendet.

Die Schätzung zur Frequenzsteigerung beträgt nach Angaben der Kasse 0,21 %, womit sich eine Gesamtaufwandssteigerung von 3,23 % ergibt.

Mit dem 2. Zusatzübereinkommen 2018 wurde ein weiterer Honorarabschluss mit Wirkung ab 1. Juli 2018 getroffen. Darin geregelt sind Erhöhungen von Honoraren im Grundleistungsbereich, Zahlungen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Regionen und Änderungen im Bereitschaftsdienst.

Nach Schätzung der Kasse beträgt der Mehraufwand für das 2. Zusatzübereinkommen umgelegt auf das ganze Jahr 2018 0,78 %. Unter Hinzurechnung des Mehraufwandes aus dem 1. Zusatzübereinkommen 2018 von 3,23 % ergibt sich ein Gesamtmehraufwand von 4,01 %.

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 Darmspiegelungen 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-/Zuschlagsregelungen auch mögliche Wirtschaftlichkeitspotenziale (Synergieeffekte) berücksichtigen.

Für die Jahre 2017 und 2018 gibt die Kasse auf der Basis der langjährigen Frequenzzunahmen und der Annahme einer teilweisen Besetzung der neuen Stellen eine Gesamtaufwandsteigerung von 3,80 % bzw. 3,10 % an.

Tiroler §2-Kassen

Mit der 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 Sonographien) ab 1. Jänner 2016 um 1,70 %, ab 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,- Euro für medizinisch-diagnostische Fachlabore bleibt bis 31. Dezember 2018 unverändert. Gleichzeitig werden Punktestaffeln 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,- Euro und für 2018 mit 864.000,- Euro dotiert wird.

Die Steigerung des Nettoaufwandes beträgt 2,77 % für 2016, 3,30 % für 2017 und 2,90 % für 2018.

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 3,47 % und für das Jahr 2018 mit insgesamt 4,17 % angegeben.

Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Die Honorierung der Vertragsärzte erfolgt bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse durch die Gesamtvergütung. Diese beträgt 22 % der Erträge an Krankenversicherungsbeiträgen, vermindert um die Erträge aus dem Zusatzbeitrag gemäß § 51b ASVG.

Im Zuge des Honorarabschlusses für 2018 war eine Valorisierung der Punktwerte, Röntgenunkosten, gesonderten Zuschläge und sonstigen Honorare um 2,75 % ab 1. Jänner 2018 vorgesehen. Zusätzlich wurde 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.

Darüber hinaus wurden zur Sicherstellung der Erbringung im vertragsärztlichen Bereich die Honorare für gastrokopische 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 0,34 Euro auf 0,32 Euro ab 1. Jänner 2018 und auf 0,28 Euro ab 1. Jänner 2019 vereinbart werden.

Zur Abgeltung zusätzlicher Leistungen pro Fall (insbesondere infolge der Zunahme der Gesprächsmedizin etc.) wurde vereinbart, die Scheinquote der Ärzte für Allgemeinmedizin ab 1. Jänner 2018 auf 53 sowie ab 1. Jänner 2019 auf 55 Punkte anzuheben.

Der Mehraufwand im Jahr 2018 wird durch Tariferhöhungen, zusätzliche Leistungen und Frequenzsteigerungen im Rahmen der Gesamtvergütung nach Angabe der Kasse 4,63 % betragen.

Im Jahr 2018 konnte bereits eine Regelung zur Honorierung für die Jahre 2019 und 2020 mit der Ärztekammer für Vorarlberg getroffen werden.

Im Zuge des Honorarabschlusses ist eine Valorisierung der Punktwerte, Röntgenunkosten, gesonderten Zuschläge und sonstigen Honorare um 2 % ab 1. Jänner 2019 und weitere 2 % ab 1. Jänner 2020 vorgesehen. Zusätzlich werden zur Schaffung eines weiteren Leistungsanreizes Degressionsstufen erweitert. Im Gegenzug wird der Punktwert im Großlabor ab 1. Jänner 2019 gesenkt und wurden Verhandlungen über eine weitere Senkung ab 1. Jänner 2020 in Aussicht gestellt. Das Honorar für die VU-Basisuntersuchung wird entsprechend der bundesweiten Vereinbarung ab 1. Oktober 2019 von 82,- Euro auf 85,- Euro erhöht.

Um die ärztliche Versorgung besonders in ländlichen Gebieten nachhaltig abzusichern, werden die Zuschläge für Bereitschaftsdienste am Wochenende sowie für aufsuchende Behandlung ab 1. Jänner 2019 überproportional erhöht, ebenso der Zuschlag für ärztliche Koordinationstätigkeit.

Mit dieser Vereinbarung wird die Steigerung des Mehraufwandes durch Tarifänderungen, zusätzliche Leistungen und Frequenzsteigerungen im Rahmen der Gesamtvergütung von der Kasse für das Jahr 2019 mit 4,63 % und für das Jahr 2020 mit 3,91 % prognostiziert.

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

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

Für den Zeitraum vom 1. April 2016 bis 31. Dezember 2016 unterblieb 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 wurden die Tarife (ausgenommen sind therapeutische Aussprache, psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungs-

gespräch und Labor) um 2,20 % angehoben.

Mit gleicher Geltung wurde 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 erfolgte 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 ergab sich für dieses Jahr eine Nettoerhöhung von 0,46 %. Zuzüglich der Frequenzentwicklung von 1,71 % ergab sich ein Bruttomehraufwand von 2,17 %.

Für das Jahr 2017 betrug die Nettoerhöhung 2,42 %. Zuzüglich der Frequenzentwicklung gibt die Kasse einen Bruttomehraufwand von 4,49 % bekannt.

Die Nettoerhöhung 2018 beträgt 0,98 %. Inklusive der geschätzten Frequenzentwicklung ergibt sich ein Bruttomehraufwand von 3,83 %.

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.

Der mit der 12. Zusatzvereinbarung neu geschaffene und ab 01. Mai 2018 geltende Psychiatriekatalog ist von dieser Erhöhung ebenfalls für zumindest ein Jahr ausgenommen.

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 0,1 % aus.

Mit dem 13. Zusatzübereinkommen wird neben der Umsetzung der Bestimmungen des 9. Zusatzübereinkommen zum 1. Mai 2018 eine Absenkung der Punktwerte für Laboratoriumsuntersuchungen in Jahresschritten sowie die teilweise Umschichtung der Einsparungen auf andere Bereiche der Honorarordnung vereinbart, welche jährlich ausverhandelt wird.

Die Honorarerhöhung (Nettoerhöhung) liegt als Ganzjahreswert bei 3,1 %. Bedingt durch den weiteren Rückgang der Anspruchsberechtigten wird mit einem Frequenzrückgang in Höhe von 1,0 % gerechnet – dies ergab als Ganzjahreswert einen erwarteten Anstieg der Aufwendungen von 2,1 %. Da aber die Erhöhungen erst ab Mai 2018 erfolgen, liegt die tatsächliche Aufwandssteigerung für 2018 bei 1,7 %.

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 zehn Monate berechnet).

Für die Jahre 2017 und 2018 erfolgt jeweils ab 1. Jänner des Jahres eine durchschnittliche Tariferhöhung 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) wird 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 Prozentpunkte angehoben.

Da der vorläufige VPI 2015 um 0,30 %-Punkte und der VPI 2016 um 0,10 Prozentpunkte 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 % angegeben.

Für das Jahr 2018 wird eine Nettoerhöhung von 1,59 % vereinbart.

Die Gesamtaufwandssteigerungen aus den berichteten Vereinbarungen inklusive der Frequenzentwicklungen werden 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 achten Kindesuntersuchung im fünften Lebensjahr ab 1. Jänner 2002.

Mit der Novelle der MKP-Verordnung 2009 wurde eine zusätzliche (dritte) Ultraschalluntersuchung der Schwangeren zwischen der achten und zwölften 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.

Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz arbeitete – unter intensiver Mitwirkung des Hauptverbandes – auch im Jahr 2018 an einer Weiterentwicklung des Mutter-Kind-Pass-Programms.

Vorsorgeuntersuchung

Zur Reformierung der Vorsorgeuntersuchung wurden in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit der Österreichischen Ärztekammer Lösungen 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 – d. h. auch allen Nichtversicherten – 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 zehn 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 Vorsorgeuntersuchungsprogramms 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 ein 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-Früherkennungsprogramms“ (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 der Unterzeichnung im Juni 2012 wurde das neue Screening-Programm im 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag mit einer vorläufigen Befristung auf fünf 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 Melde-registerdaten
 - 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)
 - 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 2018 waren in Österreich insgesamt 5.027 Zahnbehandler, davon 3.881 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. Demzufolge wurden die Honorare im Jahr 2018 um 1,87 % erhöht. Für das Jahr 2019 wurde die Erhöhung zum 1. Jänner mit 2,51 % festgelegt.

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 jeweiligen Stand eingefroren, die höher als die Tarife der anderen Krankenversicherungsträger sind. Jene Tarife, die unter dem Niveau der Tarife für die Träger der Krankenversicherung der Unselbständigen und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern liegen oder diesen Tarifen exakt entsprechen, werden 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 2018 noch 0,48 %, so konnte dieses Tarifniveau mit der für 2019 geltenden Vereinbarung bis auf 0,12 % 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 wurde weiter bis Ende 2018 befristet im Honorarkatalog berücksichtigt. Das Verrechnungslimit zu dieser Position beträgt 50 % der Fälle.

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 relevanten Anwendungen spätestens ab Ende 2018 verbindlich zu verwenden.

Psychotherapeuten

Am 2. September 1999 konnte zwischen den Verhandlungsteams des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) 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 Fähigkeiten 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 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.

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 2018 fortgesetzt.

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 Verbesserungspotenziale, 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 zu psychotherapeutischen Leistungen ausgebaut werden; die Zahl der Patienten, die Leistungen in Anspruch nehmen, soll sich um 25 % erhöhen. Erste Erfolge dazu waren bereits im Jahr 2018 deutlich sichtbar, sodass ein Erreichen des Ausbauziels vor dem ursprünglich festgesetzten Zeitpunkt (Ende 2019) sehr wahrscheinlich ist.

2.3

Apotheken und Heilmittel

Zum Stichtag 1. Jänner 2018 versorgten 1.370 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2018 853 hausapothekenführende Ärztinnen und Ärzte die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission wurden im Jahr 2018 insgesamt 422 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. der Verwendung bei bereits im Erstattungskodex enthaltenen Arzneispezialitäten empfohlen.

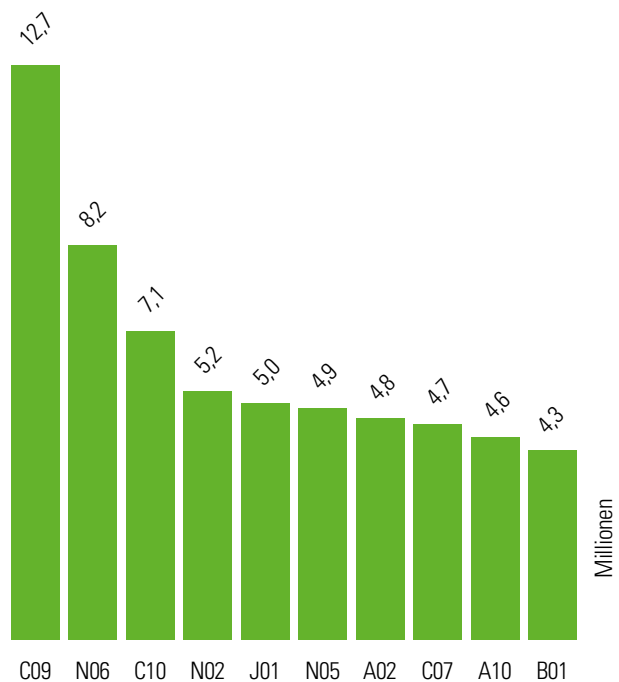
Im Jahr 2018 wurden insgesamt 247 Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex aufgenommen. Bei 40 im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten wurde die Packungsgröße, bei 57 Arzneispezialitäten die bestimmte Verwendung geändert. 168 Arzneispezialitäten wurden aus dem Erstattungskodex gestrichen.

Am 1. Jänner 2019 waren insgesamt 5.252 Arzneispezialitäten im Erstattungskodex angeführt, davon befanden sich 95 Arzneispezialitäten im Roten Bereich.

2018 wurden 26 Anträge auf Preiserhöhung gemäß VO-EKO beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingebracht.

Für 795 Arzneispezialitäten konnten mit den pharmazeutischen Unternehmen Preisreduktionen vereinbart werden. Die Summe des im Laufe des Jahres 2017 erzielten Einsparungspotenzials beträgt rund 71,3 Mio. Euro.

Die verordnungstärksten therapeutischen Untergruppen – ATC-Code Ebene 2 im Jahr 2017



C09 – Mittel mit Wirkung auf das Renin-Angiotensin-System
 N06 – Psychoanaleptika
 C10 – Mittel, die den Lipidstoffwechsel beeinflussen
 N02 – Analgetika
 J01 – Antibiotika zur systemischen Anwendung
 N05 – Psycholeptika
 A02 – Mittel bei säurebedingten Erkrankungen
 C07 – Beta-Adrenorezeptor-Antagonisten
 A10 – Antidiabetika
 B01 – Antithrombotische Mittel



KHM / Pieter Brouwer (der Ältere) – Der Bauernanz (Ausschnitt)

2.4

Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern

Krankenanstalten

2017 waren in Österreich 271 Krankenanstalten mit insgesamt 64.805 Betten in Betrieb, davon wurden 114 (42 %) mit 44.738 (69 %) Betten über Landesgesundheitsfonds finanziert, wo 2.492.797 (88 %) von insgesamt 2.834.452 stationären Aufenthalten stattgefunden haben (Quelle: BMASGK).

I. Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten)

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 zahlen im Wege des beim Hauptverband eingerichteten Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung für das Jahr 2019 vorläufig 5.904.478.333,29 Euro.

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:

2017 wurden 30 Krankenanstalten über den PRIKRAF finanziert. 14 der 44 Spitäler, die in der im PRIKRAF-Gesetz angeführten Liste der PRIKRAF-Spitäler haben 2017 keine für die soziale Krankenversicherung relevanten Leistungen erbracht; sechs davon scheinen nicht mehr im Krankenanstaltenkataster des BMASGK auf. Durch das SV-OG wurde eine weitere Krankenanstalt in den PRIKRAF aufgenommen.

Ebenso wurde mit 2019 eine außerordentliche Erhöhung des Pauschales um 14,7 Mio. Euro vorgesehen; diese tritt jedoch erst 2020 in Kraft. Die Krankenversicherungsträger akontieren daher bis zum Inkrafttreten dieser Regelung für 2019 einen Betrag von 131.554.692,80 Euro, danach erhöht sich dieser Betrag auf 146,254.692,80 Euro.

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 2018 wurde neben aktuellen Fragen insbesondere eine Neuregelung der Krankschreibung durch Krankenanstalten diskutiert.

Gesamtverträge für ambulante Untersuchungen mit Großgeräten

Für CT- und MR-Untersuchungen in privaten Instituten galt eine Honorarregelung für die Jahre 2014 bis 2018. Vereinbart waren ursprünglich Kostenobergrenzen für die Honorierung. Nach Dafürhalten der Sozialversicherung senken solche Kostenobergrenzen den durchschnittlichen Tarif pro Untersuchung; je mehr Untersuchungen gemacht werden, umso mehr greift diese Regelung, womit für die Versicherungsträger ein „Mengenrabatt“ gegeben ist. Die Institute interpretierten dies aber als eine Begrenzung der

Zahl an bezahlten Untersuchungen; Untersuchungen über dem „Kostendeckel“ würden nicht bezahlt. In der Folge kam es sowohl bei CT- als auch bei MR-Untersuchungen zu langen, oft unzumutbaren Wartezeiten bei den Instituten. Dies führte auch zu großem medialen Aufsehen und Druck auf die Vertragsparteien (Wirtschaftskammer und Versicherungsträger).

Dem öffentlichen Druck folgend wurden in den beiden letzten Jahren der Laufzeit der Honorarregelung (2017 und 2018) die fixen Kostenobergrenzen aufgehoben. Gleichzeitig wurde dem Wartezeitenproblem mit einer vertraglichen Wartezeitenregelung begegnet (maximal zehn Tage für eine CT-Untersuchung, maximal 21 Tage für eine MR-Untersuchung). Weiters wurde eine vertragliche Privatpatientenregelung mit einem ausdrücklichen Diskriminierungsverbot für Kassenpatienten gegenüber Privatpatienten getroffen. Diese Regelungen hatten zur Folge, dass die Wartezeiten zunächst abgebaut werden konnten; im Laufe des Jahres 2018 hat sich die Wartezeitensituation deutlich entspannt.

Im Juli 2018 wurde mit dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich ein Ergebnis für eine Regelung ab 2019 erzielt, welches in einer Punktation, die von den Verhandlungsleitern unterschrieben wurde, zusammengefasst ist. Wesentliche Punkte dieser Vereinbarung sind:

- Unbefristete Laufzeit der Gesamtverträge; die Verträge gelten jedenfalls bis 31. Dezember 2023; beiderseitiger Kündigungsverzicht
- Die bestehende Regelung über Wartezeiten und Privatpatienten bleibt weiterhin aufrecht
- Verpflichtende Verwendung des elektronischen Kommunikationssystems (eKOS)

- Zielsetzungen für ELGA (elektronische Gesundheitsakte)
- Arbeitsgruppe für Frequenzdämpfung, Leistungs-/Tarifharmonisierung
- Wertsicherung der Tarife durch frequenzabhängige Indexierung auf Basis des VPI

Die Inhalte dieser Punktation sind von den Versicherungsträgern in den bilateralen Gesamtverträgen umzusetzen.

Kuranstalten

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2018 wurden die Tagespauschalsätze für Kuren für Versicherte um 2,07 % mit einer Laufzeit von einem Jahr angehoben. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2019 wurden die Tagespauschalsätze für Kuren für Versicherte um 2,02 % angehoben.

Rehabilitationseinrichtungen

Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2018 wurden die Tagespauschalsätze aller stationären Rehabilitationsindikationen um 2,87 % mit einer Laufzeit von einem Jahr angehoben. Mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2019 wurden die Tagespauschalsätze aller stationären Rehabilitationsindikationen um 2,52 % angehoben. Die Tarife für ambulante Rehabilitation wurden mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2018 mit einer Laufzeit von einem Jahr um 2,57 % und ab 1. Jänner 2019 um 2,32 % angehoben.

Orthopädieschuhmacher

Die Verhandlungen mit der Berufsgruppe der Orthopädieschuhmacher konnten abgeschlossen werden. Es wurde folgende Neuregelung vereinbart:

- Erhöhung der Tarife für Schuheinlagen mit Wirkung ab 1. Jänner 2018 auf das Niveau der Tarife im Ost-Vertrag (+ 4,4 %) sowie mit Wirkung ab 1. Jänner 2019 um 2,2 %
- Erhöhung der Tarife für orthopädische Zurichtungen und Maßschuhe um + 5,5 % mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2018, sowie eine weitere Erhöhung um 2,2 % für 2019
- Aufnahme einer neuen Position (Nr. 14161 000 „Funktionelle Korrektur einlage nach Modell“ mit Selbstbehalt) in den Gesamtvertrag der Orthopädieschuhmacher mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2018

Hörgeräteakustiker

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 Klasse I, II, III) und eine Festlegung der beidohrigen Versorgung als Regelversorgung vorsieht. Eine gesamtvertragliche Umsetzung wurde mit einer Forderung auf Tarifierhöhung um ca. 8 % verbunden und steht noch aus.

Um den Versicherten eine Hilfestellung bei der Auswahl des individuell geeigneten Hörgerätes zu bieten und zum Schutz vor oft sehr hohen Zuzahlungen 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-Fonds-Gesetz 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 wurde eine längerfristige Neuregelung mit den Instituten ab 1. September 2017 erreicht. Eckpunkte sind: Erhöhung aller Tarife um 5,5 %; 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 Strukturpauschale als Abgeltung der Mehraufwendungen der für eine Direktverrechnung erforderlichen administrativen Arbeitsschritte, insbesondere auch für die Vorbereitung der elektronischen Abrechnung mit der SV, sowie weiterer 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 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. I 197/2013 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 österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Hebammengremium ein Gesamtvertrag abzuschließen ist, der die Durchführung dieser Leistung sowie deren Vergütung regelt. Der ursprünglich bis 28. Februar 2017 befristete Vertrag wurde unverändert um zwei Jahre bis 28. Februar 2019 verlängert.

Aufgrund der Bestimmung des § 716 Abs. 7 ASVG letzter Satz ist eine Weiterwirkung dieses Vertrages zu unveränderten Konditionen in Aussicht genommen. Dies gilt spätestens bis zum 31. Dezember 2019. Der Hauptverband wird sich bemühen, im Laufe des Jahres 2019 eine Neuregelung zu erzielen.

Flugrettung

Die Betreiber österreichischer Notarzthubschrauber 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.

MedAustron

Nach mehreren Verhandlungsrunden haben sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und das in Wiener Neustadt (NÖ) ansäs-

sige 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 für deren Übernachtung und Verpflegung auf Basis einer Kostenbeteiligung seitens der Patienten in Höhe von 15,- Euro/Tag. Kinder sind von der Kostenbeteiligung ausgenommen.
- 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 in vergleichbaren ausländischen Einrichtungen behandelt und von der Sozialversicherung finanziert. Nunmehr konnte diese innovative Behandlung auch im Inland sichergestellt werden. Im Jahr 2018 wurden etwa 165 sozialversicherte Patienten in Wiener Neustadt behandelt.

2.5

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.

Ein allgemeines Untersuchungsprogramm (Basisprogramm) dient der Anamnese und der Früherkennung von Volkskrankheiten. In einem ärztlichen Gespräch nach Abschluss der Untersuchung wird der Proband auch durch die Lebensweise oder die Veranlagung bedingte Risikofaktoren 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 2017 für Vorsorgeuntersuchungen rund 144,5 Mio. Euro aufgewendet.

Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2017 ¹⁾

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			davon			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm
	M + F	Männer	Frauen	Allgemeines Untersuchungsprogramm M + F	Männer	Frauen	
Insgesamt	1.221.280	464.209	757.071	998.977	464.209	534.768	222.303
18 – 24	78.809	24.965	53.844	55.666	24.965	30.701	23.143
25 – 29	89.570	28.216	61.354	64.318	28.216	36.102	25.252
30 – 34	95.917	32.895	63.022	72.503	32.895	39.608	23.414
35 – 39	98.004	34.771	63.233	76.263	34.770	41.493	21.741
40 – 44	101.848	37.241	64.607	81.164	37.242	43.922	20.684
45 – 49	122.907	46.440	76.467	99.257	46.440	52.817	23.650
50 – 54	136.539	55.415	81.124	113.712	55.415	58.297	22.827
55 – 59	122.197	51.139	71.058	104.137	51.139	52.998	18.060
60 – 64	103.178	42.673	60.505	88.927	42.673	46.254	14.251
65 – 69	89.058	36.564	52.494	77.196	36.564	40.632	11.862
70 – 74	71.084	28.733	42.351	62.444	28.733	33.711	8.640
75 und älter	112.169	45.157	67.012	103.390	45.157	58.233	8.779
Nichtversicherte	163	87	76	153	87	66	10

1) Zum Zeitpunkt der Abfassung des Berichts lagen erst die Zahlen des Jahres 2017 vor.

Jugendlichenuntersuchungen

Zielpersonen für die Jugendlichenuntersuchung sind alle pflichtversicherten Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Jugendlichenuntersuchungen werden nach einem einheitlichen Untersuchungsprogramm durchgeführt, in das die Erkenntnisse der modernen Lebensstilmedizin 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 riskantes Sexualverhalten.

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

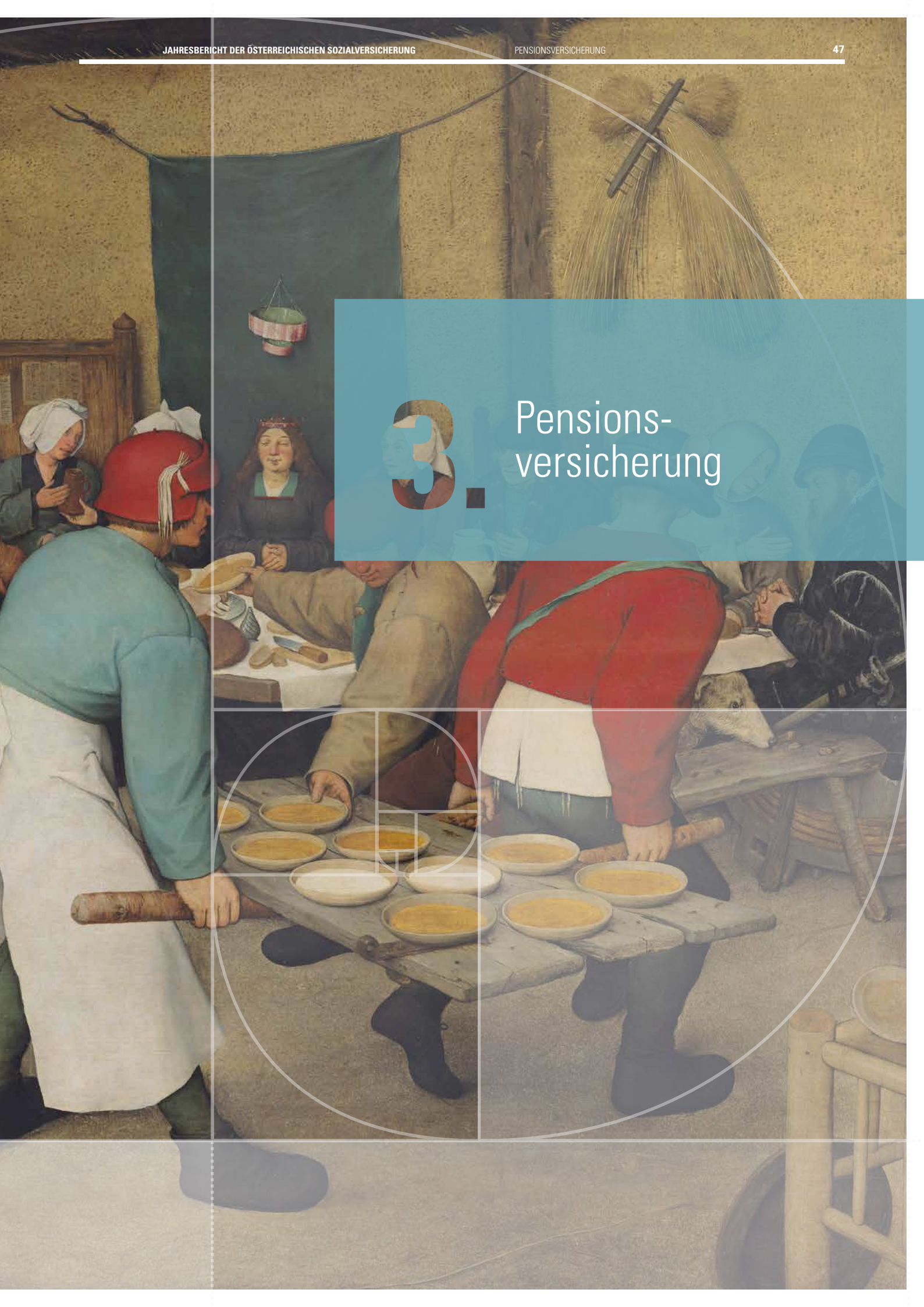
Jugendlichenuntersuchungen im Jahr 2017

Gebiet	Eingeladene	davon Untersuchte	
		Zahl	%
Österreich	53.070	41.296	77,81
Burgenland	1.984	1.242	62,60
Kärnten	2.992	2.989	99,90
Niederösterreich	8.458	5.809	68,68
Oberösterreich	10.834	9.545	88,10
Salzburg	3.154	3.052	96,77
Steiermark	7.771	6.979	89,81
Tirol	6.500	4.946	76,09
Vorarlberg	3.577	2.143	59,91
Wien	7.800	4.591	58,86

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2017 für Jugendlichenuntersuchungen 2.485.272,56 € aufgewendet.



KHM / Pieter Bruegel der Ältere - Die Bauernhochzeit



3.

Pensions- versicherung

3.1

Pensionsversicherte

Im Jahrsdurchschnitt 2018 betrug die Zahl der pensionsversicherten Personen (Versicherungsverhältnisse) in der gesetzlichen Pensionsversicherung 4.060.323, um 101.318 bzw. 2,6 % mehr als im Vorjahr; im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen hat sich die Zahl um 95.081 bzw. 2,8 % und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen um 6.237 bzw. 1,1 % erhöht.

Von den 4.060.323 Pensionsversicherungsverhältnissen beruhen 4.043.459 auf einer Pflichtversicherung und 16.864 auf einer freiwilligen Versicherung.

Pensionsversicherte 2008 – 2018 (Versicherungsverhältnisse)

Jahresdurchschnitt	Summe aller Pensionsversicherten	davon	
		Unselbständige	Selbständige
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
2018	4.060.323	3.471.146	589.177

In der gesetzlichen Pensionsversicherung sind folgende Personengruppen pensionsversichert:

In der Pensionsversicherung nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sind alle Arbeiter

und Angestellten sowie die ihnen gleichgestellten Personengruppen pensionsversichert. Für Beamte ist eine gesetzliche Pensionsversicherung nicht vorgesehen, da ihnen aus ihrem Dienstverhältnis die Anwartschaft auf Ruhe-/Versorgungsgenüsse zusteht; auch Präsenz-/Zivildienstleistende und Karenz- bzw. Kinderbetreuungsgeldbezieher 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, Wirtschaftstreuhänder, 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 Jahr 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-/forstwirtschaftlichen 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

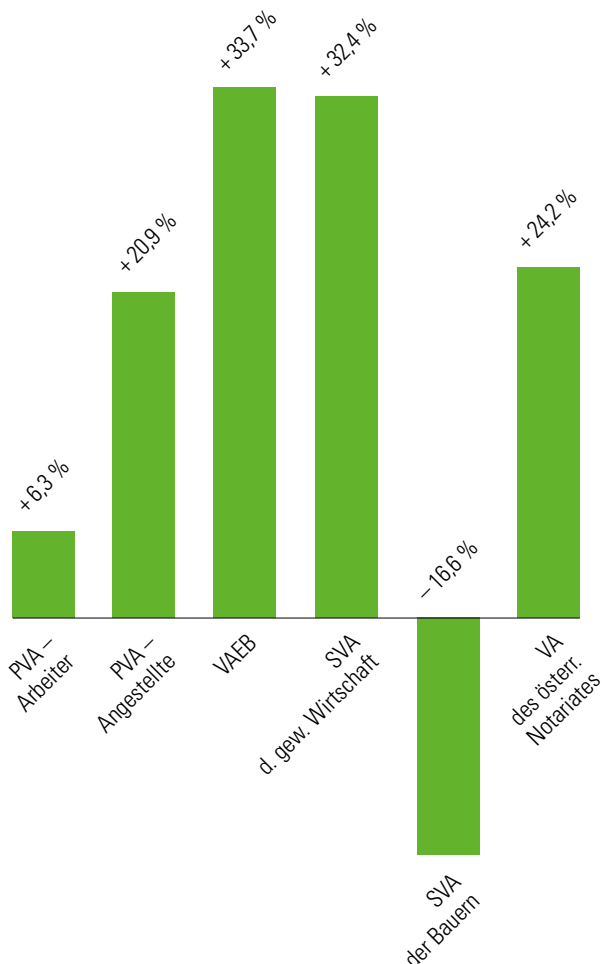
Ehegatten als auch bei hauptberuflicher Beschäftigung eines Ehepartners im Betrieb des anderen (wenn beide ausschließlich Landwirte waren) nur einer von beiden in der Pensionsversicherung pflichtversichert sein. Diese Regelung hat in der Pensionsversicherung dazu geführt, dass nur einer der beiden Ehegatten 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-/forstwirtschaftlichen 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 2017 bzw. 2008.

**Entwicklung der Zahl der Pensionsversicherten nach Pensionsversicherungsträgern
Veränderung 2008 auf 2018**



Pensionsversicherte nach Versicherungsträgern

Versicherungsträger	Versicherte im Jahresdurchschnitt 2018	Differenz gegenüber	
		2017	2008
Alle Pensionsversicherungsträger	4.060.323	+ 101.318	+ 533.111
PVA – Arbeiter	1.361.158	+ 33.486	+ 80.525
PVA – Angestellte	2.056.641	+ 59.205	+ 355.090
VA für Eisenbahnen und Bergbau	53.347	+ 2.390	+ 13.446
SVA der gewerblichen Wirtschaft	452.897	+ 8.475	+ 110.760
SVA der Bauern	135.217	- 2.250	- 26.917
VA des österreichischen Notariates	1.063	+ 12	+ 207

3.2

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 2018 haben die Pensionsversicherungsträger 2.363.581 Pensionen, um 22.925 bzw. 1,0 % mehr als ein Jahr zuvor, ausbezahlt.

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

Entwicklung des Pensionsstandes nach dem Geschlecht (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2018	2.363.581	917.367	1.446.214

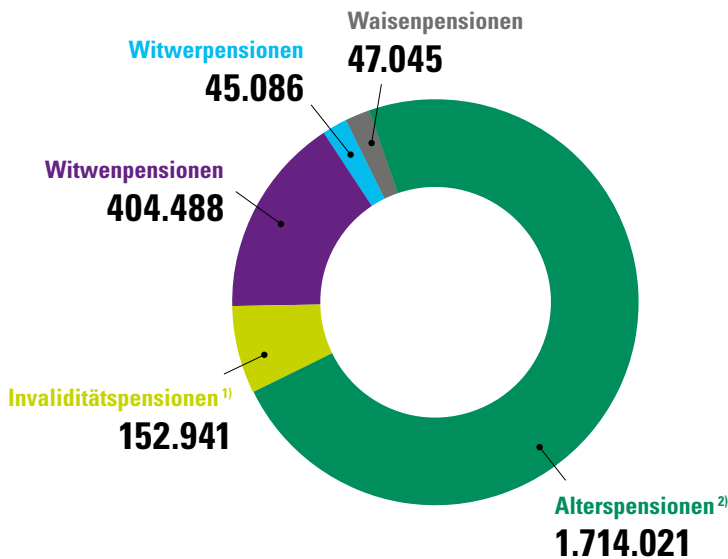
geführten Pensionen entfielen 1.446.214 bzw. 61,2 % auf Frauen. Der hohe Frauenanteil ist vor allem auf die wesentlich höhere Zahl von Witwenpensionen (404.488) im Vergleich zu den Witwerpensionen (45.086) zurückzuführen. Aber auch bei den Alterspensionen überwiegen die Frauen mit 56,7 %, da ihre Bezugsdauer 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 2.001.124 Pensionen und in der Pensionsversicherung der Selbständigen 362.457 Pensionen ausbezahlt.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Pensionsstandes und die Veränderung zum Vorjahr seit dem Jahr 2008.

Jahreszuwachs der Pensionsstände (2008 – 2018)

Dezember	PV der Unselbständigen		PV der Selbständigen	
	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr
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
2018	2.001.124	+ 20.474	362.457	+ 2.451

**Pensionsstand nach Pensionsarten
Dezember 2018**



1) Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen vor dem 60./65. Lebensjahr.
2) Inkl. Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen ab dem 60./65. Lebensjahr.

Im Dezember 2018 wurden gegenüber dem Vorjahr 31.535 Alterspensionen mehr im Stande geführt. Die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit verringerten sich um 6.314, die Hinterbliebenenpensionen um 2.296.

Im Vergleich zum Jahr 2008 ist die Zahl der Pensionen um 210.408 bzw. 9,8 % gestiegen. Die Alterspensionen verzeichneten in diesem Zeitraum einen Zuwachs von 283.398. Die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen verringerte sich um 52.275, die der Hinterbliebenenpensionen um 20.715.

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 Dez. 2018	Differenz gegenüber Dezember 2017	
		Zahl	%
Alle PV-Träger	2.363.581	+ 22.925	+ 1,0
PVA – Arbeiter	1.073.234	+ 4.702	+ 0,4
PVA – Angestellte	892.757	+ 16.043	+ 1,8
VAEB – Eisenbahnen	18.349	+ 138	+ 0,8
VAEB – Bergbau	16.784	- 409	- 2,4
SVA d. gew. Wirtschaft	192.509	+ 4.251	+ 2,3
SVA der Bauern	169.507	- 1.805	- 1,1
VA d. österr. Notariates	441	+ 5	+ 1,1

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Pensionsarten für den Zeitraum 2008 bis 2018 gegeben.

Alterspensionen

Mit 1.714.021 ausbezahlten Alterspensionen wurde im Dezember 2018 ein neuer Höchststand erreicht, wobei der Zuwachs von 1,9 % 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 4.675 bzw. 5,9 %, was auf die geänderten Anspruchsvoraussetzungen (stufenweise Anhebung der notwendigen Anzahl an Versicherungs- bzw. Beitragsmonaten) zur Erlangung einer vorzeitigen Alterspension bei langer Versicherungsdauer, eines Pensionsanspruches als Langzeitversicherter oder einer Korridor pension zurückzuführen ist. Im Zeitraum 2008 bis 2018 stieg die Zahl der Alterspensionen um 283.398, bei Männern um 115.646 und bei Frauen um 167.752.

Alle Alterspensionen¹⁾ (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2018	1.714.021	742.277	971.744

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

Von den im Dezember 2018 ausbezahlten Alterspensionen entfielen 1.639.572 auf die normale Alterspension und 74.449 auf vorzeitige Alterspensionen.

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

Normale und vorzeitige Alterspensionen Dezember 2008 – 2018

Dezember	Normale Alterspensionen ¹⁾ (60./65. Lj.)			Vorzeitige Alterspensionen		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
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
2018	1.639.572	682.505	957.067	74.449	59.772	14.677

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

Vorzeitige Alterspensionen Dezember 2008 – 2018

Dezember	bei langer Versicherungsdauer			Langzeitversicherte		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
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
2018	1.947	1.944	3	24.739	18.815	5.924

Darüber hinaus wurde im Dezember 2018 an 20.145 Männer eine Korridor pension und an 18.868 Männer und 8.750 Frauen eine Schwerarbeitspension ausbezahlt.

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

Die Zahl der Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit betrug im Dezember 2018 152.941. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen um 6.314 bzw. 4,0 %, was auf gesetzliche Änderungen im Leistungsrecht der Pensionsversicherung zurückzuführen ist.

Ab 1. Jänner 2014 wurde mit dem Sozialrechts-Änderungsgesetz 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. der Erwerbsunfähigkeit ¹⁾ (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2018	152.941	106.398	46.543

¹⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

Im Jahr 2018 wurden 54.375 Anträge auf Zuerkennung einer Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspension gestellt. Von diesen Anträgen entfielen 50.942 auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und 3.433 auf die Pensionsversicherung der Selbständigen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der Anträge um 1.006 bzw. 1,9 %.

Die Zuerkennung dieser Pensionsart unterliegt strengen Kriterien. Ausschlaggebend sind Sachverständigengutachten von Ärzten. Im Jahr 2018 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 Jahr 2018 wurden 16.609 Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspensionen 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-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspension des Jahres 2018 nach Krankheitsgruppen, so lässt sich feststellen, dass an der Spitze Erkrankungen aus der Gruppe „psychische und Verhaltensstörungen“ mit 35,3 % stehen, gefolgt von Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ mit 20,6 %, „Neubildungen“ mit 13,4 % und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 11,4 %.

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 Krankenversicherungsbeiträgen 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 die Vergleichbarkeit und Kontinuität der Zeitreihe gewährleistet.

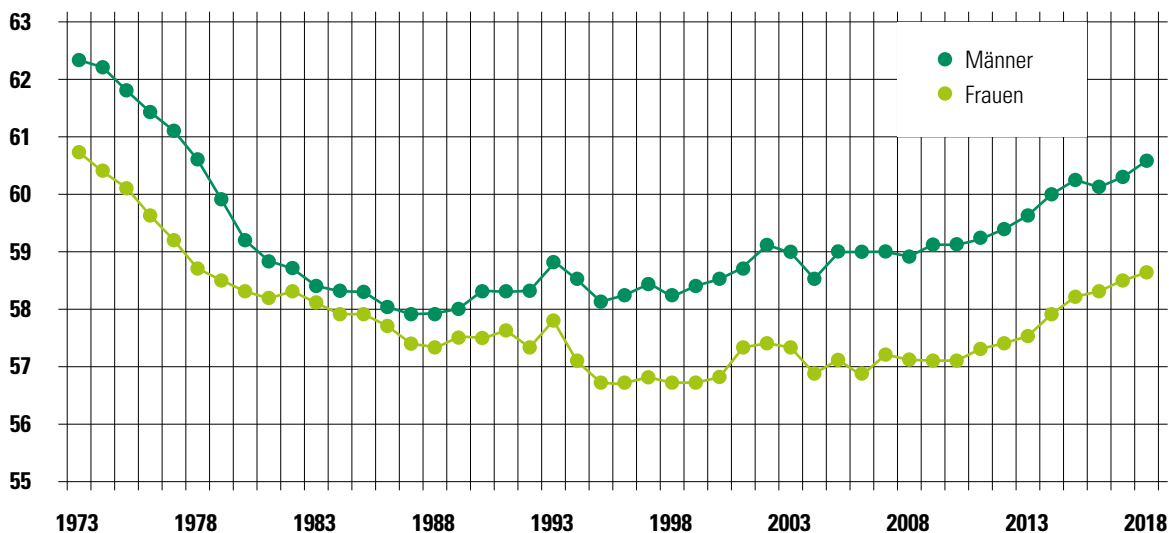
Das durchschnittliche Zugangsalter (Alters- bzw. Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld) betrug im Jahr 2018 bei Männern 60,6 Jahre und bei Frauen 58,7 Jahre. Seit dem Jahr 1970 verringerte sich das durchschnittliche Anfallsalter bei den Männern um 1,3, bei Frauen um 1,7 Jahre.

Durchschnittsalter der Neuzuerkennungen Pensionen und Rehabilitationsgeld 1970 – 2018

Jahr	Eigenpensionen			Invaliditätspensionen ¹⁾ 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
2018	59,6	60,6	58,7	51,9	53,4	49,6	61,7	63,3	60,4

1) Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen.

Durchschnittsalter der Neuzuerkennungen Pensionen und Rehabilitationsgeld in der gesamten Pensionsversicherung



Hinterbliebenenpensionen

Die Zahl der Witwenpensionen betrug im Dezember 2018 404.488 und die der Witwerpensionen 45.086. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Witwenpensionen um 2.455, die der Witwerpensionen stieg um 230 und die der Waisenpensionen sank um 71. Insgesamt verringerte sich Zahl der Hinterbliebenenpensionen um 2.296.

Pensionen aus dem Versicherungsfall des Todes Dezember 2008 – 2018

Dezember	Alle Hinterbliebenenpensionen	davon Pensionen an		
		Witwen	Witwer	Waisen
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
2018	496.619	404.488	45.086	47.045

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 2018 für den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung ermittelt.

Pensionsbezieher und Pensionen 1. Juli 2018

	Ins-gesamt	davon Personen mit			Gesamtzahl der Pensionen
		einer Pension	zwei Pensionen	mehreren Pensionen	
Pensionsbezieher (Pensionen) insgesamt	2.125.674	1.862.370	262.642	662	2.389.646
Männer	893.032	849.819	43.049	164	936.411
Frauen	1.232.642	1.012.551	219.593	498	1.453.235

Einem Pensionsstand von 2,389.646 standen zum Stichtag 2,125.674 Pensionsbezieher gegenüber. 263.304 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 411.262 Bezieherinnen einer Witwenpension erhielten 192.437 nur eine Witwenpension (46,8 %). 218.825 (53,2 %) 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.

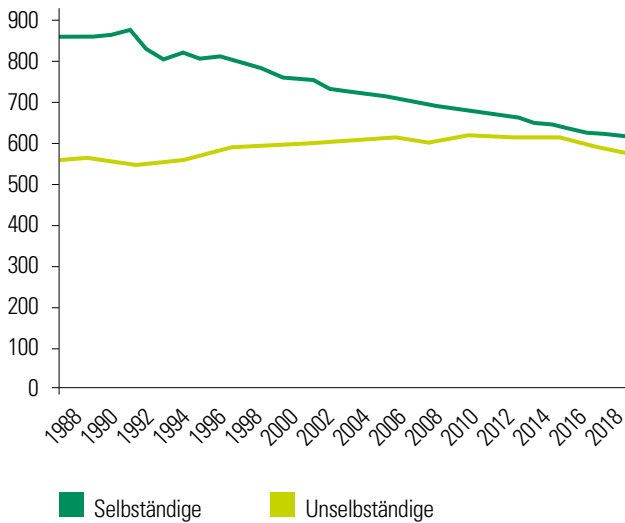
Im Jahrsdurchschnitt 2018 entfielen auf 1.000 Pensionsversicherte 579 Pensionen. Im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen betrug die Belastungsquote 573 (2017: 584) und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen 613 (2017: 616).

Die Entwicklung der Pensionsbelastungsquote, getrennt für die Bereiche der Pensionsversicherung der Unselbständigen und der Pensionsversicherung der Selbständigen, ist der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen.

Entwicklung der Pensionsbelastungsquote

Jahr	Pensionsversicherung insgesamt	Pensionsversicherung der	
		Unselbständigen	Selbständigen
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
2018	579	573	613

Pensionsbezieher 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 Jahrsdurchschnitt 2018 auf 1.000 Pensionsversicherte bei der

	Pensionen
Versicherungsanstalt des österr. Notariates	417
Sozialversicherungsanstalt der gewerbl. Wirtschaft	421
Pensionsversicherungsanstalt – Angestellte	430
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	659
Pensionsversicherungsanstalt – Arbeiter	786
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	1.257

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

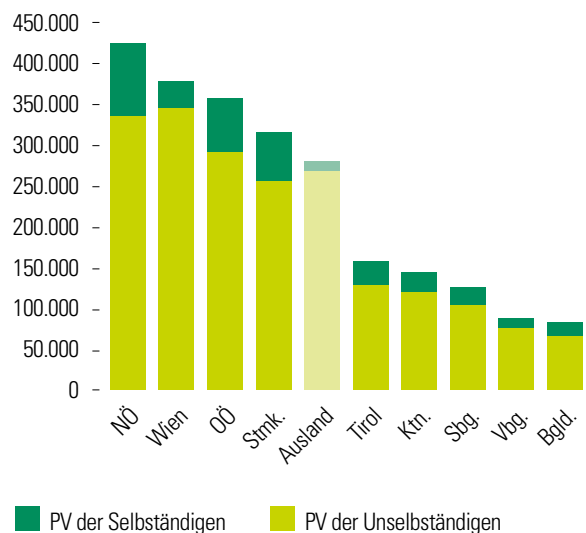
Eine Gliederung nach dem Wohnsitz der Pensionisten zeigt, dass von der Gesamtzahl der Pensionen 2.083.754 an Personen ausbezahlt wurden, die den Wohnsitz im Inland, und 279.827 Pensionen an Personen, die den Wohnsitz im Ausland hatten. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der „Inlandspensionen“ um 1,0 %, die Zahl der „Auslandspensionen“ erhöhte sich um 0,9 %.

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

Gebiet	Stand im Dezember 2018	Anteil in %	Differenz des Pensionsstandes gegenüber	
			Dezember 2017	Dezember 2008
Insgesamt	2.363.581	100,0	+ 22.925	+ 210.408
Österreich	2.083.754	88,2	+ 20.538	+ 180.256
Burgenland	84.582	3,6	+ 1.106	+ 10.065
Kärnten	146.059	6,2	+ 1.988	+ 16.046
Niederösterreich	426.401	18,0	+ 3.970	+ 42.277
Oberösterreich	359.536	15,2	+ 4.351	+ 34.802
Salzburg	127.188	5,4	+ 1.718	+ 16.167
Steiermark	316.823	13,4	+ 3.112	+ 29.424
Tirol	158.504	6,7	+ 2.935	+ 22.158
Vorarlberg	88.857	3,8	+ 1.328	+ 12.153
Wien	375.804	15,9	+ 30	- 2.836
Ausland	279.827	11,8	+ 2.387	+ 30.152

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 der Pensionisten (Dezember 2018)



Von den 279.827 ins Ausland bezahlten Pensionen entfielen 266.667 bzw. 95,3 % auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und lediglich 13.160 bzw. 4,7 % auf die Pensionsversicherung der Selbständigen.

In den meisten Bundesländern waren gegenüber 2008 teilweise recht beträchtliche Zuwächse an Pensionen zu beobachten. Am stärksten war der Zuwachs in Tirol, Vorarlberg 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 der Pensionisten und nach Pensionsarten.

Zahl der Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Dezember 2018

	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	d. gemind. Arbeitsfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	2.001.124	1.450.400	135.772	338.024	37.218	39.710
Österreich	1.734.457	1.262.888	129.294	273.530	33.235	35.510
Burgenland	66.961	47.997	4.670	11.762	1.390	1.142
Kärnten	120.154	82.826	12.684	20.010	1.958	2.676
Niederösterreich	340.085	252.221	18.192	55.204	7.488	6.980
Oberösterreich	294.386	213.299	21.366	48.554	5.048	6.119
Salzburg	104.575	79.095	6.690	14.915	1.874	2.001
Steiermark	256.881	176.800	25.686	44.826	4.209	5.360
Tirol	130.431	96.841	10.026	18.884	2.122	2.558
Vorarlberg	77.485	58.382	5.521	10.917	1.251	1.414
Wien	343.499	255.427	24.459	48.458	7.895	7.260
Ausland	266.667	187.512	6.478	64.494	3.983	4.200

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

Zahl der Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten in der Pensionsversicherung der Selbständigen im Dezember 2018

	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	d. Erwerbsunfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	362.457	263.621	17.169	66.464	7.868	7.335
Österreich	349.297	252.598	16.698	65.184	7.700	7.117
Burgenland	17.621	12.983	657	3.217	459	305
Kärnten	25.905	17.789	1.786	5.336	417	577
Niederösterreich	86.316	62.683	3.356	16.449	2.180	1.648
Oberösterreich	65.150	47.562	3.534	11.051	1.684	1.319
Salzburg	22.613	16.742	884	4.090	464	433
Steiermark	59.942	42.457	3.665	11.004	1.440	1.376
Tirol	28.073	20.181	1.298	5.499	501	594
Vorarlberg	11.372	8.159	388	2.429	130	266
Wien	32.305	24.042	1.130	6.109	425	599
Ausland	13.160	11.023	471	1.280	168	218

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

3.3

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 Jahrsdurchschnitt in der Pensionsversicherungspflichtversicherten Personen heranzuziehen.

Der so errechnete Wert für die **Aufwertungszahl 2019** beträgt **1,020**.

Richtwert und Anpassungsfaktor

Die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hat für jedes Kalenderjahr den Anpassungsfaktor unter Bedachtnahme 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 Kalender-

monaten bis zum Juli des Jahres, das dem Anpassungsjahr vorangeht, zu ermitteln. Für den Richtwert des Jahres 2019 sind daher die Jahresinflationen der Monate August 2017 bis Juli 2018 heranzuziehen. Der so errechnete Richtwert für das Jahr 2019 beträgt 1,020.

Die Bundesministerin hat den **Anpassungsfaktor für 2019** in der Höhe des Richtwertes von **1,020** 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 2019 wird eine von § 108h Abs. 1 ASVG abweichende Pensionsanpassung vorgenommen:

Das Gesamtpensionseinkommen (Abs. 2) ist,

- wenn es nicht mehr als 1.115 € monatlich beträgt, um 2,6%,
- wenn es über 1.115 Euro bis zu 1.500 Euro monatlich beträgt, um jenen Prozentsatz, der zwischen den genannten Werten von 2,6 % auf 2 % linear absinkt,
- wenn es über 1.500 Euro bis zu 3.402 Euro monatlich beträgt, um 2,0 %,
- wenn es über 3.402 Euro beträgt, um 68 Euro zu erhöhen.

Einen Überblick über die Entwicklung der Pensionsanpassung sowie der Erhöhung der Richtsätze für Alleinstehende seit dem Jahr 2008 gibt die folgende Tabelle. Aus Vergleichsgründen wird in dieser Tabelle auch die Entwicklung der Verbraucherpreise angegeben.

Pensionsanpassung – Richtsatz für Alleinstehende – Verbraucherpreisindex Entwicklung 2008 – 2019

Jahr	Pensions- erhöhung ¹⁾ in %	Richtsatz für Alleinstehende		Steigerung der Verbraucherpreise gegenüber Vorjahr in %
		in Euro	Erhöhung in %	
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
2019	²⁾	933,06	+ 2,6	+ 2,1 ³⁾

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) Gestaffelt nach Pensionseinkommen.

3) WIFO-Prognose, Dezember 2018.

3.4

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 Ausgleichszulage 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 11 %.

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

Durchschnittliche Höhe der zwischenstaatlichen Teilleistungen im Dezember 2018

Pensionsart	Zahl der Teilleistungen	Durchschnitt in Euro
Pensionen insgesamt	432.161	555
Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit	19.643	805
Alterspensionen	324.069	615
Witwenpensionen	76.905	292
Witwerpensionen	5.524	174
Waisenpensionen	6.020	215

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 Alterspensionen¹⁾ nach Geschlecht im Dezember 2018

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV-Träger	1.310	1.678	1.028
PVA – Arbeiter	1.008	1.286	749
PVA – Angestellte	1.633	2.208	1.304
VAEB – Eisenbahnen	1.514	1.738	1.117
VAEB – Bergbau	2.060	2.152	1.488
SVA der gew. Wirtschaft	1.524	1.855	1.104
SVA der Bauern	889	1.225	714
VA des österr. Notariates	6.074	6.102	4.763

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

In den ausgewiesenen Durchschnittspensionen sind zwischenstaatliche Teileleistungen enthalten. Lässt man diese Teileleistungen außer Betracht, so ergeben sich um etwa 11 % 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 die folgende Tabelle.

Durchschnittliche Höhe der Alterspensionen¹⁾ nach Pensionsarten im Dezember 2018

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro				
	Alterspensionen ²⁾ (65. bzw. 60. Lj.)	Vorzeitige Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer	Korridorpensionen	Langzeitversicherte	Schwerarbeitspensionen
Alle PV-Träger	1.277	2.340	1.889	2.224	1.925
PVA – Arbeiter	968	2.295	1.400	1.822	2.034
PVA – Angestellte	1.600	2.621	2.427	2.484	2.264
VAEB – Eisenbahnen	1.465	2.959	1.871	2.343	2.202
VAEB – Bergbau	2.024	2.506	2.801	2.697	2.792
SVA der gew. Wirtschaft	1.503	–	1.969	2.170	1.989
SVA der Bauern	872	–	1.262	990	1.250

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. der 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 der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen ist.

Durchschnittliche Höhe der Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspensionen¹⁾ im Dezember 2018

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV-Träger	1.179	1.286	934
PVA – Arbeiter	1.098	1.183	834
PVA – Angestellte	1.327	1.593	1.050
VAEB – Eisenbahnen	1.404	1.465	1.040
VAEB – Bergbau	1.552	1.557	1.430
SVA der gew. Wirtschaft	1.285	1.393	870
SVA der Bauern	1.119	1.173	831
VA des österr. Notariates	3.414	3.414	–

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

Über die **Durchschnittswerte der Hinterbliebenenpensionen** im Dezember 2018 – gegliedert nach Witwen-, Witwer- und Waisenpensionen – informiert die folgende Tabelle.

Durchschnittliche Höhe der Hinterbliebenenpensionen ¹⁾ im Dezember 2018

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	Witwen	Witwer	Waisen
Alle PV-Träger	787	352	382
PVA – Arbeiter	656	274	368
PVA – Angestellte	1.032	441	388
VAEB – Eisenbahnen	828	330	403
VAEB – Bergbau	1.053	505	604
SVA der gew. Wirtschaft	833	443	400
SVA der Bauern	688	270	416
VA des österr. Notariates	3.133	–	1.016

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 Durchschnittspensionen ¹⁾ nach dem Wohnsitz der Pensionisten in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Dezember 2018

	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	d. gemind. Arbeitsfähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.324	1.175	789	357	377
Österreich	1.480	1.210	930	382	404
Burgenland	1.469	1.299	887	379	405
Kärnten	1.404	1.246	907	371	422
Niederösterreich	1.551	1.260	955	383	411
Oberösterreich	1.486	1.214	955	346	403
Salzburg	1.471	1.207	920	361	385
Steiermark	1.461	1.245	924	375	426
Tirol	1.385	1.196	906	344	390
Vorarlberg	1.317	1.130	872	301	373
Wien	1.523	1.121	927	438	390
Ausland	269	477	192	153	151

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 Durchschnittspensionen ¹⁾ nach dem Wohnsitz der Pensionisten in der Pensionsversicherung der Selbständigen im Dezember 2018

	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	der Erwerbsunfähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.231	1.209	775	328	410
Österreich	1.274	1.233	784	332	417
Burgenland	1.169	1.344	752	301	424
Kärnten	1.274	1.219	776	355	430
Niederösterreich	1.274	1.284	792	330	412
Oberösterreich	1.197	1.302	777	307	439
Salzburg	1.341	1.247	787	347	374
Steiermark	1.103	1.132	727	298	412
Tirol	1.333	1.178	803	366	416
Vorarlberg	1.610	1.323	876	442	434
Wien	1.575	1.181	842	478	406
Ausland	248	345	345	145	168

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

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

3) Vor dem 60./65. Lebensjahr.

FRATER · CARNALIS · IO-
SEPH · DIVAE · VIRG · MARIE ·

I
JACOBVS · MINOR · EPVS · MARIA · CLEOPHÆ · SOROR
HIEROSOLIMITANVS · VIRG · MAR · PUTATIVA · MA-
TERTERA · D · N ·



III
I O S E P H · I N S T I T U T U S · S I M O N · Z E L O T E S · C O N S O -
B R I N U S · D N I · N R I ·

3.5

Zulagen, Zuschüsse

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

Ausgleichszulage

Erreicht die Pension zuzüglich des sonstigen Nettoeinkommens und der Unterhaltsansprüche 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 den Ehepartner sind sinngemäß auch auf eingetragene Partnerschaften anzuwenden.

Der Aufwand für Ausgleichszulagen wird den Pensionsversicherungsträgern vom Bund ersetzt. Im Jahr 2018 betrug dieser Aufwand für die gesamte Pensionsversicherung 978 Millionen Euro.

In der gesamten Pensionsversicherung wurde im Dezember 2018 in 208.739 Fällen eine Ausgleichszulage gewährt, um 3.638 weniger als vor Jahresfrist und um 34.507 weniger als vor zehn Jahren.

Ausgleichszulagenbezieher nach Geschlecht Dezember 2008 – 2018

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2018	208.739	66.986	141.753

Der Anteil der Ausgleichszulagen – gemessen am Pensionsstand – betrug im Dezember 2018 8,8 %, im Dezember 2008 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 2018 31,2 % betrug; dann folgen die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit mit 24,1 %, die Witwenpensionen mit 12,5 %

und die Alterspensionen mit 6,2 %. 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 Ausgleichszulagenempfängern aufzuweisen; an zweiter Stelle folgt das Bundesland Wien. Die Quote der Ausgleichszulagenbezieher ist in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich; sie reicht von 7,3 % in Vorarlberg bis zu 13,5 % in Kärnten.

Ausgleichszulagen nach Bundesländern im Dezember 2018

Gebiet	Anzahl der AZ-Bezieher	in % des Pensionsstandes
Österreich	208.739	8,8
Burgenland	7.465	8,8
Kärnten	19.751	13,5
Niederösterreich	33.103	7,8
Oberösterreich	31.113	8,7
Salzburg	10.575	8,3
Steiermark	41.964	13,2
Tirol	17.359	11,0
Vorarlberg	6.488	7,3
Wien	40.921	10,9

Der Stand an Ausgleichszulagenbeziehern hat sich im Verlauf der letzten zehn Jahre wie folgt entwickelt:

Ausgleichszulagenbezieher in der Pensionsversicherung (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2018	208.739	129.364	29.365	1.089	849	13.796	34.276

Seit dem Jahr 2009 ist in der Pensionsversicherung der Unselbständigen ein jährlicher Rückgang der Zahl der Ausgleichszulagenbezieher zu beobachten. Im Dezember 2013 und 2017 war zwar die Anzahl gegenüber den Vorjahren höher, in den folgenden Jahren setzte sich aber der Trend der sinkenden Zahlen der Ausgleichszulagenbezieher weiter fort. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Ausgleichszulagenbezieher in der Pensionsversicherung der Unselbständigen um 1.572.

Der Anteil der Empfänger von Ausgleichszulagen am Pensionsstand ist bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern unterschiedlich hoch. Bei der Pensionsversicherungsanstalt mussten im Dezember 2018 81 von 1.000 Pensionen durch die Gewährung einer Ausgleichszulage auf den Richtsatz angehoben werden (Angestellte 33 von 1.000 Pensionen, Arbeiter immerhin noch 121 von 1.000 Pensionen).

Die Quote der Ausgleichszulagenbezieher in der Pensionsversicherung der Selbständigen ist wesentlich höher als in der Pensionsversicherung der Unselbständigen. Im Dezember 2018 erhielten bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 7,2 % und bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sogar 20,2 % der Pensionsbezieher eine Ausgleichszulage. Nach dem Notarversicherungsgesetz sind Ausgleichszulagen nicht vorgesehen.

Ausgleichszulagenbezieher in % des Pensionsstandes (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2018	8,8	12,1	3,3	5,9	5,1	7,2	20,2

Auch der durchschnittliche Betrag je Ausgleichszulagenempfänger 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 Verlauf der letzten zehn Jahre angeführt:

Durchschnittliche Ausgleichszulage pro Empfänger in Euro (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2018	313	294	262	242	212	330	425

Kinderzuschuss

Zu allen Leistungen aus dem Versicherungsfall des Alters und der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der 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 Jahr 2018 haben die Pensionsversicherungsträger rund 20,9 Millionen Euro für Kinderzuschüsse aufgewendet.

3.6

Bundespflegegeldgesetz

Am 1. Juli 1993 trat das Bundespflegegeldgesetz (Bundesgesetz vom 12. Februar 1993, BGBl. 110/1993) 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. Juni 1993 ausbezahlten rein pflegebezogenen Geldleistungen. Es hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen so weit 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 2019 ein Pflegegeld von monatlich zwischen 157,30 Euro und 1.688,90 Euro zwölfmal jährlich ausbezahlt.

Die einzelnen Stufen sind wie folgt gestaffelt:

- **Stufe 1: 157,30¹⁾ Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 65 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 2: 290,00 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 95 Stunden monatlich beträgt;

- **Stufe 3: 451,80 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 4: 677,60 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 5: 920,30 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;
- **Stufe 6: 1.285,20 Euro**
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 gleichzeitiger Zustand vorliegt.

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

Um eine bundesweit einheitliche Entscheidungspraxis sicherzustellen, wurde vom Bundesminister für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eine „Einstufungsverordnung“ (gemäß § 4 Abs. 4 Bundespflegegeldgesetz) erlassen, durch

1) 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.

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 haben¹⁾. Hierzu zählen insbesondere Bezieher von Pensionen und Renten sowie vergleichbaren Leistungen nach den Sozialversicherungs- und Versorgungsgesetzen. Bei Zusammentreffen mehrerer Ansprüche auf Pflegegeld wird das Pflegegeld nur einmal geleistet.

Seit dem 1. Jänner 2012 zählen auch Personen ohne Grundleistung sowie Gemeinde- und Landesbeamte im Ruhestand, die in der Vergangenheit ein Pflegegeld nach einem Landespflegegeldgesetz bezogen haben, zum anspruchsberechtigten Personenkreis nach dem BPGG. Die neun Landespflegegeldgesetze traten außer Kraft und diese Personen beziehen nun Pflegegeld von der Pensionsversicherungsanstalt oder dem BVA-Pensionsservice.

Auch innerhalb des BPGG wurde die Anzahl der Entscheidungsträger reduziert. Für die AUVA-Fälle ist ab 1. Juli 2011 die PVA, für die ÖBB-Fälle seit 1. Jänner 2012 die VAEB und für die Fälle der Post AG, Telekom Austria AG, Postbus AG sowie für die pensionierten Landeslehrer seit 1. Jänner 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 2018.

Bundespflegegeldbezieher und durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes (Dezember 2018)

Stufe	Pflegegeld-bezieher insgesamt	davon		durchschnittl. Pflegegeld in Euro
		Männer	Frauen	
Insgesamt	454.805	167.026	287.779	475,53
1	125.359	44.603	80.756	154,30
2	100.290	37.756	62.534	284,40
3	82.471	31.203	51.268	445,40
4	66.407	24.761	41.646	671,59
5	51.208	17.132	34.076	910,39
6	19.758	8.137	11.621	1.263,81
7	9.312	3.434	5.878	1.663,07

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 akusalen Behinderung geleistet wird.

Gebarungsergebnisse¹⁾ für den Bereich des Bundespflegegeldgesetzes im Jahr 2018

	in Millionen Euro		
	Pensions- und Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Unfallversicherung
Einnahmen	2.412	2.404	8
Ersatzleistung des Bundes	2.388	2.388	–
Sonstige Einnahmen	24	16	8
Ausgaben	2.414	2.404	10
Pflegegeld	2.340	2.330	10
Sachleistungen	1	1	–
Verwaltungsaufwand	34	34	–
Sonstige Ausgaben	39	39	–

¹⁾ Eine Ausnahmeregelung für Personen im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen zu beachten.

¹⁾ Vorläufige Zahlen.



KHM / Vonet Simon - Maria Theresia Salvator (Ausschnitt)

4.

Unfall- versicherung



4.1

Unfallversicherte

Die Zahl der unfallversicherten Personen betrug im Jahrsdurchschnitt 2018 6.511.418, um 85.291 mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Unselbständigen erhöhte sich um 85.493, die Zahl der Selbständigen verringerte sich um 1.831 und die Zahl der Schüler und Studenten erhöhte sich um 1.629. Seit dem Jahr 2010 gibt es für fünfjährige 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 89.277; die Zahl der Unselbständigen um 75.642, die Zahl der Selbständigen um 12.006 und die Zahl der Schüler und Studenten um 1.629.

Bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern verringerte sich der Versichertenstand gegenüber dem Vorjahr um 13.837. Bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau erhöhte er sich um 1.517, bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter um 8.334.

Unfallversichert nach Kategorien und Versicherungsträgern

	Jahresdurchschnitt		Veränderung gegenüber 2017
	2018	2017	
Alle Unfallversicherten	6.511.418	6.426.127	+ 85.291
Unselbständige	3.627.858	3.542.365	+ 85.493
Selbständige ¹⁾	1.453.933	1.455.764	- 1.831
Schüler und Studenten ²⁾	1.429.627	1.427.998	+ 1.629
AUVA	5.101.870	5.012.593	+ 89.277
SVA der Bauern ¹⁾	904.230	918.067	- 13.837
VA für Eisenbahnen und Bergbau	67.970	66.453	+ 1.517
VA öffentlich Bediensteter	437.348	429.014	+ 8.334

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

2) Einschließlich der fünfjährigen Kindergartenkinder.



KHM / Joes de Momper d. J. - Große Gorgeislandschaft (Ausschnitt)

4.2

Rentenstände

Im Dezember 2018 wurden von der Unfallversicherung 94.808 Renten ausbezahlt. Davon entfielen 81.308 bzw. 85,8 % auf Versehrtenrenten und 13.500 bzw. 14,2 % auf Hinterbliebenenrenten.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Versehrtenrenten um 1.225 und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 352 gesunken. Insgesamt verringerte sich der Rentenstand um 1.577 Renten. Die folgende Tabelle informiert über die Entwicklung des Rentenstandes, gegliedert nach Rentenarten, in der Unfallversicherung in den letzten zehn Jahren.

Entwicklung des Rentenstandes nach Rentenarten Dezember 2008 – 2018

Dezember	Alle Renten	Versehrtenrenten	davon			Witwen-/Witwerrenten	Eltern-/Geschwisterrenten	Waisenrenten
			Teilrenten bis 49 %	Teilrenten 50–99 %	Vollrenten 100 %			
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
2018	94.808	81.308	72.583	6.465	2.260	11.470	8	2.022

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Teilrenten – das sind Renten, die bei einer Erwerbsminderung bis 99 % ausbezahlt werden – um 1.205 und die Zahl der Vollrenten – das sind Renten, die bei 100%iger Erwerbsminderung ausbezahlt werden – um 20 verringert.

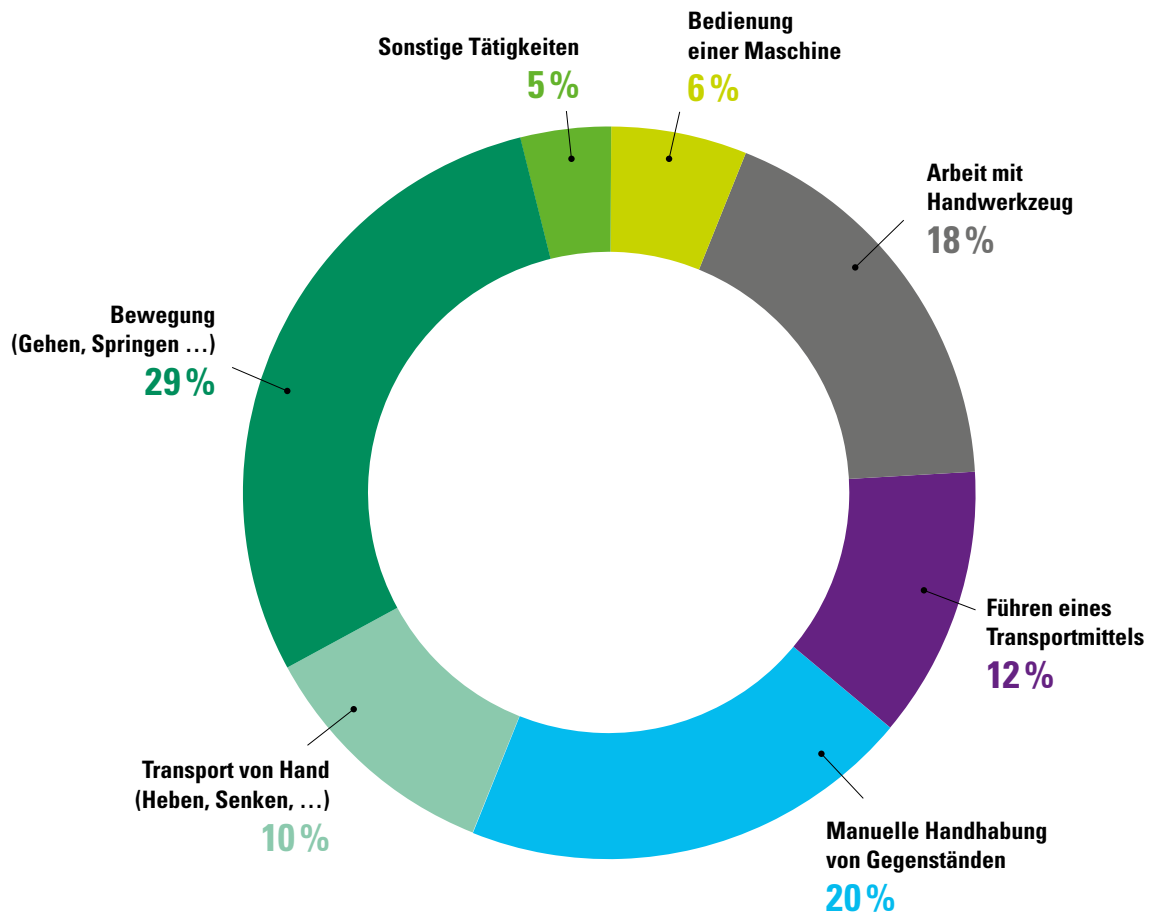
Seit dem Jahr 2008 hat sich die Zahl der von den Unfallversicherungsträgern ausbezahlten Renten um 10.788 bzw. um 10,2 % verringert. Die Zahl der Versehrtenrenten verringerte sich um 8,3 % und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 20,3 %.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Rentenstandes nach Versicherungsträgern in den letzten zehn Jahren.

Entwicklung des Rentenstandes nach Versicherungsträgern (Dezember 2008 – 2018)

Dezember	Unfallversicherung insgesamt	AUVA	SVA der Bauern	VAEB – Eisenbahnen	VA öffentlich Bediensteter
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
2018	94.808	69.508	18.150	2.651	4.499

Arbeitsunfälle und Wegunfälle nach der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt im Jahr 2017 (ohne Schüler und Studenten)



4.3

Rentenhöhe

Der Gesamtdurchschnitt aller Renten war im Dezember des Berichtsjahres um 2,5 % höher als vor Jahresfrist. Am stärksten stiegen die Durchschnittsrenten bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (+ 3,1 %), gefolgt von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (+ 2,8%) und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (jeweils + 2,0 %). 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 2018 betragen die Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung:

Versehrtenrenten	423 Euro
davon Teilrenten bis 49 %	320 Euro
davon Teilrenten 50 – 99 %	1.032 Euro
davon Vollrenten 100 %	2.006 Euro
Witwen-/Witwerrenten	716 Euro
Waisenrenten	451 Euro
Eltern-/Geschwisterrenten	460 Euro

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

Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung Dezember 2016 – 2018

Versicherungsträger	Rentenart	Durchschnittsrenten in Euro		
		2018	2017	2016
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	Versehrtenrente	462	453	447
	Witwen-/Witwerrente	782	761	746
	Waisenrente	481	474	467
	Eltern-/Geschwisterrente	460	453	450
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	Versehrtenrente	238	230	224
	Witwen-/Witwerrente	426	420	415
	Waisenrente	294	282	281
	Eltern-/Geschwisterrente	–	–	–
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Versehrtenrente	507	493	489
	Witwen-/Witwerrente	740	722	703
	Waisenrente	589	565	572
	Eltern-/Geschwisterrente	–	–	–
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	Versehrtenrente	517	506	498
	Witwen-/Witwerrente	928	893	873
	Waisenrente	585	562	564

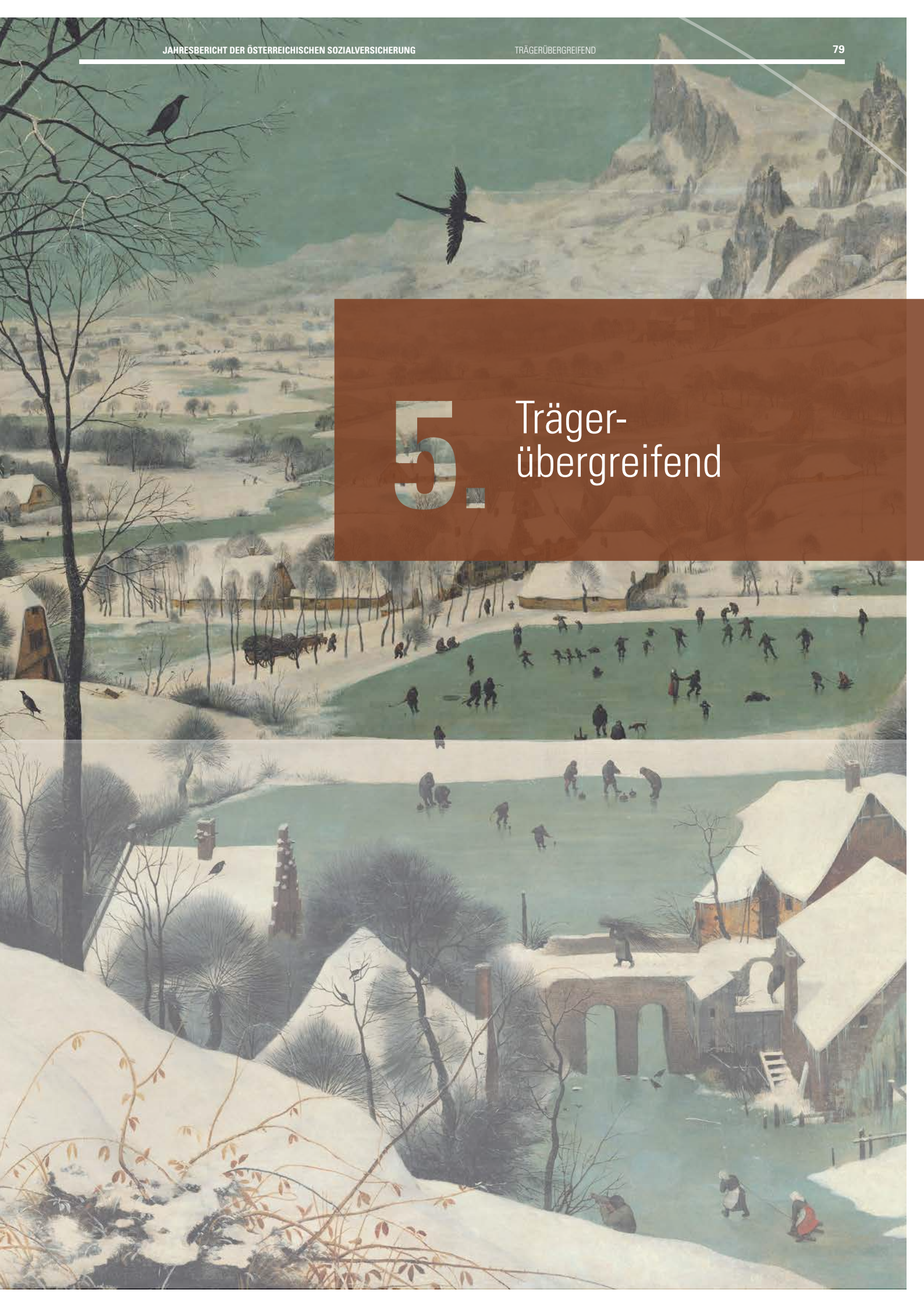
Die Durchschnittswerte der Versehrtenrenten werden durch die hohe Anzahl jener Teilrenten, die bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit bis 49 % ausbezahlt werden, stark gedrückt. Die Bezieher dieser niedrigen Renten sind meist weiter berufstätig. Personen, die durch einen Arbeitsunfall zu 100 % erwerbsgemindert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

Durchschnittliche Höhe der Versehrtenrenten Dezember 2018

Versicherungsträger	Alle Versehrtenrenten	davon		
		Teilrenten bis 49 %	Teilrenten 50 – 99 %	Vollrenten 100 %
Alle UV-Träger	423	320	1.032	2.006
AUVA	462	348	1.099	2.070
SVA der Bauern	238	172	708	1.400
VA für Eisenbahnen und Bergbau	507	366	1.157	2.121
VA öffentlich Bediensteter	517	436	1.376	2.659



KHM / Peter Bönigall: Die Ältere – Jäger im Schnee (Ausschnitt)



5. Träger- übergreifend

5.1

Rehabilitation

In der Unfallversicherung umfasst die Rehabilitation die im Rahmen der Unfallheilbehandlung vorgesehenen medizinischen Maßnahmen, berufliche 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 Krankheitsbehandlung gewährt, um den Erfolg dieser Krankheitsbehandlung zu sichern oder die Folgen der Krankheit zu erleichtern. Durch Gewährung dieser Maßnahmen soll der Gesundheitszustand der Versicherten oder Angehörigen so weit wiederhergestellt 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 die 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 2018 konnte festgestellt werden, dass die häufigste Ursache für neu zuerkannte Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsunfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit psychische und Verhaltensstörungen (5.743 Personen) waren, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (3.354 Personen), Neubildungen (2.176 Personen), Krankheiten des Kreislaufsystems (1.847 Personen), Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (1.179 Personen) und Krankheiten des Atmungssystems (513 Personen). Die weiteren Gründe für Pensionierungen aufgrund der genannten Versicherungsfälle sind nur in kleineren Größenordnungen festzustellen.

Finanzieller Aufwand

Im Jahr 2018 haben die Sozialversicherungsträger für Maßnahmen der Rehabilitation und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge vorläufig insgesamt 2.330 Millionen Euro aufgewendet.

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

Aufwendungen für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge

Versicherungsträger	Aufwand 2018 in Millionen Euro ¹⁾
Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung insgesamt	2.330
Krankenversicherung	494
Unfallversicherung	588
Pensionsversicherung	1.248
Pensionsversicherungsanstalt	1.074
Versicherungsanstalt f. Eisenbahnen u. Bergbau	16
Sozialversicherungsanstalt der gew. Wirtsch.	78
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	80

1) Inkl. Umsatzsteuer.

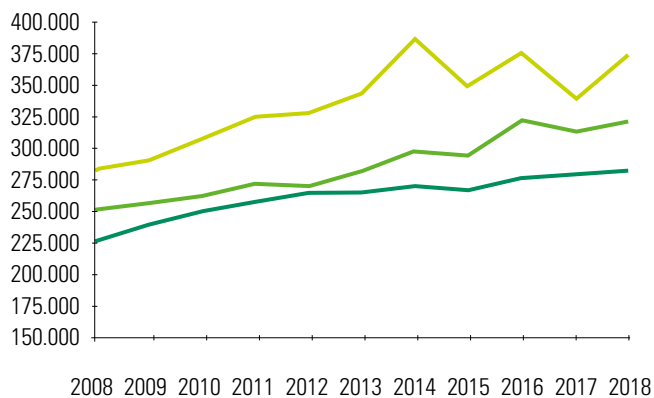
5.2

Heilverfahren

Von den im Jahr 2018 von den Sozialversicherungsträgern 377.182 erledigten Anträgen auf Heilverfahren (Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte) wurden 322.429 genehmigt.

Entwicklung der Anträge und Einweisungen seit 2008

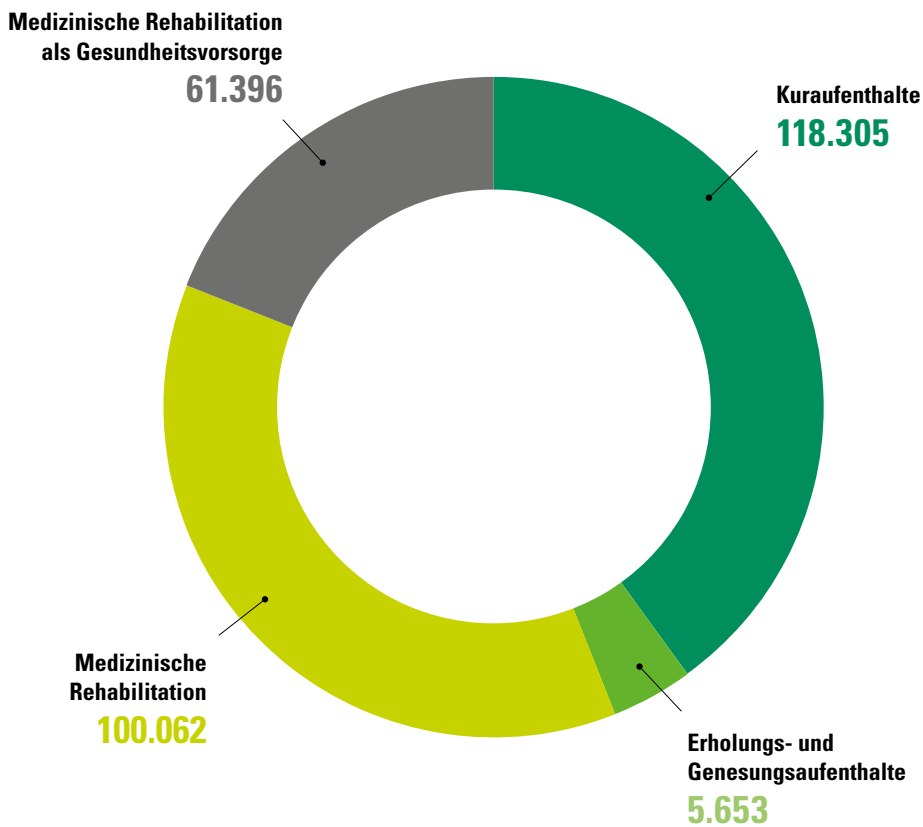
Jahr	erledigte Anträge	Veränderung zum Vorjahr in %	genehmigte Anträge	Veränderung zum Vorjahr in %	Einweisungen in stationäre Behandlung	Veränderung zum Vorjahr in %
2008	284.152	+ 3,8	252.966	+ 4,1	227.279	+ 6,9
2009	291.247	+ 2,5	257.489	+ 1,8	240.307	+ 5,7
2010	308.893	+ 8,7	263.383	+ 4,1	251.116	+ 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
2018	377.182	+ 10,7	322.429	+ 2,4	285.069	+ 1,4



■ erledigte Anträge ■ genehmigte Anträge
■ Einweisung in stationäre Behandlung

**Anzahl der Einweisungen in stationäre Behandlung
im Jahr 2018**

Art der stationären Behandlung	Insgesamt	davon		
		Inland		Ausland
		Eigene Einrichtungen SV	Vertrags-einrichtungen	
Insgesamt	285.416	69.111	210.949	5.356
Medizinische Rehabilitation	100.062	38.912	58.572	2.578
Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge	61.396	18.698	40.938	1.760
Gesundheitsvorsorge, -festigung				
Kuraufenthalte	118.305	7.932	109.518	855
Erholungs-, Genesungs- und Landaufenthalte	2.653	3.569	1.921	163



Ambulante Rehabilitation:

Im Berichtsjahr wurde 21.300 Versicherten eine ambulante Rehabilitation gewährt, die auch von 19.038 Versicherten in Anspruch genommen wurde.

Kostenzuschuss:

Im Berichtsjahr wurde 690 Versicherten ein Kostenzuschuss für Heilverfahren und Erholungsaufenthalte gewährt.

5.3

Eigene Einrichtungen der Sozialversicherungsträger

Die österreichischen Sozialversicherungsträger (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherungsträger) haben zum **Stichtag 31. Dezember 2018** insgesamt

- 115 selbständige Ambulatorien,
- 29 sonstige ambulante Einrichtungen (Untersuchungsstellen) und
- 45 eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung (mit insgesamt 6.353 Betten)

betrieben.

Eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung

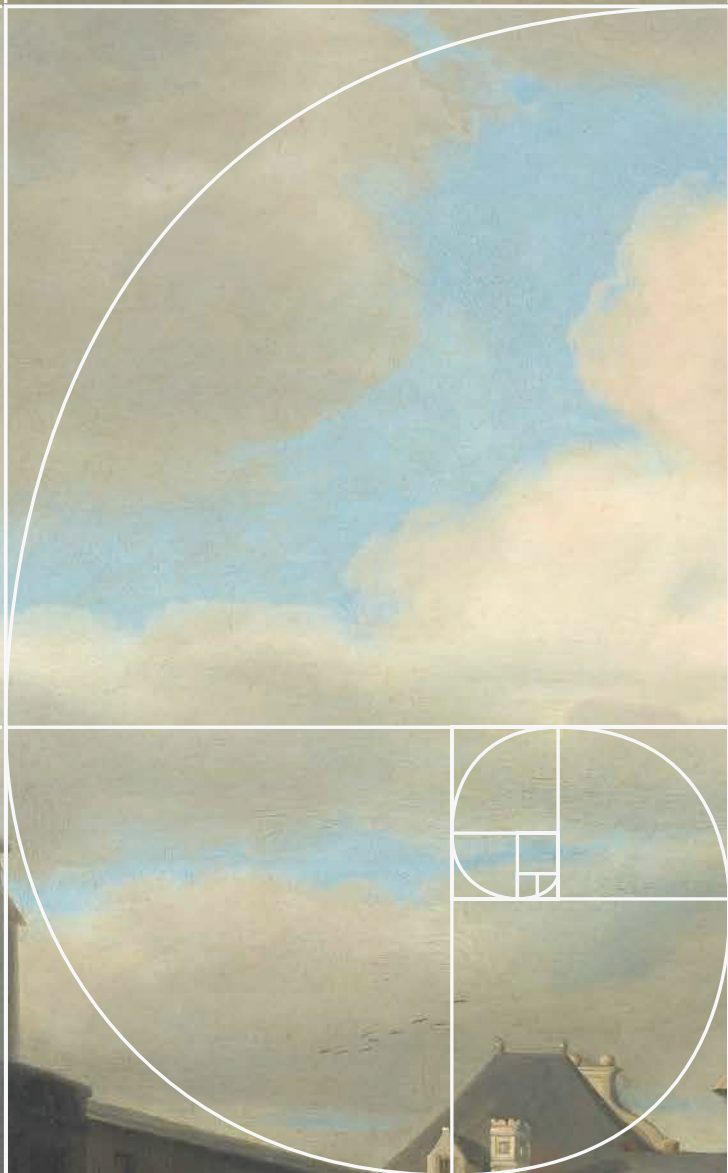
- 1 allgemeine Krankenanstalt mit 455 Betten und 36 Ambulanzen
- 7 Unfallkrankenhäuser mit 908 Betten
- 28 Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren) mit 4.147 Betten
- 5 Kuranstalten und Kurheime mit 447 Betten
- 4 Erholungs- und Genesungsheime mit 396 Betten

Selbständige Ambulatorien

- 37 allgemeine Ambulatorien mit 115 Ambulanzen bzw. Fachstationen
- 76 Zahnambulatorien/-stationen mit 331 Zahnstühlen
- 2 Zentren für ambulante Rehabilitation

Sonstige ambulante Einrichtungen

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



5.4

Zwischenstaatliche Sozialversicherung im Verhältnis zu 49 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
Albanien	•	• ¹⁾	• ¹⁾	•	•	
Australien	•			•		
Bosnien und Herzegowina	•	•	•	•	•	
Chile	•			•		
Indien	•			•		
Israel	•	• ¹⁾	•	•	•	•
Kanada (+ Québec)	•			•		
Korea	•			•		
Kosovo	•					
Mazedonien	•	•	•	•	•	
Moldau	•			•		
Montenegro	•	•	•	•	•	
Philippinen	•		• ¹⁾	•		
Serbien	•	•	•	•	•	
Tunesien	•	• ²⁾	• ¹⁾	•		
Türkei	•	•	•	•		
Uruguay	•			•		
USA	•			•		

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
EWK-Abkommen	•	•	•	•	•	•
Europäisches Abkommen	•			•		
Vierseitiges Übereinkommen	•			•		

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
Energiemeinschaft	
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
IBRD, IFC und MIGA	Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung, Internationale Finanz-Corporation und Multilaterale Investitions-Garantie-Agentur
ICPO – Interpol	Interpol Anti-Korruptionsakademie
ICMPD	Internationales Zentrum für Migrationspolitikentwicklung
IISA	Internationales Institut für angewandte Systemanalyse
IOM	Internationale Organisation für Migration
JVI	Joint Vienna Institute
KAICIID	König-Abdullah-Zentrum für interreligiösen und interkulturellen Dialog
OPEC	Organisation der erdölexportierenden Länder
OSZE	Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (vorher KSZE)
UNOV	United Nations Office at Vienna

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 Vereinigte Königreich 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 Vereinigte Königreich).

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 u. a. 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 Jahr 2018 insgesamt ein Betrag von ca. 359,9 Millionen Euro umgesetzt. Dabei wurden österreichische

Forderungen in der Höhe von ca. 144,9 Millionen 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-Ergänzungsgesetzes (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 Herzegowina (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, Zypern¹⁾.

Für die Bereiche:

Anzuwendende Rechtsvorschriften	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfen
●	●	●	●	●	●

1) Derzeit nur für den griechischen Teil.

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:

- Albanien
- Australien
- Bosnien und Herzegowina
- Chile
- Indien
- Israel
- Kanada und die Provinz Québec
- Kosovo²⁾
- Mazedonien
- Moldau
- Serbien
- Südkorea
- Türkei
- Uruguay
- USA

6) Brexit

Am 29. März 2017 hat das Vereinigte Königreich nach einer Volksabstimmung offiziell seinen Austritt aus der Europäischen Union erklärt. Entsprechend dem EU-Vertrag endet die Mitgliedschaft des Vereinigten Königreichs am 29. März 2019, sofern davor kein Austrittsabkommen geschlossen und wirksam wird. Bis zum Redaktionsschluss konnte trotz aller Bemühungen auf europäischer Ebene noch keine Einigung über ein Austrittsabkommen zwischen den 27 EU-Mitgliedstaaten und dem Vereinigten Königreich erzielt werden. Es ist daher unklar, ob es zu einem Austrittsabkommen kommt, ob eventuell das Austrittsdatum verschoben wird oder ob es zu einem ungeordneten Austritt, einem sogenannten „Hard Brexit“, kommt. Der Hauptverband hat sich gemeinsam mit den Trägern jedenfalls bestmöglich auf einen „Hard Brexit“ vorbereitet.

2) 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.

5.5

Elektronische Datenverarbeitung

Leistungsinformation für Versicherte (LIVE)

Gemäß § 81 ASVG (§ 43 GSVG, § 41 BSVG, § 27 B-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 2018 wurden 1.486.510 Briefe mit den Leistungsinformationen für das gesamte Jahr 2017 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	2014	2015	2016	2017
Ärztliche Leistung	307.004.957	304.184.781	315.361.404	320.927.727
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 4,1	- 0,9	+ 3,7	+ 1,8
Vorsorgeuntersuchungen	1.109.688	1.217.505	1.389.108	1.472.547
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 6,7	+ 9,7	+ 14,1	+ 6,0
Heilmittel	95.724.712	93.956.408	91.603.024	89.311.817
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 0,2	- 1,9	- 2,5	- 2,5
Heilbehelfe/Hilfsmittel	5.250.459	5.506.386	5.634.933	5.789.350
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 0,8	+ 4,9	+ 2,3	+ 2,7
Transporte	3.928.681	3.929.478	4.181.862	4.216.251
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 0,8	+ 0,5	+ 6,4	+ 0,8
Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche	-	38.401	71.449	78.582
Veränderung zum Vorjahr in %			+ 86,1	+ 10,0
Krankenhausaufenthalte	2.295.416	2.276.441	2.316.268	2.281.254
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 0,7	- 0,8	+ 1,8	- 1,5
Kur- und Erholungsaufenthalte	64.972	63.040	62.038	51.002
Veränderung zum Vorjahr in %	- 4,4	- 3,0	- 1,6	- 17,8
Kasseneigene Ambulatorien und Vorsorgeuntersuchungen	4.141.694	4.061.031	3.762.474	3.769.761
Veränderung zum Vorjahr in %	- 47,2	- 2,0	- 7,4	+ 0,2
Gesamt	419.520.579	415.356.586	424.382.560	427.898.291
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 2,2	- 1,0	+ 2,2	+ 0,8

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. Jänner 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 Rezeptgebührenkonto 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. sechs bis acht Wochen. Daher ist eine aktuelle Berechnung der Rezeptgebührenobergrenze nicht möglich. Kommt es dadurch dazu, dass der Versicherte noch Rezeptgebühren bezahlt hat, obwohl er seine Einkommensobergrenze bereits erreicht hätte, so werden die zu viel bezahlten Rezeptgebühren in Form einer Gutschrift im nächstfolgenden Kalenderjahr berücksichtigt – die Rezeptgebührenobergrenze vermindert sich um die Höhe der Gutschrift.

Mit Stand 31. Dezember 2018 werden in REGO 10.794.115 Rezeptgebührenkonten verwaltet.

Mit Stand 31. Dezember 2018 haben in REGO 285.344 Personen von der REGO-Befreiung profitiert

Pensionskonto (ePK)

Für alle in der gesetzlichen Pensionsversicherung versicherten Männer und Frauen, die ab 1. Jänner 1955 geboren wurden, ist ein Pensionskonto eingerichtet. Auf diesem Pensionskonto werden die Beitragsgrundlagen aller erworbenen Versicherungszeiten erfasst. Die Kontoführung beginnt mit dem Kalenderjahr, in dem erstmals ein Versicherungsver-

hältnis 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 wurden und Versicherungszeiten vor 2005 erworben haben, erhalten eine Kontoerstgutschrift. 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

- 4.061.933 Kontoerstgutschriften berechnet, im ePK gespeichert und an die Versicherten versendet.

Wer bereits vor dem 1. Jänner 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 28. September 2018 werden im ePK

- 6.521.830 Pensionskonten verwaltet. Davon entfallen
- 6.364.432 Pensionskonten in den SV-Bereich und
- 157.398 Pensionskonten in den Beamtenbereich (Bund, Land).

IMPRESSUM**Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger**

Redaktion: DI Elmar König
Haidingergasse 1 | 1030 Wien
www.sozialversicherung.at

Grafik | Heinze&Partner | Markus Mair | 1060 Wien

Druck | Ferdinand Berger GmbH | 3580 Horn

Mai 2019

