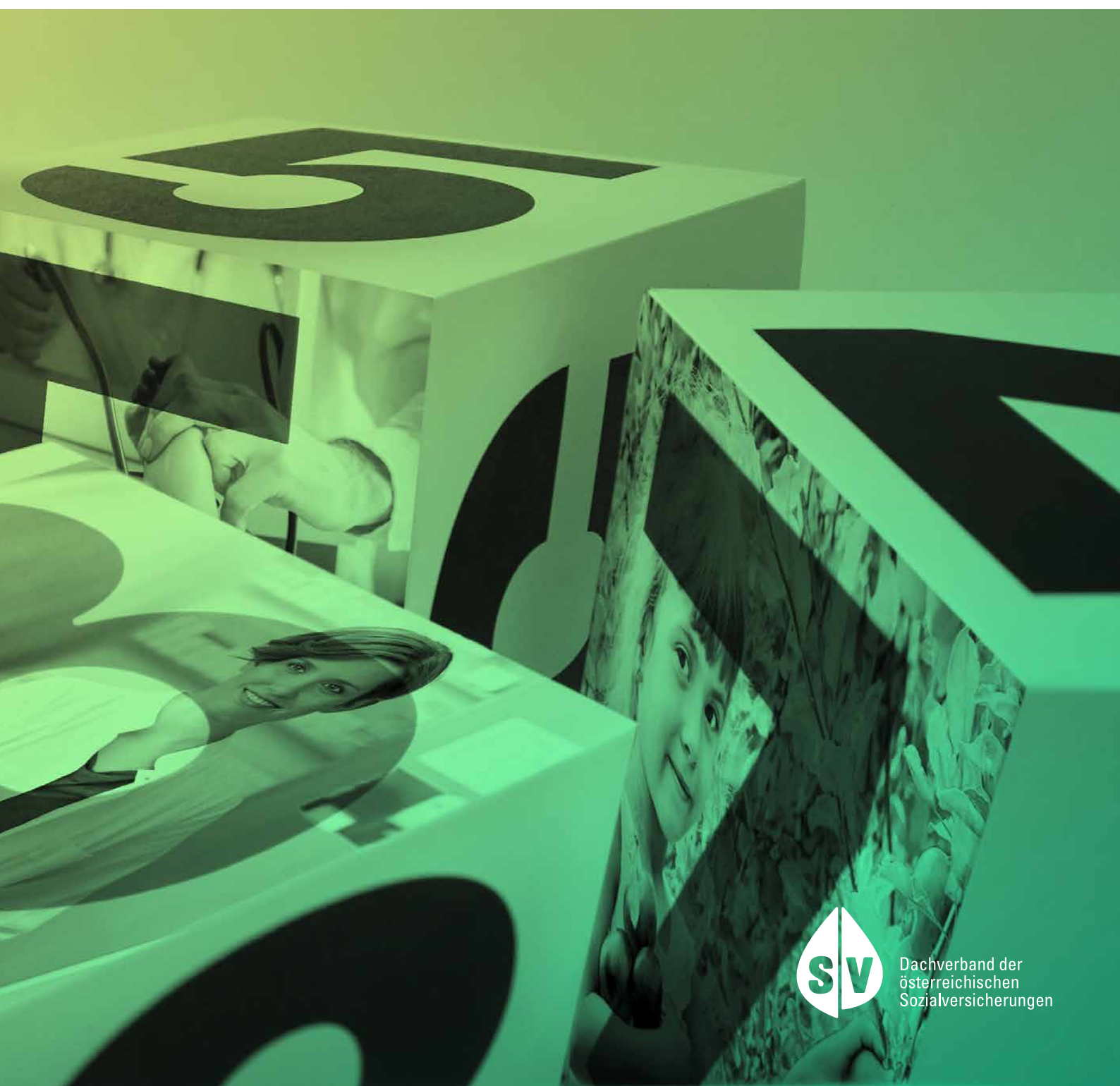


2020

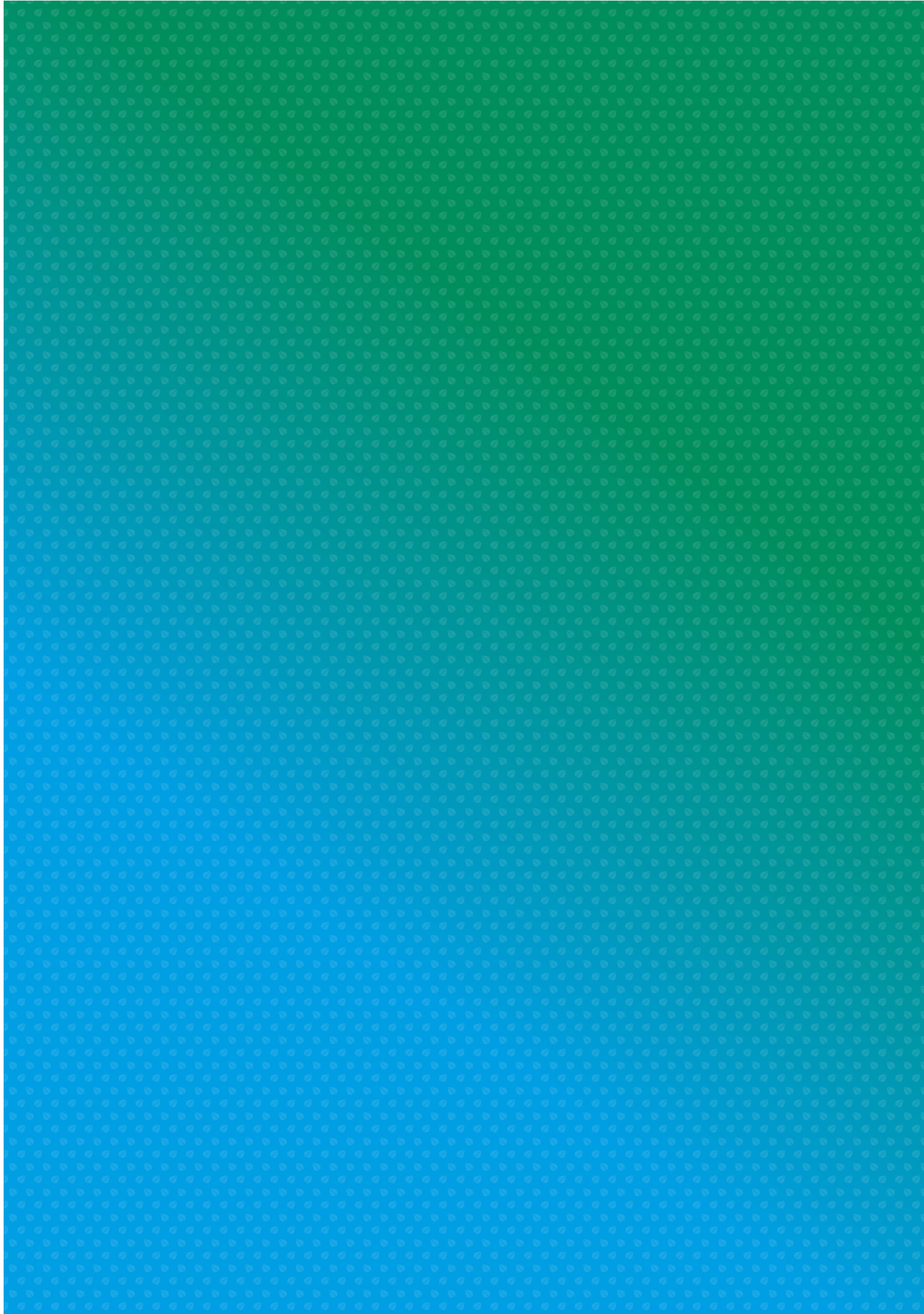
Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	03
1 Endgültige 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



Vorwort

Die vorliegende Publikation schließt in Form und Inhalt an den „Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung“ des Vorjahres an.

Erstmalig werden statt der vorläufigen die endgültigen Gebarungsergebnisse der Versicherungsträger des Berichtsjahres veröffentlicht.

Durch die Reorganisation der Sozialversicherung mit 1. Jänner 2020 haben sich sowohl die Struktur der Sozialversicherung als auch der Name der meisten Versicherungsträger geändert. Da dieser Jahresbericht jedoch Daten und Inhalte enthält, die sich auf das Jahr 2019 beziehen, werden hier noch die bis Ende 2019 gültigen Bezeichnungen verwendet. Nachfolger des bis 31. Dezember 2019 bestehenden Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ist der Dachverband der Sozialversicherungsträger. In diesem Fall wird auch für Zeiträume vor dem 01.01.2020 die aktuelle Bezeichnung verwendet.

Um eine bessere Lesbarkeit zu erreichen, wurde bewusst auf gegenderte Texte verzichtet. Die nur in männlicher Form angeführten personenbezogenen Bezeichnungen beziehen sich selbstverständlich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

Wien, November 2020



1

Endgültige Gebahrung



1.1

Gebarung der österreichischen Sozialversicherung

Das endgültige Gebarungsergebnis 2019 der Sozialversicherungsträger ergab Gesamteinnahmen in der Höhe von 66.700 Millionen Euro, denen Gesamtausgaben in der Höhe von 66.808 Millionen Euro gegenüberstanden. Im Vergleich zum Jahre 2018 ist bei den Gesamteinnahmen eine Steigerung von 3,9 % und bei den Gesamtausgaben eine Steigerung um 4,5 % festzustellen.

Die folgende Tabelle informiert über das Gebarungsergebnis nach Versicherungsbereichen:

Gebarung der Sozialversicherung 2018 – 2019

Versicherungsbereich	Jahr	Einnahmen in Mio. Euro	Ausgaben	
			in Mio. Euro	in % der Ein- nahmen
Sozialversicherung insg.	2019	66.700	66.808	100,2
	2018	64.194	63.934	99,6
Krankenversicherung	2019	19.997	20.115	100,6
	2018	19.360	19.192	99,1
Pensionsversicherung	2019	45.008	45.006	100,0
	2018	43.094	43.091	100,0
Unfallversicherung	2019	1.695	1.687	99,5
	2018	1.740	1.651	94,9

Die Mittel der Sozialversicherung werden in erster Linie durch Beiträge für Versicherte aufgebracht, die im Jahr 2019 55.135 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 2019 6.869 Millionen Euro.

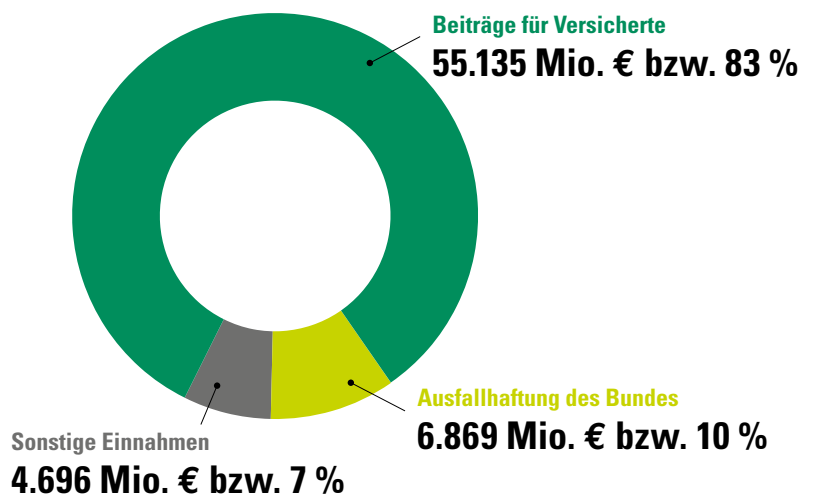
Weitere Mittel fließen den Sozialversicherungsträgern auch aus Kostenbeteiligungen der Versicherten und aus Leistungsersätzen wie z. B. Ersätzen für Ausgleichszulagen zu. Diese Einnahmen betragen im Jahr 2019 4.696 Millionen Euro.

Die Einnahmen der Sozialversicherung setzten sich somit wie folgt zusammen:

Beiträge für Versicherte	55.135 Mio. €
Ausfallhaftung des Bundes	6.869 Mio. €
Sonstige Einnahmen (Ersätze für Ausgleichszulagen, sonstige Leistungsersätze, Kostenbeteiligungen etc.)	4.696 Mio. €
Insgesamt	66.700 Mio. €

Einnahmen der Sozialversicherung im Jahr 2019

Gesamteinnahmen: 66.700 Mio. Euro = 100 %



Von den Gesamteinnahmen in der Höhe von 66,7 Milliarden Euro entfielen rund 4,7 Milliarden Euro auf Transferzahlungen innerhalb der Sozialversicherung, sodass die tatsächlichen Einnahmen der Sozialversicherungsträger rund 62,0 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

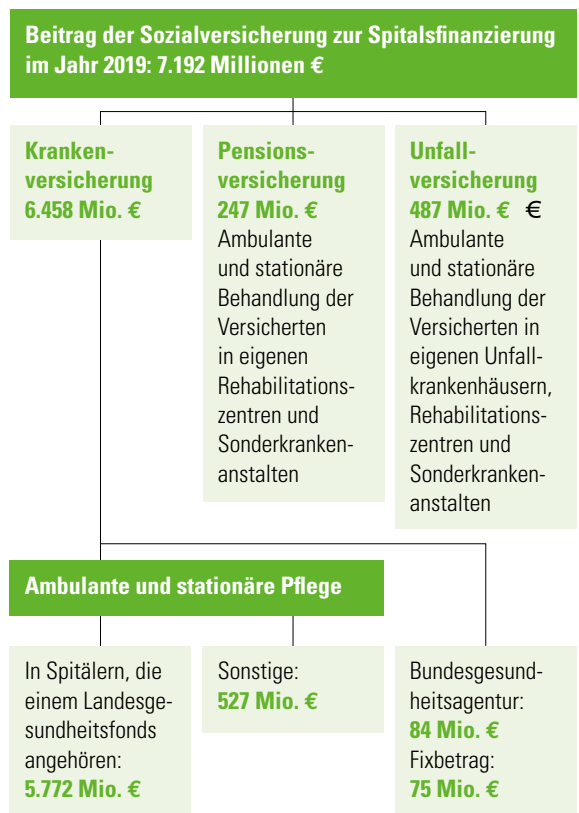
Jahr	Bruttoinlandsprodukt in Millionen Euro	Bundesbudget ¹⁾ in Millionen Euro	Mittel der Sozialversicherung		
			Millionen Euro	in % vom	
				BIP	Bundesbudget
2009	288.044	71.014	47.445	16,5	66,8
2010	295.897	67.287	49.086	16,6	73,0
2011	310.129	67.814	50.501	16,3	74,5
2012	318.653	76.480	52.579	16,5	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	344.269	74.590	58.259	16,9	78,1
2016	357.300	76.309	60.228	16,9	78,9
2017	370.296	77.457	61.726	16,7	79,7
2018	385.712	78.536	64.194	16,6	81,7
2019	398.682	79.689	66.808	16,8	83,8

1) Ab 2013 Finanzierungshaushalt (allgemeine Gebarung).

Von den Gesamtausgaben der Sozialversicherungsträger in der Höhe von 66.808 Millionen Euro entfielen 61,5 % auf Pensions- und Rentenleistungen (inklusive Ausgleichszulagen). Insgesamt wurden hierfür 41.059 Millionen Euro aufgewendet; das sind um 1.706 Millionen Euro mehr als im Jahr 2018.

Die Aufwendungen für die Spitäler betragen 7.192 Millionen Euro, um 292 Millionen Euro bzw. um 4,1 % mehr als im Jahr 2018. 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

Endgültige Gebarung der Krankenversicherungsträger

Im Jahr 2019 betragen die Gesamteinnahmen 19.997 Millionen Euro und die Gesamtausgaben 20.115 Millionen Euro. Die prozentuelle Steigerung der Gesamteinnahmen gegenüber dem Jahr 2018 betrug 3,3 % und jene der Gesamtausgaben 4,8 %. Insgesamt hat die soziale Krankenversicherung das Geschäftsjahr 2019 mit einem Gebarungsabgang von 118 Millionen Euro abgeschlossen.

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

Gebarung der Krankenversicherung im Jahr 2019

Versicherungsbereich	in Millionen Euro		
	Einnahmen	Ausgaben	Saldo
Alle KV-Träger	19.997	20.115	- 118
ASVG	15.658	15.705	- 47
B-KUVG	2.402	2.499	- 97
GSVG	1.289	1.281	+ 8
BSVG	648	630	+ 18

Entwicklung der Einnahmen

Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Gesamteinnahmen um 3,3 %. Die Beitragseinnahmen stiegen um 4,0 %, wobei sich die Beiträge für unselbständig Erwerbstätige um 4,5 % und jene für selbständig Erwerbstätige um 5,1 % erhöhten. Die Einnahmen aus der Krankenversicherung der Pensionisten erhöhten sich um 4,1 %. Die Einnahmen für Arbeitslose (krankenversicherte Leistungsbezieher aus der Arbeitslosenversicherung) verringerten sich um 2,1 %. 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 verringerten sich um 0,2 %. 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 2019 lediglich 16 Millionen Euro. Somit kam es für die Krankenversicherung zu einer Mehrbelastung von 67,6 Millionen Euro.

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

Aufgliederung der Einnahmen in der Krankenversicherung

	in Millionen Euro		Veränderung in %
	2019	2018	
Einnahmen insgesamt	19.997	19.360	+ 3,3
Beiträge für Versicherte	16.553	15.911	+ 4,0
Unselbständig Erwerbstätige	9.675	9.262	+ 4,5
Selbständig Erwerbstätige	900	856	+ 5,1
Arbeitslose (Leistungsbezieher)	377	386	- 2,1
Pensionisten, Rentner	4.594	4.413	+ 4,1
Sonstige Versicherte	173	192	- 9,9
Zusatzbeitrag für Angehörige	16	16	- 0,7
Zusatzbeitrag in der KV	818	786	+ 4,1
Sonstige Einnahmen ¹⁾	3.444	3.449	- 0,2

¹⁾ Rezeptgebühren (424 Mio. €), Ersätze für Leistungsaufwendungen (2.011 Mio. €), Vermögenserträge (21 Mio. €), Mittel aus dem Ausgleichsfonds (Strukturausgleichszuschüsse) (367 Mio. €), Kostenbeteiligungen (77 Mio. €), Service-Entgelt (43 Mio. €) etc.

Entwicklung der Ausgaben

Die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung betragen im Jahr 2019 20.115 Millionen Euro und erhöhten sich gegenüber dem Vorjahr um 923 Millionen Euro bzw. um 4,8 %.

19.137 Millionen Euro bzw. 95,1 % der Gesamtausgaben entfielen auf Leistungsaufwendungen. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Aufwandssteigerung um 5,1 %.

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 %
	2019	2018	
Ausgaben insgesamt	20.115	19.192	+ 4,8
Versicherungsleistungen	19.137	18.206	+ 5,1
Ärztliche Hilfe u. gleichgestellte Leistungen	5.002	4.699	+ 6,4
Heilmittel	3.731	3.642	+ 2,4
Heilbehelfe, Hilfsmittel	315	300	+ 5,0
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.121	1.067	+ 5,0
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.721	5.449	+ 5,0
Medizinische Hauskrankenpflege	26	24	+ 8,8
Krankengeld ¹⁾	844	773	+ 9,3
Rehabilitationsgeld	378	364	+ 3,9
Mutterschaftsleistungen	732	704	+ 4,0
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie med. Rehabilitation	651	596	+ 9,4
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	256	245	+ 4,6
Fahrtspesen, Transportkosten	269	254	+ 5,8
Sonstige Leistungen	91	89	+ 2,3
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	525	488	+ 7,1
Sonstige Ausgaben	453	498	- 8,7

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 2019 5.002 Millionen Euro aufgewendet, das sind um 6,4 % bzw. 303 Millionen Euro mehr als im Jahr 2018. Als der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen gelten unter bestimmten Voraussetzungen physiotherapeutische,

logopädisch-phoniatisch-audiometrische oder ergotherapeutische Behandlungen sowie diagnostische Leistungen eines klinischen Psychologen und psychotherapeutische Behandlungen.

Heilmittel (Arzneien)

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2019 für „Heilmittel“ 3.731 Millionen Euro aufgewendet, um 89 Millionen Euro bzw. 2,4 % mehr als im Jahr 2018.

Zahl der Heilmittelverordnungen und Heilmittelaufwand 2009 – 2019

Jahr	Zahl der Verordnungen	Ausgaben in Millionen Euro inkl. USt.
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	112.108.532	3.642
2019	111.858.052	3.731

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

Ab 1. Jänner 1983 ist eine automatische Anpassung der Rezeptgebühr gesetzlich festgelegt. Die Rezeptgebühr wurde mit 1. Jänner 2019 mit der Aufwertungszahl von 1,020 vervielfacht und betrug 6,10 Euro. Die gesamten Einnahmen aus der Rezeptgebühr betragen im Berichtsjahr 424 Millionen Euro.

Heilbehelfe (Hilfsmittel)

Für „Heilbehelfe (Hilfsmittel)“ haben die Krankenversicherungsträger im Jahr 2019 315 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 2019 1.121 Millionen Euro. Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sie sich um 54 Millionen Euro bzw. um 5,0 %. Die Aufwendungen für Zahnbehandlung erhöhten sich um 5,9 % und die für Zahnersatz um 2,8 %.

Anstaltspflege

Gemäß § 447f Abs. 2 ASVG haben die Sozialversicherungsträger an die Länder (Landesgesundheitsfonds) für das Jahr 2019 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten zu überweisen. Für das Jahr 2019 war der Pauschalbeitrag endgültig in der Höhe von 5.772 Millionen Euro festgesetzt. Weiters hat die Sozialversicherung 75 Millionen Euro an Fixbeträgen an die Landesgesundheitsfonds zu überweisen; davon entfallen 15 Millionen Euro auf die Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage und 60 Millionen 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 2019 mussten die Krankenversicherungsträger zusätzlich 83,6 Millionen Euro an die Bundesgesundheitsagentur leisten. Die Mittel für diese Überweisungen sollen vornehmlich aus dem Zusatzbeitrag für Angehörige aufgebracht werden. Wie bereits erwähnt betrug diese Beitragseinnahme 2019 lediglich 16 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 Ärztlicher Hilfe und gleichgestellte Leistungen (Ambulante Leistungen in Krankenanstalten) ausgewiesen.

Medizinische Hauskrankenpflege

Seit 1992 ist die „medizinische Hauskrankenpflege“ eine Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung. Die Aufwendungen beliefen sich im Jahr 2019 auf 26 Millionen Euro und haben sich gegenüber 2018 um 8,8 % 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.

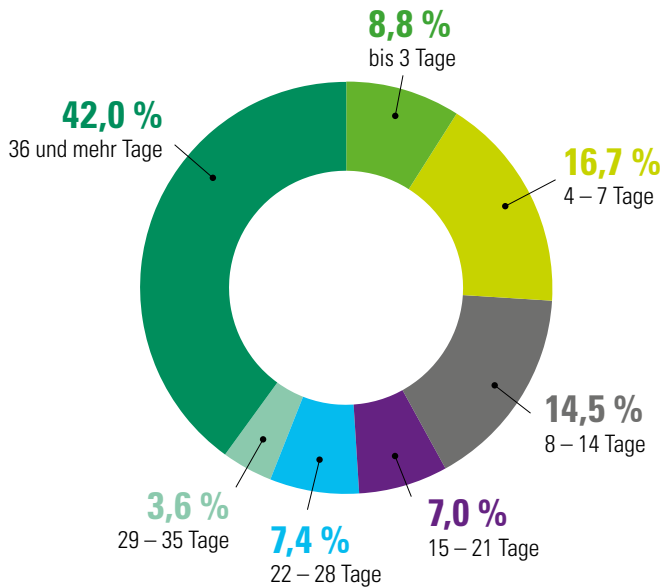
Krankengeld

Die Ausgaben für „Krankengeld“ betragen im Jahr 2019 844 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahr 2018 erhöhten sie sich um 71 Millionen Euro bzw. um 9,3 %.

Entwicklung des Krankenstandes der Arbeiter und Angestellten 2009 – 2019

Jahr	Auf einen Arbeiter und Angestellten entfallen Krankenstands-		Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen
	Fälle	Tage	
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
2018	1,36	13,10	9,6
2019	1,37	13,30	9,7

Verteilung der Krankenstandstage nach der Dauer der Krankenstände
Berichtsjahr: 2019



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 2019 betrug der Aufwand für das Rehabilitationsgeld 378 Mio. Euro.

Mutterschaftsleistungen

Die Ausgaben für „Mutterschaftsleistungen“ betragen im Jahr 2019 732 Millionen Euro, um 28 Millionen Euro bzw. um 4,0 % mehr als im Jahr 2018. Rund drei Viertel der Aufwendungen entfallen auf das Wochengeld. Der Aufwand hierfür ist gegenüber dem Vorjahr um 3,9 % gestiegen.

Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie medizinische Rehabilitation

Im Jahr 2019 betragen die Aufwendungen für diese Leistungen 651 Millionen Euro, um 55 Millionen Euro bzw. 9,4 % mehr als 2018.

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 zur Gesundheitsvorsorge (Kuraufenthalte) vorgesehen. Die Zuzahlungen pro Verpflegstag betragen 2019 zwischen 8,36 Euro und 20,31 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.

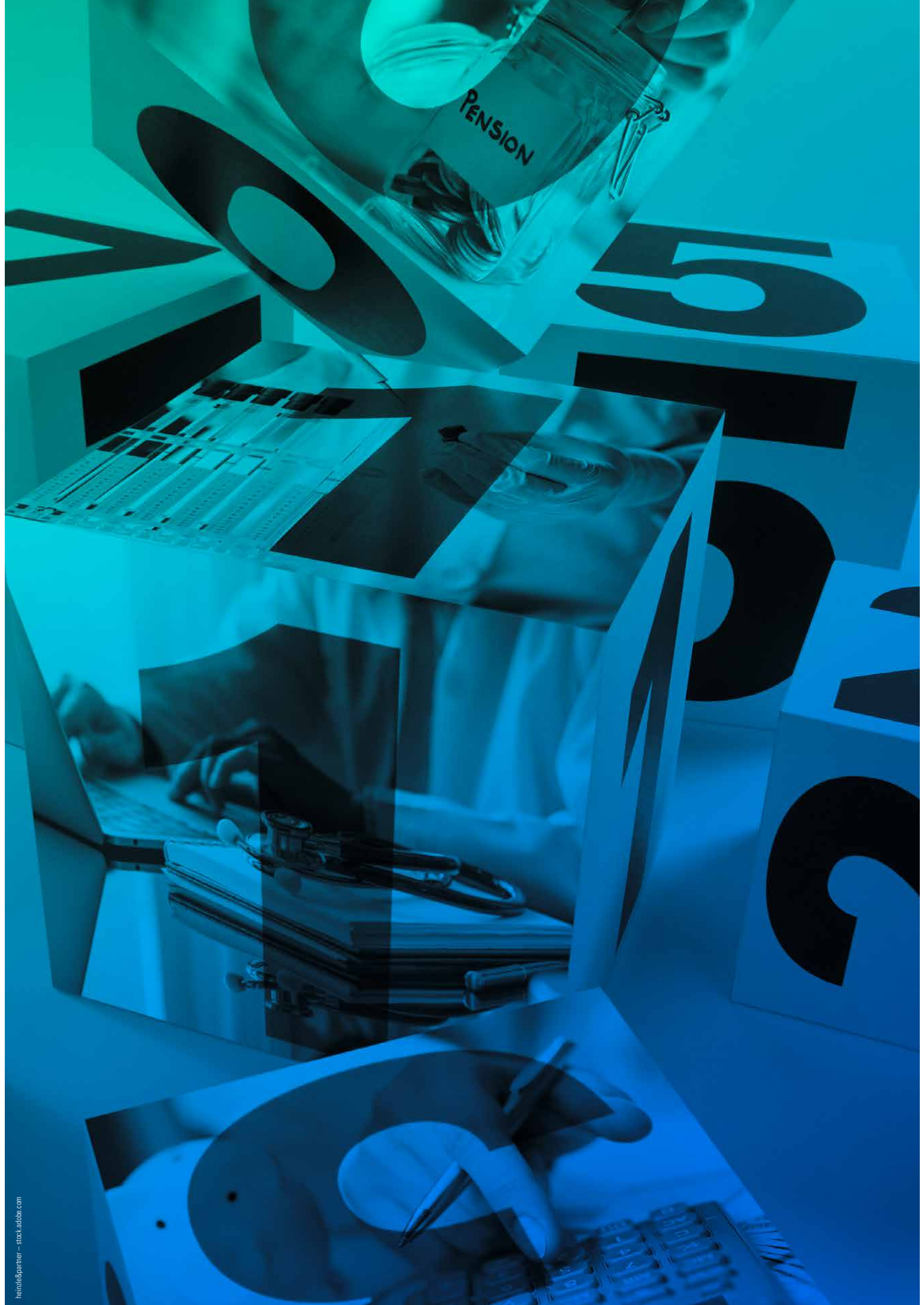
Sonstige Leistungsausgaben

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 2019 616 Millionen Euro. Gegenüber dem Jahr 2018 erhöhten sie sich um 28 Millionen Euro bzw. um 4,8 %.

Gebarungsübersicht Krankenversicherung nach Versicherungsbereichen im Jahr 2019

	in Millionen Euro				
	KV insgesamt	davon nach dem			
		ASVG	B-KUVG	GSVG	BSVG
Einnahmen insgesamt	19.997	15.658	2.402	1.289	648
Beiträge für Versicherte	16.553	12.778	2.108	1.086	581
Vermögenserträge	21	13	6	–	2
Rezeptgebühren	424	332	53	26	13
Leistungsersätze	2.011	1.773	150	59	29
Mittel aus dem Ausgleichsfonds	367	367	–	–	–
Sonstige Einnahmen	621	395	85	118	23
Ausgaben insgesamt	20.115	15.705	2.499	1.281	630
Versicherungsleistungen	19.137	15.016	2.361	1.183	577
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	5.002	3.888	626	350	138
Heilmittel	3.731	2.968	394	232	137
Heilbehelfe, Hilfsmittel	315	240	34	21	20
Zahnbehandlung, Zahnersatz	1.121	868	144	75	34
Anstaltspflege (ohne Ambulanzaufwand)	5.721	4.383	766	375	197
Medizinische Hauskrankenpflege	26	20	3	2	1
Krankengeld ¹⁾	844	775	31	38	–
Rehabilitationsgeld	378	374	4	–	–
Mutterschaftsleistungen	732	611	85	24	12
Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung sowie medizinische Rehabilitation	651	404	208	23	16
Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung	256	199	28	22	7
Fahrtspesen, Transportkosten	269	210	29	18	12
Sonstige Leistungen	91	76	9	3	3
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	525	323	94	66	42
Sonstige Ausgaben	453	366	44	32	11
Saldo	– 118	– 47	– 97	+ 8	+ 18

1) Inkl. Unterstützungsleistung nach § 104a GSVG.



1.3

Endgültige Gebarung der Pensionsversicherungsträger

Die Gesamteinnahmen in der Pensionsversicherung betragen im Jahr 2019 45.008 Millionen Euro, um 1.914 Millionen Euro bzw. um 4,4 % mehr als im Jahr 2018. Die Ausgaben betragen 45.006 Millionen Euro. Sie erhöhten sich gegenüber dem Jahr 2018 um 1.915 Millionen Euro bzw. ebenfalls um 4,4 %. Das Rechnungsjahr 2019 wurde somit mit einem Gebarungüberschuss von 2 Millionen Euro abgeschlossen.

Gebarung der Pensionsversicherung

	2019 in Mio. €	Veränderung gegenüber 2018	
		in Mio. €	in %
Einnahmen insgesamt	45.008	+ 1.914	+ 4,4
Beiträge für Versicherte	36.935	+ 1.870	+ 5,3
Ausfallhaftung des Bundes	6.869	+ 38	+ 0,6
Ersätze für Ausgleichszulagen	980	+ 3	+ 0,3
Sonstige Einnahmen ¹⁾	224	+ 3	+ 1,3
Ausgaben insgesamt	45.006	+ 1.915	+ 4,4
Versicherungsleistungen	43.651	+ 1.855	+ 4,4
Pensionsaufwand	39.425	+ 1.695	+ 4,5
Ausgleichszulagenaufwand	980	+ 3	+ 0,3
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	1.273	+ 46	+ 3,7
Beiträge zur KV der Pensionisten	1.807	+ 73	+ 4,2
Sonstige Leistungen	166	+ 38	+ 29,4
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträgen	417	+ 19	+ 4,6
Verwaltungsaufwand	666	+ 25	+ 4,0
Sonstige Ausgaben ²⁾	272	+ 16	+ 6,3
Saldo	+ 2	-	-

1) Ersätze für Leistungsaufwendungen, Kostenbeteiligungen etc.

2) Überweisungsbeträge und Beitragsersstattungen, Zuweisung an Rücklagen etc.

Mit dem Pensionsharmonisierungsgesetz 2004 wurde der Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger mit 31.12.2004 abgeschafft und die Finanzierung der Ersatzzeiten auf eine völlig neue Basis gestellt (Beitragsleistung für Ersatzzeiten). Versicherungszeiten werden nicht mehr in Beitrags- und Ersatzzeiten unterschieden, sondern nur mehr in Beitragszeiten aufgrund einer Erwerbstätigkeit oder aufgrund der Beitragsleistung durch den Bund oder eines öffentlichen Fonds (z.B. für Zeiten der Kindererziehung, Präsenzdienst oder Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung). Der Zusatzbeitrag in Höhe von 4,3 %, der zur Gänze in den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger floss, wurde in einen Pensionsbeitrag umgewandelt.

Von den **Einnahmen der Pensionsversicherungsträger** in der Höhe von 45.008 Millionen Euro entfielen 36.935 Millionen Euro bzw. 82,1 % auf Beiträge für Versicherte.

Der Bund leistete jedem Pensionsversicherungsträger (ausgenommen Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates) für das Geschäftsjahr 2019 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 Beitragsätze des GSVG, BSVG und FSVG jeweils auf das im ASVG geltende Beitragsniveau von 22,8 % und ist eine Leistung aus dem Steueraufkommen der Pflichtversicherten.

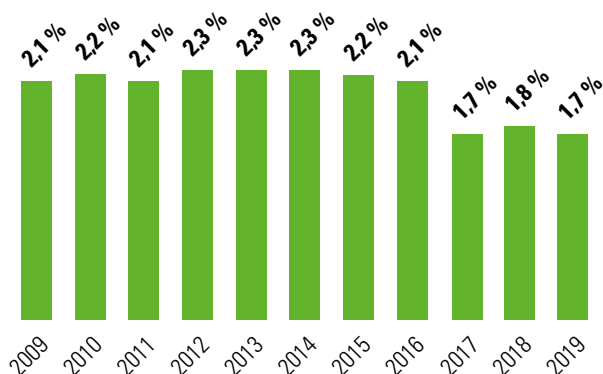
Weiters leistet der Bund auch die Beiträge zur **Ersatzzeitenfinanzierung** für Zeiten des Wochen- und Krankengeldbezuges, für Präsenz- und Ausbildungsdienstleistende, Zivildienstler und Übergangsgeldbezieher sowie 25 % der Beiträge für Zeiten der Kindererziehung.

Im Jahr 2019 betrug die Ausfallhaftung des Bundes 6.869 Millionen Euro bzw. 1,7 % des Bruttoinlandsprodukts. Die folgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Bundesbeitrages (der Ausfallhaftung) seit dem Jahr 2009.

Entwicklung des Bundesbeitrages (Ausfallhaftung) Pensionsversicherung insgesamt

Jahr	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)	
	in Millionen €	in % des BIP
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	6.831	1,8
2019	6.869	1,7

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) nach Versicherungsbereichen

Jahr	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung) in Millionen €			
	PV insg.	ASVG	GSVG/FSVG	BSVG
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	6.831	4.055	1.279	1.497
2019	6.869	3.981	1.347	1.541

Bundesbeitrag (Ausfallhaftung), gegliedert nach Pensionsversicherungsträgern

Versicherungsträger	Bundesbeitrag (Ausfallhaftung)				
	Mio.€	in % d. Pensionsaufwandes			
	2019	2019	2018	2014	2009
PV insgesamt	6.869	17,4	18,1	22,7	21,3
PV der Unselbständigen	3.981	11,8	12,5	17,0	16,3
Pensionsversicherungsanstalt	3.708	11,2	11,9	16,2	15,3
VA für Eisenbahnen u. Bergbau	273	37,3	40,0	51,0	55,2
PV der Selbständigen	2.888	51,6	51,9	57,9	52,0
SVA der gew. Wirtschaft	1.347	36,1	36,1	42,9	33,5
SVA der Bauern	1.541	83,9	84,1	86,1	83,6
VA des österr. Notariates	–	–	–	–	–

Im Bereich der Pensionsversicherung übernimmt der Bund nicht nur die Ausfallhaftung, sondern ersetzt den Pensionsversicherungsträgern auch den Aufwand für Ausgleichszulagen. Insgesamt betragen die öffentlichen Mittel im Bereich der Pensionsversicherung, wie die folgende Zusammenstellung zeigt, 7.849 Millionen Euro.

Bundesmittel in der gesetzlichen Pensionsversicherung im Jahr 2019

	Bundesmittel in Mio. €
Pensionsversicherung insgesamt	7.849
Pensionsversicherung d. Unselbständigen	4.687
Ausfallhaftung	3.981
Ersätze für Ausgleichszulagen	706
Pensionsversicherung d. Selbständigen	3.162
Ausfallhaftung	2.888
Ersätze für Ausgleichszulagen	274

Die **Ausgaben der Pensionsversicherungsträger** werden durch die Entwicklung des Pensionsaufwandes bestimmt. Von den Gesamtausgaben in der Höhe von 45.006 Millionen Euro entfielen 39.425 Millionen Euro bzw. 87,6 % auf den Pensionsaufwand. Gegenüber dem Jahr 2018 erhöhte sich der Pensionsaufwand um 1.695 Millionen Euro bzw. um 4,5 %.

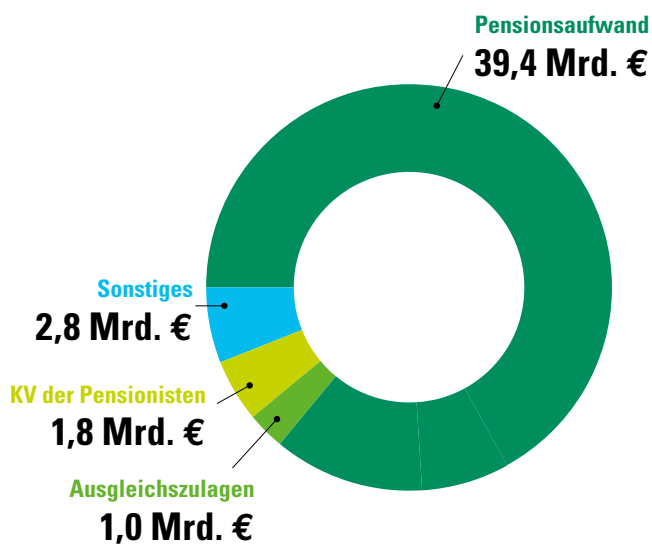
Eine Gliederung des Pensionsaufwandes nach Pensionsarten zeigt, dass im Jahr 2019

- **32.201 Millionen Euro** für Alterspensionen,
- **2.415 Millionen Euro** für Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit und
- **4.800 Millionen Euro** für Hinterbliebenenpensionen

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

Ausgaben in der Pensionsversicherung

2019: 45,0 Milliarden Euro



Für die Krankenversicherung der Pensionisten mussten die Pensionsversicherungsträger 1.807 Millionen Euro aufbringen, um 73 Millionen Euro bzw. 4,2 % mehr als im Jahr 2018. Für Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation betrugen die Ausgaben 1.273 Millionen Euro, um 46 Millionen Euro bzw. 3,7 % mehr als 2018. Im Jahr 2019 hatte der Versicherte für Rehabilitationsaufenthalte und für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge je

nach wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen pro Verpflegstag zwischen 8,36 Euro und 20,31 Euro zu bezahlen.

Die Ausgaben für Ausgleichszulagen, die durch den Bund ersetzt werden, betragen 980 Millionen Euro.

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

Gebarungsergebnisse der Pensionsversicherungsträger im Jahr 2019

Pensionsversicherung der Unselbständigen in Mio. Euro

	PV der Unselbständigen	davon	
		Pensionsversicherungsanstalt	VA für Eisenbahnen und Bergbau
Einnahmen insgesamt	38.332	37.471	861
Beiträge für Versicherte	33.470	32.893	577
Ausfallhaftung des Bundes	3.981	3.708	273
Ersätze für Ausgleichszulagen	706	699	7
Sonstige Einnahmen	175	171	4
Ausgaben insgesamt	38.336	37.475	861
Versicherungsleistungen	37.186	36.351	835
Pensionsaufwand	33.830	33.096	734
Ausgleichszulagenaufwand	706	699	7
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	1.112	1.096	16
Beiträge zur KV d. Pensionisten	1.381	1.305	76
Sonstige Leistungen	157	155	2
Ersätze für Rehabilitationsgeld inkl. KV-Beiträgen	417	413	4
Verwaltungsaufwand	531	515	16
Sonstige Ausgaben	202	196	6
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	6.676	4.182	2.453	41
Beiträge für Versicherte	3.465	2.732	696	37
Ausfallhaftung des Bundes	2.888	1.347	1.541	–
Ersätze für Ausgleichszulagen	274	69	205	–
Sonstige Einnahmen	49	34	11	4
Ausgaben insgesamt	6.670	4.183	2.454	33
Versicherungsleistungen	6.465	4.046	2.389	30
Pensionsaufwand	5.595	3.730	1.836	29
Ausgleichszulagenaufwand	274	69	205	–
Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation	161	82	79	–
Beiträge zur KV der Pensionisten	426	160	266	–
Sonstige Leistungen	9	5	3	1
Verwaltungsaufwand	135	75	58	2
Sonstige Ausgaben	70	62	7	1
Saldo	+ 6	– 1	– 1	+ 8

1.4

Endgültige Gebarung der Unfallversicherungsträger

Die Unfallversicherung hat das Geschäftsjahr 2019 mit einem Gebarungsüberschuss in der Höhe von 8 Millionen Euro abgeschlossen. Den Gesamteinnahmen in der Höhe von 1.695 Millionen Euro standen Gesamtausgaben von 1.687 Millionen Euro gegenüber.

Gebarung der Unfallversicherung

	2019 in Mio. €	Veränderung gegenüber 2018	
		in Mio. €	in %
Einnahmen insgesamt	1.695	- 45	- 2,6
Beiträge für Versicherte	1.646	- 37	- 2,2
Sonstige Einnahmen	49	- 8	- 13,7
Ausgaben insgesamt	1.687	+ 36	+ 2,2
Versicherungsleistungen	1.474	+ 39	+ 2,7
Rentenaufwand	654	+ 8	+ 1,2
Unfallheilbehandlung	486	+ 11	+ 2,3
Rehabilitation	97	-	+ 0,3
Unfallverhütung	82	-	- 1,1
Zuschuss f. Entgeltfortzahlung	119	+ 19	+ 18,9
Sonstige Leistungen	36	+ 1	+ 4,5
Verwaltungsaufwand	133	+ 6	+ 4,8
Sonstige Ausgaben ¹⁾	80	- 9	- 9,8
Saldo	+ 8	-	-

1) Wie Auszahlungsgebühren, Abschreibungen etc.

Von den Gesamteinnahmen entfielen 1.646 Millionen Euro bzw. 97,1 % auf Beiträge für Versicherte, 49 Millionen Euro wurden durch sonstige Einnahmen erzielt.

Von den Gesamtausgaben entfielen 654 Millionen Euro bzw. 38,7 % auf den Rentenaufwand und 486 Millionen Euro bzw. 28,8 % wurden für Unfallheilbehandlung aufgewendet. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich der Rentenaufwand um 8 Millionen Euro bzw. 1,2 % und der Aufwand für Unfallheilbehandlung

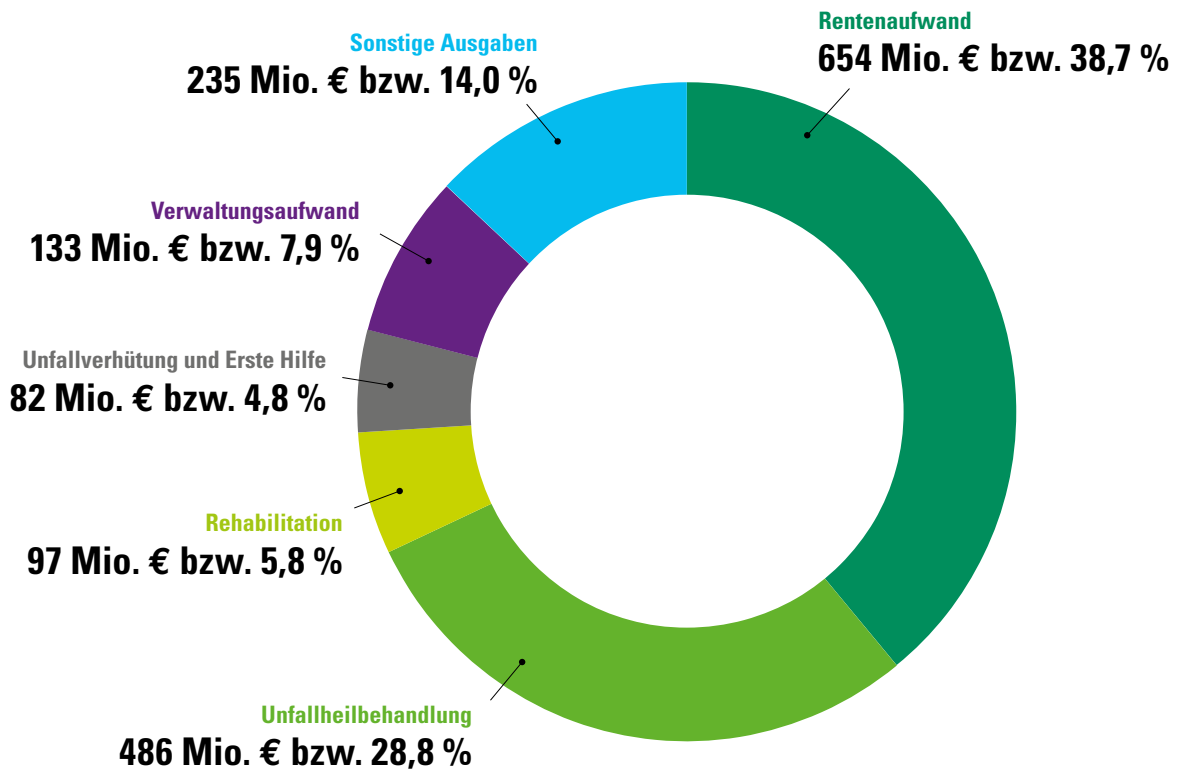
erhöhte sich um 11 Millionen Euro bzw. um 2,3 %. Für die Verwaltung wurden 133 Millionen Euro aufgewendet, um 4,8 % mehr als im Jahr 2018. Eine detaillierte Gliederung der Einnahmen und der Ausgaben der einzelnen Unfallversicherungsträger zeigt die folgende Tabelle.

Gebarungsergebnisse der Unfallversicherungsträger im Jahr 2019

	in Millionen €				
	UV insg.	AUVA	SVA der Bauern	VAEB – Eisenbahnen	VA öff. Bed.
Einnahmen insgesamt	1.695	1.474	112	33	76
Beiträge für Versicherte	1.646	1.431	110	32	73
Sonstige Einnahmen	49	43	2	1	3
Ausgaben insgesamt	1.687	1.476	118	33	60
Versicherungsleistungen	1.474	1.292	100	30	52
Rentenaufwand	654	520	75	21	38
Unfallheilbehandlung	486	459	13	6	8
Rehabilitation	97	90	3	1	3
Unfallverhütung	82	74	5	1	2
Zuschuss f. Entgeltfortzlg.	119	119	-	-	-
Sonstige Leistungen	36	30	4	1	1
Verwaltungsaufwand	133	109	16	2	6
Sonstige Ausgaben	80	75	2	1	2
Saldo	+ 8	- 2	- 6	-	+ 16

Ausgaben in der Unfallversicherung

Insgesamt: 1.687 Mio. Euro = 100 %





2

Kranken- versicherung



2.1

Krankenversicherte und Beschäftigte

Krankenversicherte Personen

Geschützte Personen

Im Jahr 2019 waren rund 9 Millionen Personen durch die soziale Krankenversicherung geschützt. Die versicherten Personen setzten sich wie folgt zusammen:

Beitragsleistende Personen	6.820.200
Beitragsfrei mitversicherte Angehörige	1.953.200
Durch Krankenfürsorgeanstalten geschützte Personen	200.000
Insgesamt	8.973.400

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 8,9 Millionen geschützten Personen bzw. 99,9 % der Bevölkerung.

Mithilfe spezieller Datenbanken des Dachverbandes ist es möglich, die genaue Anzahl der in der sozialen Krankenversicherung anspruchsberechtigten Personen zu erfassen und vollständige anonymisierte personenbezogene Auswertungen durchzuführen, die für 2019 zu folgenden Ergebnissen führten.

Anspruchsberechtigte Personen 2019 (ohne Krankenfürsorgeanstalten)

	M + F	Männer	Frauen
Anspruchsberechtigte Personen	8.773.400	4.322.200	4.451.200
Beitragsleistende Personen	6.820.200	3.476.500	3.343.700
Angehörige insgesamt	1.953.200	845.700	1.107.500
Kinder	1.615.300	809.500	805.800
Sonstige Angehörige	337.900	36.200	301.700

Zusätzlich waren rund 200.000 Personen bei den Krankenfürsorgeanstalten versichert.

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

- nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG):
 - Dienstnehmer (Arbeiter und Angestellte),
 - Personen mit freien Dienstverträgen,
 - Lehrlinge,
 - Heimarbeiter,
 - zu Ausbildungszwecken nach abgeschlossener Hochschulausbildung beschäftigte Personen (z. B. Rechtspraktikanten, Gastärzte),
 - gewisse Gruppen von den Dienstnehmern gleichgestellten selbständig Erwerbstätigen (z. B. 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, 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).

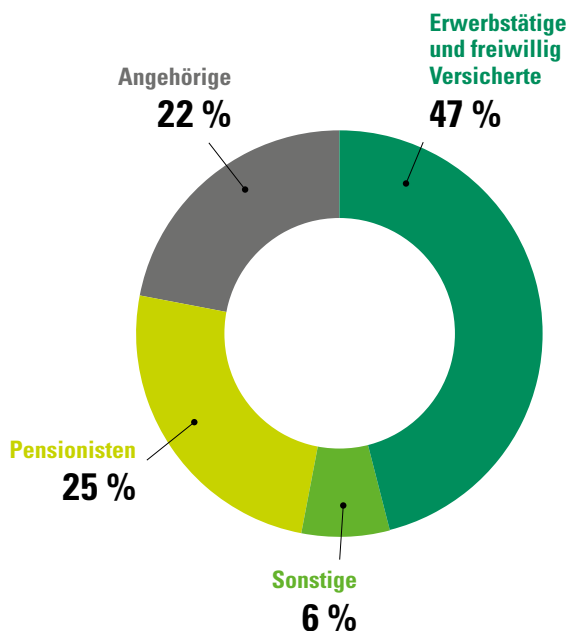
Die Krankenversicherung schützt nicht nur die Versicherten selbst, sondern auch deren Angehörige (Ehegatte, Kinder u. a. m.), und zwar ohne dass hierfür zusätzliche Beiträge zu zahlen sind. Die Angehörigen-eigenschaft (sogenannte Mitversicherung) setzt voraus, dass die betreffenden Personen nicht selbst krankenversichert sind. Seit 1. Jänner 2001 ist jedoch für bestimmte erwachsene mitversicherte Angehörige (Ehegatten, Lebensgefährten, haushaltsführende

Angehörige), die keine Kinder haben und 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 2019

8,9 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 2019)

	Alle Anspruchsberechtigten	davon	
		Beitragsleistende	Angehörige
Personen¹⁾ insgesamt	8.773.427	6.820.193	1.953.234
Summe Versicherungsträger²⁾	9.546.068	7.068.529	2.477.539
GKK Wien	1.734.250	1.277.480	456.770
GKK Niederösterreich	1.235.467	922.025	313.442
GKK Burgenland	213.310	165.137	48.173
GKK Oberösterreich	1.259.403	944.175	315.228
GKK Steiermark	975.072	744.384	230.688
GKK Kärnten	436.208	332.893	103.315
GKK Salzburg	468.270	355.812	112.458
GKK Tirol	598.526	455.640	142.886
GKK Vorarlberg	330.122	246.850	83.272
BKK Verkehrsbetriebe	19.230	13.890	5.340
BKK Mondi	2.493	1.721	772
BKK VABS	12.786	9.297	3.489
BKK Zeltweg	4.099	2.858	1.241
BKK Kapfenberg	10.129	7.468	2.661
VAEB	217.448	164.417	53.031
VA öffentl. Bediensteter	843.943	591.202	252.741
SVA der gew. Wirtsch.	839.874	578.931	260.943
SVA der Bauern	345.438	254.349	91.089

1) Jede Person wird nur einmal gezählt.

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

Quelle: Anspruchsberechtigten Datenbanken des Dachverbandes

Beschäftigte

Datengrundlage für die Beschäftigtenstatistiken sind ab Jänner 2008 die Datenbanken des Dachverbandes. 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 aufrechter Beschäftigungsverhältnis sind mitgezählt. Geringfügig Beschäftigte werden nicht erfasst.

Im Jahr 2019 betrug der durchschnittliche Beschäftigtenstand 3.797.317 Personen (2.034.010 Männer und 1.763.307 Frauen) und war damit um 55.822 Personen höher als im Durchschnitt des Jahres 2018.

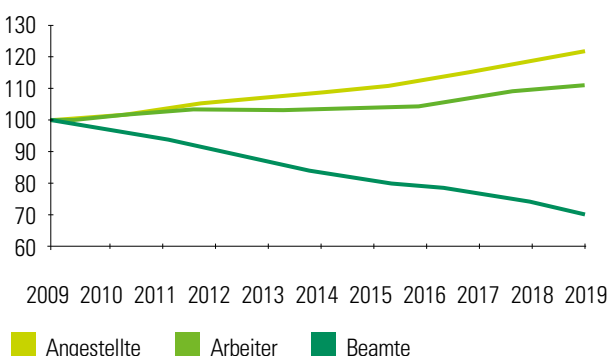
Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen im Vergleich zum Vorjahresmonat zeigt die nachfolgende Tabelle.

Zahl der Beschäftigten im Jahr 2019

Ende des Monats	Zahl der Beschäftigten	Differenz gegenüber dem Vorjahresmonat
Jänner	3.716.724	+ 68.065
Februar	3.748.617	+ 86.486
März	3.776.375	+ 71.007
April	3.771.656	+ 70.999
Mai	3.794.487	+ 57.464
Juni	3.827.309	+ 60.220
Juli	3.880.495	+ 52.642
August	3.838.193	+ 26.603
September	3.841.462	+ 55.894
Oktober	3.810.851	+ 43.949
November	3.792.460	+ 32.980
Dezember	3.769.016	+ 43.526

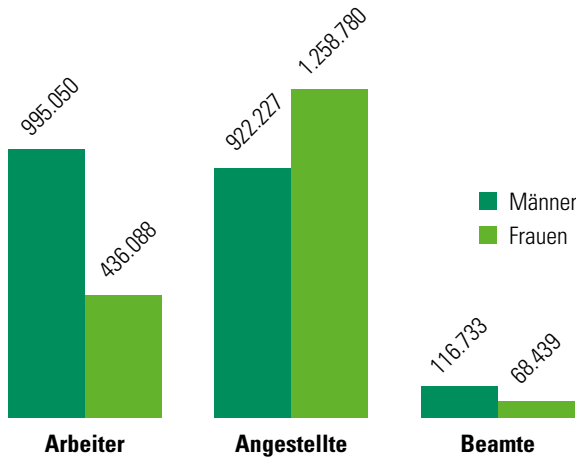
Gezählt werden Beschäftigungsverhältnisse und nicht beschäftigte Personen. Demnach scheint eine Person, die zwei versicherungspflichtige Beschäftigungen ausübt, auch zweimal in der Arbeitsmarktstatistik auf. Zum Stichtag 1. Juli 2019 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2 % höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei den Männern war sie um 1,1 % höher und bei den Frauen um 1,6 %.

Entwicklung des Beschäftigtenstandes (Messzahlen 2009 = 100)



Vom durchschnittlichen Beschäftigtenstand des Jahres 2019 entfielen auf Arbeiter 1.431.138, auf Angestellte 2.181.007 und auf Beamte 185.172. Gegenüber dem Vorjahr bedeutet dies eine Erhöhung der Zahl der Arbeiter um 15.020 und der Angestellten um 49.522, aber eine Verringerung der Zahl der Beamten um 8.720.

Arbeiter, Angestellte und Beamte nach dem Geschlecht (Jahresdurchschnitt 2019)



Eine Trennung nach dem Geschlecht zeigt, dass im Jahresdurchschnitt 2019 2.034.010 Männer und 1.763.307 Frauen beschäftigt waren; gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der männlichen Beschäftigten um 33.850 und die der weiblichen Beschäftigten um 21.972.

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 %
2019	46,4 %

Im Jahr 2019 erhöhte sich gegenüber 2018 die Beschäftigtenzahl in allen Bundesländern. Den absolut größten Zugang hatte Wien mit 15.585 Beschäftigten, den relativ größten Zugang hatte mit 1,84 % ebenfalls Wien zu verzeichnen.

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

Beschäftigte nach Bundesländern

Gebiet	Jahresdurchschnitt 2019	Differenz gegenüber	
		2018	2017
Österreich	3.797.317	+ 55.822	+ 142.015
Burgenland	106.042	+ 1.453	+ 3.319
Kärnten	216.025	+ 2.008	+ 5.670
Niederösterreich	629.613	+ 9.424	+ 22.399
Oberösterreich	675.417	+ 9.719	+ 25.299
Salzburg	262.127	+ 2.771	+ 7.761
Steiermark	531.523	+ 7.653	+ 23.044
Tirol	344.082	+ 5.123	+ 13.318
Vorarlberg	168.372	+ 2.086	+ 6.029
Wien	864.116	+ 15.585	+ 35.176

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 2019)

Wirtschaftsklasse	Zahl der Beschäftigten			Differenz zum Vorjahr M + F
	M + F	Männer	Frauen	
Insgesamt	3.797.317	2.034.010	1.763.307	+ 55.822
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	25.127	16.078	9.049	+ 521
Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	6.037	5.257	780	+ 72
Verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren	628.998	470.924	158.074	+ 9.846
Energieversorgung	25.777	20.958	4.819	+ 183
Wasserversorgung; Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen	17.487	13.667	3.820	+ 655
Baugewerbe / Bau	271.326	237.486	33.840	+ 9.908
Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen	553.657	252.401	301.256	+ 5.244
Verkehr und Lagerei	202.736	159.541	43.195	+ 3.160
Gastgewerbe / Beherbergung und Gastronomie	220.422	97.533	122.889	+ 4.020
Information und Kommunikation	102.467	68.524	33.943	+ 5.750
Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	113.576	56.002	57.574	+ 114
Grundstücks- und Wohnungswesen	42.820	17.933	24.887	+ 1.057
Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	186.071	86.997	99.074	+ 7.489
Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	228.236	132.414	95.822	+ 1.989
Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	581.804	231.025	350.779	+ 3.549
Erziehung und Unterricht	110.159	43.544	66.615	+ 2.886
Gesundheits- und Sozialwesen	271.248	64.298	206.950	+ 1.355
Kunst, Unterhaltung und Erholung	39.516	21.521	17.995	+ 1.106
Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	87.881	28.790	59.091	– 127
Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbrin- gung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt	2.781	541	2.240	+ 12
Exterritoriale Organisationen und Körperschaften	809	355	454	+ 45
Wirtschaftsklasse unbekannt	1.117	645	472	+ 80
Präsenzdiener	4.686	4.664	22	– 137
Kinderbetreuungsgeld-/Karenzgeldbezieher	72.579	2.912	69.667	– 2.955



2.2

Ärzte, Zahnärzte und Dentisten

Vertragsärzte

Zum 31. Dezember 2019 waren in Österreich laut Standesmeldung der Österreichischen Ärztekammer insgesamt 47.112 Ärzte gemeldet (ohne Zahnbehandler, siehe dazu Kapitel Vertragszahnbehandler); davon waren 2.262 als Wohnsitzärzte tätig und 26.092 Ärzte ausschließlich angestellt, von denen sich 7.933 in Ausbildung befanden. In der freien Praxis waren 18.758 Ärzte tätig.

Grundsätzliches zur Honorarpolitik

Die Verhandlungen mit den Ärztekammern berücksichtigten auch 2019, 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 eine Vertragspartneranalyse aufgebaut. 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 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 2019

Wiener §2-Kassen

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 Primärvorsorgung wesentlich ist. Aus diesem Grund und wegen der erwarteten Spitalsentlastung gibt es eine bisher in Österreich einmalige finanzielle Beteiligung des Landes.

Im Jahr 2019 erfolgte die Verteilung der Mittel für die Jahre 2019 und 2020 für die Fachgebiete Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde laut Vereinbarung aus dem Jahr 2018 mit dem Hinweis darauf, dass die für 2020 vereinbarten Honorarregelungen nur dann erfolgen, wenn eine Mitfinanzierungszusage seitens der Stadt Wien durch eine unterzeichnete Kofinanzierungsvereinbarung vorliegt.

Für die Jahre 2019 und 2020 rechnet die Kasse mit einer Gesamtaufwandssteigerung von 7,03 % bzw. 2,73 %. Davon entfallen 3,95 % bzw. 2,50 % auf Tarifiersteigerungen, 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.

Im Hinblick auf die steigende Anzahl vakanter Stellen im Bereich der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde und die zum Teil erheblichen Probleme bei der Nachbesetzung von Planstellen war es sowohl der Kasse als auch der Ärztekammer für Niederösterreich ein wesentliches Anliegen, besondere Schwerpunkte für diese beiden Fachgruppen zu setzen. Dadurch soll es insbesondere zu einer Stärkung und Aufwertung der hausärztlichen Versorgung sowie der Basisversorgung von Kindern kommen. Man erhofft sich dadurch eine deutliche Verbesserung bei der Besetzung offener Planstellen. Das zwischen Kasse und Kammer vereinbarte Gesamtpaket soll diesen Zielsetzungen Rechnung tragen.

Für 2018 einigten sich Kasse und Ärztekammer auf eine Erhöhung für alle Vertragsärzte in Höhe von 2,00 %. Für die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin wurde über die Erhöhung um 2,00 % hinaus eine weitere Anhebung um 1,71 % und für die Vertragsfachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde um 8,23 % vereinbart. Die beschriebenen Erhöhungen entsprechen in Summe einer Nettoerhöhung für das Jahr 2018 von rund 2,95 %. Im Hinblick darauf, dass die Honorarsumme 2018 gegenüber dem Jahr 2017 um 0,95 % gestiegen ist (Frequenz), wird die genannte Erhöhung zu einer Gesamtaufwandssteigerung für das Jahr 2018 von 3,90 % führen.

Für 2019 einigten sich Kasse und Ärztekammer auf eine Erhöhung für alle Vertragsärzte in Höhe des Honorarautomatikkfaktors von 2,61 %. Darüber hinaus vereinbarte man Verbesserungen in den Bereichen Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde. Dabei sind die Verbesserungen für die Ärzte für Allgemeinmedizin und für die Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde in Summe mit 0,79 % zu bewerten. Insgesamt bedeutet dies eine Nettosteigerung von 3,40 % gegenüber dem Jahr 2018. Ausgehend von einer Frequenzsteigerung im Jahr 2019 gleich wie im Jahr 2018 (+ 0,95 %) ist aufgrund der Erhöhung für alle Fachgruppen in Höhe von 2,61 % und der Mehraufwendungen aufgrund der oben beschriebenen zusätzlichen Verbesserungen im Jahr 2019 von einer Gesamtaufwandssteigerung von 4,35 % auszugehen.

Burgenländische §2-Kassen

2018 wurde ein Dreijahresabschluss für die Jahre 2018 – 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 3,50 % (1,90 % Wertsicherung sowie 1,60 % 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 ging von einer jährlichen Frequenzsteigerung im Ausmaß von 0,52 % aus. Das entspricht der durchschnittlichen Entwicklung der letzten drei Jahre. Somit ergab sich eine jährliche Bruttoaufwandssteigerung von jeweils 3,80 %.

Da die Kasse massive Probleme bei der Nachbesetzung von Planstellen für Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde hat und noch dazu im Vergleich mit den anderen Gebietskrankenkassen in diesem Fachgebiet den geringsten Fallwert aufweist, wurde mit der Ärztekammer vereinbart, den durchschnittlichen Fallwert kurz- bis mittelfristig an den österreichischen Durchschnittsfallwert anzugleichen.

Der durch dieses Maßnahmenpaket adaptierte Honorarabschluss 2018 bis 2020 führt zusammengefasst zu Bruttoaufwandssteigerungen von 4,17 % im Jahr 2019 und von 4,08 % im Jahr 2020.

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, die Steigerung der laufenden Honorare der oberösterreichischen Vertragsärzte (inklusive Frequenzen) mit Wirksamkeit 1. Jänner 2018 entsprechend der prognostizierten Beitragseinnahmensteigerung für 2018 mit 4,70 % (Schätzung) zu begrenzen.

Die Tarife werden durchschnittlich um 3,00 % des Basisbetrages 2017 angehoben. Des Weiteren wird ein Betrag von 0,60 % 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 3,00 % und der Lockerung des Honorarsummenlimits von 0,60 %.

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 2,20 % angehoben. Die dadurch freiwerdenden Mittel werden zur Finanzierung von weiteren Lockerungen im Honorarsummenlimit und eine zusätzliche Tarifierhebung für die Fachgruppe Kinderheilkunde von 3,00 % (in Summe also 6,00 % 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 zahlt die Kasse für das Kalenderjahr 2018 einen Betrag von 10,16 Millionen Euro und für das Kalenderjahr 2019 von 2,84 Millionen Euro in einen Innovationstopf.

Die Gesamtaufwandssteigerung 2018 beträgt unter Berücksichtigung der Mittel für den Innovationstopf 7,00 % bzw. 8,05 %, wenn die Speisung des Innovationstopfes für 2019 bereits im Kalenderjahr 2018 erfolgt.

Steiermärkische §2-Kassen

Der letzte Honorarabschluss für die steiermärkischen §2-Kassen erfolgte für das Jahr 2018. Mit diesem wurde ein klares Zeichen zur Attraktivierung des kassenärztlichen Berufes gesetzt. Vor allem der Beruf des Hausarztes wurde aufgewertet. Die vorgesehenen Maßnahmen dienen dazu, dass vermehrt Ärzte motiviert werden, auch in peripheren Gegenden eine Vertragsarztstelle anzunehmen. Des Weiteren sollten auch die Fachärzte für Kinderheilkunde und für Gynäkologie durch gezielte Maßnahmen gestärkt werden.

Mit dem Honorarabschluss für das Jahr 2019 wird ein weiteres Zeichen zur Attraktivierung des kassenärztlichen Berufes gesetzt.

Neben der Anhebung der Tarife für Allgemeinmediziner und allgemeine Fachärzte um 2,00 % und der Anhebung der Tarife und Staffeln der Fachärzte für Radiologie um jeweils 1,70 % wurden diverse fachspezifische Zuschlagspositionen sowie Limitanhebungen vereinbart.

Durch den vorliegenden Honorarabschluss ergibt sich ein Nettomehraufwand von 3,60 %. Die Kasse geht von einer geschätzten Frequenzentwicklung von 0,50 % und daher von einem Bruttomehraufwand von 4,10 % aus.

Kärntner §2-Kassen

Die Stärkung der Allgemeinmedizin im ländlichen Bereich und der Fachgebiete Kinderheilkunde, Gynäkologie und Psychiatrie waren wesentliche Eckpunkte in den Verhandlungen 2019 und 2020.

Mit dem Zusatzübereinkommen 2019 werden für das Jahr 2019 Nettoerhöhungen (lineare Erhöhung von Tarifen, strukturelle Änderungen der Honorarordnung und neue Leistungen) in Höhe von 5,30 % und für das Jahr 2020 in Höhe von 4,60 % vereinbart.

Davon entfallen im Jahr 2019 1,72 % 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 2,05 %.

Darüber hinaus werden 2,33 % für strukturelle Änderungen der Honorarordnung und 1,25 % für neue Leistungen aufgewendet.

Für das Jahr 2020 wurden Eckpunkte für die Verteilung festgelegt, wobei von einer linearen Erhöhung

der Tarife um 1,66 % ausgegangen wird. 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 2,00 %.

Für strukturelle Änderungen werden 2,36 % und für neue Leistungen 0,58 % verwendet.

Seitens der Kasse wurde für beide Jahre keine Frequenzsteigerung angesetzt, da die Kasse davon ausgeht, dass die für strukturelle Änderungen und neue Leistungen angesetzten Mittel nicht ausgeschöpft werden und allfällige Frequenzen dort Platz finden. Somit wird mit einem Bruttomehraufwand für 2019 in Höhe von 5,30 % und für 2020 in Höhe von 4,60 % gerechnet.

Salzburger §2-Kassen

Die vorliegende gesamtvertragliche Regelung beinhaltet neben der Honorarregelung für 2019 und 2020 die Überführung der derzeit befristet geregelten „Bereitschaftsdienstregelung neu“ in das Dauerrecht, die Verlängerung der „Medikamentenvereinbarung“ für die Jahre 2019 und 2020 sowie die Aufnahme von Bestimmungen zur Anwendung der e-Medikation und des elektronischen Kommunikationsservice (eKOS) aufgrund der bundesweiten Vereinbarung.

Neu eingeführt wird auch eine gesonderte Vergütung für die vordringliche Terminvergabe für einen neuen Patienten auf persönliche Anforderung eines zuweisenden Vertragsarztes für Allgemeinmedizin. Des Weiteren erfolgt eine Ausweitung des Stellenplanes in Umsetzung des RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit).

Die Kasse rechnet (aufgrund von Durchschnittsrechnungen der letzten Jahre) mit einer jährlichen Frequenzsteigerung von jeweils 1 % für 2019 und 2020. Es wird daher von einem Bruttomehraufwand für 2019 in Höhe von 4,90 % und für 2020 in Höhe von 3,30 % ausgegangen.

Tiroler §2-Kassen

Die Honorarverhandlungen für 2019 und 2020 orientierten sich an den voraussichtlich zu erwartenden Beitragseinnahmesteigerungen bzw. Inflationsraten sowie an den Honorarabschlüssen anderer Gebietskrankenkassen.

Das Hauptaugenmerk der Honorarverhandlungen lag auf der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung

der Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit und der Versorgungswirksamkeit der Vertragsärzte, insbesondere im allgemeinmedizinischen Bereich und in der Gesprächsmedizin.

Zudem verfolgte die Kasse das Ziel, durch kosten-dämpfende Maßnahmen im Laborbereich Kosteneinsparungen zu erzielen, um so freiwerdende Mittel in anderen Leistungsbereichen einzusetzen.

Besonders zu erwähnen ist dabei die Aufnahme des gynäkologischen Ultraschalls in den Leistungskatalog der Vertragsfachärzte für Gynäkologie ab 1. Juli 2019. Damit wird nicht nur dem langjährigen Bestreben der Kasse entsprochen, diese Leistung im Interesse der weiblichen Versicherten als Sachleistung in der Honorarordnung zu verankern, sondern ein großer Schritt in Richtung Leistungsharmonisierung gesetzt.

Die derzeit bis 31. Dezember 2018 befristete Sonderhonorierungsregelung bei Stellenvakanz wird bis 31. Dezember 2020 verlängert.

Weiters wurden zwei neue Planstellen geschaffen und entsprechende Durchführungsbestimmungen zur Umsetzung der „Gesamtvertraglichen Vereinbarung zur Weiterentwicklung des e-card-Systems“ in den Gesamtvertrag aufgenommen.

Es ergeben sich folgende Nettoerhöhungen: für 2019 3,91 % und für 2020 3,96 %.

Die Kasse rechnet mit einer jährlichen Frequenzsteigerung von jeweils 0,99 % für 2019 und 2020.

Unter Annahme der Frequenzentwicklung führt der Abschluss zu einem geschätzten Gesamtmehraufwand in Höhe von 4,90 % im Jahr 2019 und in Höhe von 4,95 % im Jahr 2020.

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 ist eine Valorisierung der Punktwerte, Röntgenunkosten, gesonderten Zuschläge und sonstigen Honorare um 2,00 % ab 1. Jänner 2019 und weitere 2,00 % 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,- 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 bzw. der Tarif für die Organisation eines zeitnahen Facharzttermins durch den Hausarzt.

Des Weiteren wurde mit der Ärztekammer vereinbart, dass sämtliche Vertragsärzte ab 1. Oktober 2019 zum flächendeckenden Einsatz des elektronischen Kommunikationsservice (eKOS) der Sozialversicherung verpflichtet sind. Die Abgeltung erfolgt durch Verrechnung einer eigenen Position ab Einsatz von eKOS bis einschließlich Dezember 2022.

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

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Das mit der Österreichischen Ärztekammer zuletzt geschlossene Zusatzübereinkommen ist mit 31. Dezember 2018 ausgelaufen.

Nach mehreren Gesprächen konnte mit der Österreichischen Ärztekammer eine Vereinbarung, gültig bis 31. Dezember 2019, getroffen werden. Die Geltungsdauer des bisherigen Zusatzübereinkommens wurde bis 31. März 2019 verlängert (Moratorium).

Ab 1. April 2019 werden die Tarife, mit Ausnahme der Laborleistungen, grundsätzlich um 2,30 % angehoben. Aufgrund der Ausnahme für Laborleistungen ergibt sich eine reale Anhebung von 2,06 %.

Zur Modernisierung des Leistungsangebots wurde mit Wirkung ab 1. April 2019 ein eigener Honorarordnungsabschnitt für Leistungen aus dem Fachgebiet Pathologie geschaffen. Es wird mit einer zumindest aufwandsneutralen Honorarentwicklung für diesen Bereich gerechnet.

Aus dem bisherigen Abschnitt „Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinderheilkunde und Lungenkrankheiten“ der Honorarordnung wird der Bereich Kinderheilkunde herausgelöst und als eigener Abschnitt dargestellt. Zur Stärkung der Kinderärzte wurde die neue Position „Somatogramm“ eingeführt.

Für Teilvertragsärzte (Ärzte ohne §2-Kassenvertrag) wurde ein Wartungskostenzuschuss für die Verwendung von e-Medikation und eKOS (elektronisches Kommunikationsservice) vereinbart.

Für das Jahr 2019 ergibt sich eine Nettoerhöhung von 1,55 % (hier ist berücksichtigt, dass die Tarifanhebung von 2,06 % in Anbetracht des Moratoriums erst ab 1. April 2019 erfolgt). Inklusiv der geschätzten Frequenzsteigerung von 3,00 % ergibt sich ein geschätzter Gesamtmehraufwand von 4,55 %.

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Die zuletzt geschlossene Vereinbarung zur Honorarordnung der vertragsärztlichen Leistungen läuft mit 30. April 2019 aus.

Mit der Österreichischen Ärztekammer konnte eine Vereinbarung, gültig bis 31. Dezember 2019, dahingehend getroffen werden, dass die Geltungsdauer des bisherigen Zusatzübereinkommens bis 31. Mai 2019 verlängert wurde (Moratorium).

Ab 1. Juni 2019 werden die Tarife, mit Ausnahme der Laboruntersuchungen und der Position „Ausführliche diagnostisch-therapeutische Aussprache“, grundsätzlich um 2,30 % angehoben. Einige Laboruntersuchungen werden aus dem „Laborpoolprojekt“ in den Ordinationslaborbereich aufgenommen. Bei einigen Positionen wird die Fachgebietsbestimmung erweitert.

Der bisherige Abschnitt „Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin und Kinderheilkunde“ wird geteilt in „Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin“ und „Sonderleistungen aus dem Gebiete der Kinderheilkunde“. Des Weiteren wurden einige Positionen neu geschaffen.

Die Bestimmungen bezüglich der Honorierung der Wegegebühren werden bis 31. Dezember 2019 sistiert. Erwartet wird durch diese befristete Umgestaltung der Abrechnung von Wegegebühren eine erhöhte Visitentätigkeit und damit eine bessere Versorgung der Versicherten.

Für Teilvertragsärzte (Ärzte ohne §2-Kassenvertrag) wurde ein Wartungskostenzuschuss für die Verwendung von e-Medikation und eKOS (elektronisches Kommunikationsservice) vereinbart.

Grundsätzlich wurden die Tarife ab 1. April 2019 um 2,30 % angehoben. Aufgrund der Nichtanhebung einiger Leistungsbereiche und des Moratoriums ergibt sich ein Nettomehraufwand von 2,26 %. Unter der Berücksichtigung der zu erwartenden Entwicklung der Anspruchsberechtigten wird mit einer Gesamtaufwandssteigerung für 2019 von 1,35 % gerechnet.

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Der letzte Honorarabschluss bezog sich auf den Zeitraum 2016 bis 2018 und hatte neben einer bereits für den gesamten Zeitraum vereinbarten Tarifsenkung bei Laborleistungen auch eine VPI-abhängige Tarifvalorisierung samt Verwendung von Laboreinsparungen für strukturelle Änderungen ab 2018 zum Inhalt.

Nunmehr konnte eine Vereinbarung mit der Österreichischen Ärztekammer dahin getroffen werden, dass mit Wirkung ab 1. April 2019 die Tarife um 2,05 % erhöht werden. Ausgenommen davon sind die Honorare für Laborleistungen, therapeutische Aussprachen, psychosomatisch orientierte Diagnose- und Beratungsgespräche und Heilmittelberatungsgespräche. Die seit 2017 praktizierte Erleichterung bei der Wegegebührenabrechnung wird um ein weiteres Jahr bis 31. Dezember 2019 verlängert.

In der Honorarordnung wurde der Abschnitt „Sonderleistungen aus dem Gebiete der Inneren Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde“ geteilt und ein neuer Abschnitt „Sonderleistungen aus dem Gebiete Kinder- und Jugendheilkunde“ aufgenommen.

Unter Berücksichtigung des dreimonatigen Moratoriums ergibt sich eine Nettoerhöhung von 1,31 %. Die Frequenzsteigerung für 2019 wird erfahrungsgemäß mit 1,50 % angenommen. Für das gesamte Jahr 2019 wird somit mit einer Gesamtaufwandssteigerung von 2,83 % gerechnet.

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.

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 zur Verfügung, das auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens ist.

Im Rahmen des allgemeinen Untersuchungsprogramms, das allen in Österreich wohnhaften Perso-

nen 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 Jahre 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 von der Bundesgesundheitskommission 2011 festgelegten Eckpunkten des „Nationalen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms“ (diese Eckpunkte beziehen sich wiederum auf einschlägige europäische Standards) fanden in den Jahren 2011 und 2012 Verhandlungen zur Vertragsausgestaltung mit der Österreichischen Ärztekammer statt.

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 Melderegisterdaten
 - Persönliches schriftliches Einladungsschreiben an Zielgruppe

- Niederschwelliger Zugang: e-card bzw. Einladungsschreiben gilt als Berechtigungsschein zur direkten Inanspruchnahme
- Zielgruppenorientiertes Vorgehen:
 - Definierte Altersgruppe: 45–69-jährige Frauen; 40–44-jährige Frauen und Frauen ab 70 können durch Selbsteinladung teilnehmen
 - Definiertes Untersuchungsintervall: 24 Monate
- Hoher Qualitätsanspruch:
 - Personenbezogener Qualifikationsnachweis (2.000 Mindestbefundungen, Fallsammlungsprüfung, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der teilnehmenden Radiologen)
 - 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 und
 - eine vollständige Dokumentation und Auswertung aller Mammographien stattfindet.

Ein wesentlicher Qualitätsaspekt des Brustkrebs-Früherkennungsprogramms ist seit 2018 durch eine rechtskräftige Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts abgesichert: Die Festlegung von standort- und personenbezogenen Frequenzen als Voraussetzung für die Teilnahme am Programm ist im Sinne des Gleichheitsgrundsatzes sachlich gerechtfertigt und widerspricht auch nicht dem Grundrecht auf Erwerbsfreiheit, ebenso die Differenzierung zwischen Neueinsteigern in das Programm und bereits etablierten Standorten bezüglich des Erreichens der Mindestfrequenzen.

Seit dem Jahr 2019 haben sich die Krankenanstalten bereit erklärt, die Ergebnisse weiterführender Untersuchungen dem Programm zu melden, was

unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung sehr bedeutend ist.

Vertragszahnbehandler

Zum 31. Dezember 2019 waren in Österreich insgesamt 5.143 Zahnbehandler, davon 3.886 freipraktizierend (ohne Wohnsitzzahnbehandler) gemeldet.

Vertragliche Honorar- und Tarifänderungen

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

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

Die zwischen der Österreichischen Zahnärztekammer (vormals Österreichische Ärztekammer, Bundesfachgruppe für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, dann Bundeskurie Zahnärzte, und Österreichische Dentistenkammer) und dem Dachverband 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 2019 um 2,51 % erhöht. Für das Jahr 2020 wurde die Erhöhung zum 1. Jänner mit 2,70% 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 die der Sozialversicherungsanstalt der Bauern liegen oder diesen Tarifen exakt entsprechen, werden in

derselben Höhe festgesetzt, die für die sonstigen Krankenversicherungsträger gelten.

Mit der für 2019 geltenden Vereinbarung konnte der Unterschied im Tarifniveau zwischen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und den Krankenversicherungsträgern der Unselbständigen und der Bauern, der im Jahr 2018 noch 0,48 % betrug, auf 0,12 % verringert 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 – Hilfsmittel für den behandelnden Arzt und den Psychotherapeuten.

Ende 2019 erfolgte mit Wirkung ab 1. Jänner 2020 eine Neufassung des Gesamtvertrages, um obsoleete Bestimmungen zu streichen bzw. weitere Bestimmungen den aktuellen Erfordernissen anzupassen und zu einer schlankeren und übersichtlicheren Darstellung zu gelangen. Sämtliche seit der letzten Vertragskompilation getroffenen Zusatzvereinbarungen wurden eingearbeitet.

Bedeutsame Punkte sind die Umwandlung bisher befristeter Bestimmungen in unbefristete, die Möglichkeit zum Erwerb der erforderlichen Berufserfahrung im Rahmen eines Interventionsverhältnisses sowie ein in erster Instanz vereinfachtes Schiedsverfahren. Beim Stellenplan ist vorgesehen, zukünftig laufend Adaptierungen vorzunehmen, um der aktuellen Bevölkerungs- und Bedarfsentwicklung Rechnung zu tragen; aktuell angepasst wurden Tirol und Wien.

Der dauerhafte Entfall der Bewilligungspflicht sowie die dauerhafte Weiterführung der Leistungsposition „Befundbesprechung“ (diese wurde 2007 versuchsweise eingeführt) ergibt sich daraus, dass diese Bestimmungen wegen ihrer grundsätzlichen Bewährung in mehreren Zusatzvereinbarungen fortlaufend über viele Jahre stets verlängert wurden. Mit der „Befundbesprechung“ konnten die Folgekosten (Arzneimittel und ärztliche Leistungen) verringert werden.

Die Möglichkeit zum Erwerb der gesamtvertraglich erforderlichen Berufserfahrung im Rahmen eines Interventionsverhältnisses wurde deshalb geschaffen, um den Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit zu geben, auch zukünftig eine entsprechende Anzahl an qualifizierten Bewerbern für eine Vertragsstelle zur Auswahl zu haben. Das Psychologengesetz 2013 sieht im Sinne einer Qualitätsverbesserung wesentlich verlängerte Ausbildungszeiten vor. Dies hat aber zur Folge, dass geforderte diagnostische Praxiszeiten nach der Ausbildung in der klinischen Psychologie kaum zu erbringen sind. Die Beschränkung des Erfahrungsnachweises wie bisher würde zu einem Engpass an qualifizierten Bewerbern führen.

Schon in der 7. Zusatzvereinbarung vom September 2019 zum (alten) Gesamtvertrag wurde der seit dem 1. Jänner 2017 geltende Stundenrichtwertsatz rückwirkend ab 1. Jänner 2019 um 3,75 % gesteigert, mit dem neuen Gesamtvertrag wird er ab 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2021 (Laufzeit zwei Jahre) um 3,61 % auf 60,20 Euro erhöht.

Die Vertragspsychologen verpflichteten sich außerdem, das e-card-System inklusive aller für die Berufsgruppe relevanten Anwendungen ab 2019 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 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 zu 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 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.

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, sollte in den Jahren bis 2019 der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen ausgebaut werden; die Zahl der Patienten, die Leistungen in Anspruch nehmen, sollte 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. Im Regierungsprogramm 2020 bis 2024 ist ein weiterer noch zu konkretisierender Ausbau der Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit vorgesehen.

Beispiele für aktuelle Versorgungsverbesserungen:

Die Österreichische Gesundheitskasse (bis 31. Dezember 2019 Wiener Gebietskrankenkasse) baut in Wien mit Beginn des Jahres 2020 die Leistungen im Bereich Psychotherapie aus. Die Verträge mit den bisherigen Partnern, den SOS-Kinderdorf-Ambulatori-

en und dem individualpsychiatrischen Ambulatorium „die Boje“, werden ausgeweitet. In der SOS-Kinderdorf-Einrichtung wird die Anstellung dreier weiterer Psychotherapeuten finanziert, dadurch ist es möglich, jährlich rund 100 Betroffene mehr mit einer Behandlung zu versorgen. Aufgrund der Aufstockung kann in der „Boje“ künftig 135 Kindern und Jugendlichen zusätzlich pro Jahr geholfen werden. Die Anzahl der Betreuungsplätze für Erwachsene wurde ebenfalls erhöht und es erfolgt ein Ausbau des Vertrages mit der ÖAGG-Versorgungsambulanz für Psychotherapie im dritten Bezirk, somit können in Zukunft 76 Therapiegruppen parallel geführt und dadurch jährlich 200 Personen mehr behandelt werden.

Das Angebot der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (ab 1. Jänner 2020 Österreichische Gesundheitskasse) zur psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung wurde zuletzt kontinuierlich ausgebaut, was sich u. a. in der Erhöhung der Stundenkontingente und auch in der Ermöglichung spezieller Therapien zeigt. Darüber hinaus konnte die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse als erste Kasse einen unlimitierten Zugang zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche umsetzen. Mittlerweile sind in Niederösterreich über 250 Therapeuten bei zwei großen Vereinen im Einsatz. Außerdem gibt es zusätzlich noch Verträge mit spezialisierten Instituten für Psychotherapie besonders schutzbedürftiger Personengruppen, wie beispielsweise Kinder und Jugendliche oder Personen mit Essstörungen. Erwähnenswert ist auch der aktuelle Ausbau der vorbildhaften Clearingstelle für Psychotherapie. Hier laufen schon seit 2013 die Fäden für die Vergabe von Therapieplätzen zusammen. Mit Beginn des Jahres 2020 kümmern sich noch mehr ausgebildete Psychotherapeuten um die Anliegen der Anspruchsberechtigten. Darüber hinaus wird die telefonische Erreichbarkeit von 30 auf 38 Stunden pro Woche erhöht. Die Wartezeiten werden somit verkürzt, und vor allem für die Suche nach Krisentherapieplätzen steht mehr Zeit zur Verfügung. Außerdem wird die Vernetzung der Leistungsanbieter in Zukunft verstärkt. Mit 1. Oktober 2019 startete an vier Standorten des Psychosozialen Dienstes ein Pilotprojekt, in dessen Zuge hochspezialisierte Behandlungen auf Kosten des Krankenversicherungsträgers angeboten werden.

Seit 2018 wird im Rahmen des Gesundheitsziels 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychotherapeutischen Versorgung erarbeitet.

2.3

Apotheken und Heilmittel

Zum Stichtag 1. Jänner 2019 versorgten 1.380 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2019 847 hausapothekenführende Ärzte die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission wurden im Jahr 2019 insgesamt 433 Anträge/Verfahren gemäß Verfahrensordnung zum Erstattungskodex (VO-EKO) zur Empfehlung vorgelegt. Im Rahmen ihrer Tätigkeit hat die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission die Aufnahme und Streichung von Arzneispezialitäten sowie die Änderung von Packungsgrößen bzw. der Verwendungen bei bereits im Erstattungskodex enthaltenen Arzneispezialitäten empfohlen.

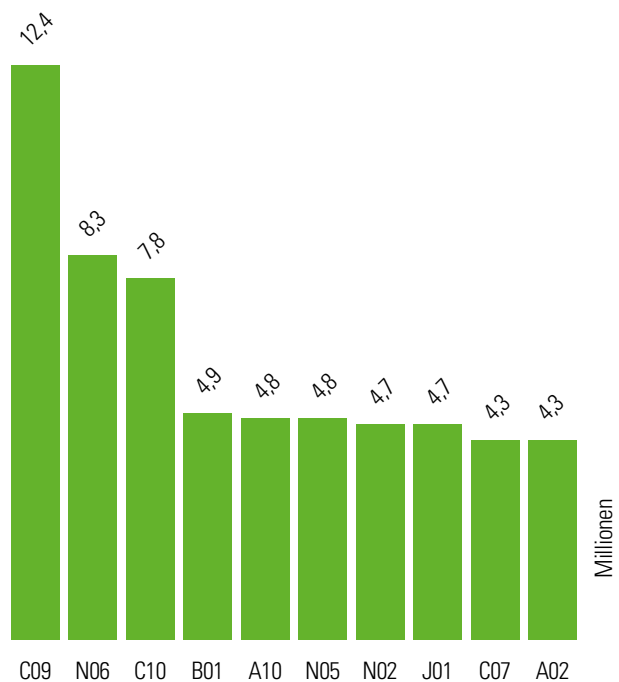
Im Jahr 2019 wurden insgesamt 226 Arzneispezialitäten in den Erstattungskodex aufgenommen. Bei 51 im Erstattungskodex angeführten Arzneispezialitäten wurde die Packungsgröße, bei 50 Arzneispezialitäten die bestimmte Verwendung sowie bei zwölf Arzneispezialitäten die Verschreibbarkeit geändert. 213 Arzneispezialitäten wurden aus dem Erstattungskodex gestrichen.

Am 1. Jänner 2020 waren insgesamt 5.342 Arzneispezialitäten im Erstattungskodex angeführt, davon befanden sich 124 Arzneispezialitäten im Roten Bereich.

2019 wurden 34 Anträge auf Preiserhöhung gemäß VO-EKO eingebracht.

Für 1.330 Arzneispezialitäten konnten mit den pharmazeutischen Unternehmen Preisreduktionen erzielt werden. Die Summe des im Laufe des Jahres 2019 erzielten Einsparungspotenzials beträgt rund 146 Millionen Euro.

Die verordnungstärksten therapeutischen Untergruppen – ATC-Code Ebene 2 im Jahr 2019



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



2.4

Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern

Krankenanstalten

2019 waren in Österreich 264 Krankenanstalten mit insgesamt 63.838 Betten in Betrieb, davon wurden 112 (42 %) mit 43.668 (68 %) Betten über Landesgesundheitsfonds finanziert, wo 2.211.424 (86 %) von insgesamt 2.561.346 stationären Aufenthalten stattgefunden haben (Quelle: BMSGPK).

I. Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondsrankenanstalten)

Grundlage für die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I 98/2017) und die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl. I 97/2017).

Die Sozialversicherungsträger leisteten im Wege des beim Dachverband eingerichteten Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f ASVG für das Jahr 2019 einen Pauschalbeitrag in Höhe von 5.771.660.050,61 Euro. Zusätzlich zu diesem Pauschalbeitrag wurde ein Betrag von 15 Millionen Euro aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen aufgrund des Pensionsharmonisierungsgesetzes und ein Betrag in der Höhe von 60 Millionen Euro aus den Beitragseinnahmen aufgrund der Erhöhung der Krankenversicherungsbeitragssätze um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 an die Landesgesundheitsfonds überwiesen. An die Bundesgesundheitsagentur wurde ein Pauschalbeitrag in der Höhe von 83.573.759,29 Euro geleistet.

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 im Jahr 2017 wurden die Regelungen im Wesentlichen meritorisch unverändert für die Laufzeit der 15a-Vereinbarungen verlängert.

Durch das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz wurde mit 1. Jänner 2019 eine weitere Krankenanstalt in den PRIKRAF (Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds) aufgenommen.

Ebenso wurde mit 2019 eine außerordentliche Erhöhung des Pauschales um 14,7 Millionen 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. Die außerordentliche Erhöhung führte in der Abrechnung zu einem endgültigen Pauschalbeitrag für das Jahr 2019 in der Höhe von 146.925.708,88 Euro.

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

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 Kommunikationsservice (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 2019 wurden die Tagespauschalsätze für Kuren für Versicherte um 2,02 % angehoben.

Rehabilitationseinrichtungen

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 2019 um 2,32 % angehoben.

Orthopädieschuhmacher

In den Verhandlungen mit der Berufsgruppe der Orthopädieschuhmacher konnte eine Tarifneuregelung für die Dauer von zwei Jahren vereinbart 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 Tariferhöhung um ca. 8 % verbunden und steht noch aus.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Gemäß § 5 Abs. 1 IVF-Fonds-Gesetz hat der Dachverband 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 mit dem Österreichischen Hebammengremium abgeschlossene Gesamtvertrag wurde mit Oktober 2004 wirksam und gilt unbefristet. Mit Beginn 2017 trat eine Neuregelung der Vergütungen in Kraft. Eckpunkte dabei sind 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 Sozialversicherung, 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 Kinderbetreuungsgeldgesetz ist weiters geregelt, dass zwischen dem Dachverband 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 in zwei Etappen unverändert verlängert und gilt nunmehr bis 31. Dezember 2021.

MedAustron

Nach mehreren Verhandlungsrunden mit dem in Wiener Neustadt ansässigen Krebsbehandlungszentrum EBG MedAustron GmbH kam im Jahr 2017 ein Vertrag zur Kostenübernahme für innovative Krebsbehandlungen (Ionen- und Protonenstrahlentherapie) zustande. 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.

Im Jahr 2019 wurden etwa 275 sozialversicherte Patienten in Wiener Neustadt behandelt.

Die Tarife wurden mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2019 um 2,1 % und ab 1. Jänner 2020 um 2,0 % angehoben.

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 über 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 2019 für Vorsorgeuntersuchungen rund 164 Millionen Euro aufgewendet.

Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2019

Altersgruppe	Untersuchungen insgesamt			davon				Allgemeines Untersuchungsprogramm in % der Zielgruppe		
	M + F	Männer	Frauen	Allgemeines Untersuchungsprogramm			Gynäkologisches Untersuchungsprogramm	M + F	Männer	Frauen
Insgesamt	1.311.525	501.215	810.310	1.081.161	501.215	579.946		230.364	14,7	14,0
18 – 24	83.576	26.744	56.832	60.672	26.744	33.928	22.904	8,6	7,4	10,0
25 – 29	97.139	31.138	66.001	71.168	31.138	40.030	25.971	11,8	10,1	13,6
30 – 34	105.254	36.460	68.794	80.305	36.460	43.845	24.949	13,3	11,8	14,7
35 – 39	108.213	38.822	69.391	84.850	38.822	46.028	23.363	14,0	12,7	15,3
40 – 44	106.893	39.322	67.571	85.953	39.322	46.631	20.940	15,2	13,9	16,5
45 – 49	122.086	45.594	76.492	99.294	45.594	53.700	22.792	15,7	14,6	16,9
50 – 54	142.759	57.922	84.837	119.308	57.922	61.386	23.451	16,7	16,2	17,3
55 – 59	135.957	57.265	78.692	116.213	57.266	58.947	19.744	17,2	17,0	17,4
60 – 64	114.664	47.726	66.938	99.206	47.725	51.481	15.458	17,9	17,7	18,1
65 – 69	92.535	38.299	54.236	80.573	38.299	42.274	11.962	18,0	18,1	17,9
70 – 74	77.432	31.513	45.919	68.312	31.513	36.799	9.120	17,5	17,6	17,4
75 und älter	125.017	50.410	74.607	115.307	50.410	64.897	9.710	13,7	14,9	12,8
Nichtversicherte Probanden	175	103	72	164	103	61	11	–	–	–

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 2019

Gebiet	Eingeladene	davon Untersuchte	
		Zahl	%
Österreich	51.479	37.851	73,53
Burgenland	1.843	1.252	67,93
Kärnten	2.792	2.792	100,00
Niederösterreich	8.148	6.187	75,93
Oberösterreich	10.298	7.845	76,18
Salzburg	2.831	2.781	98,23
Steiermark	8.086	6.568	81,23
Tirol	6.407	4.212	65,74
Vorarlberg	3.467	1.919	55,35
Wien	7.607	4.295	56,46

Die Krankenversicherungsträger haben im Jahr 2019 für Jugendlichenuntersuchungen rund 2,5 Millionen Euro aufgewendet.



3 Pensions- versicherung



3.1

Pensionsversicherte

Im Jahrsdurchschnitt 2019 betrug die Zahl der pensionsversicherten Personen (Versicherungsverhältnisse) in der gesetzlichen Pensionsversicherung 4.134.231, um 73.908 bzw. 1,8 % mehr als im Vorjahr. Im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen hat sich die Zahl um 68.188 bzw. 2,0 % und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen um 5.720 bzw. 1,0 % erhöht.

Von den 4.134.231 Pensionsversicherungsverhältnissen beruhen 4.117.167 auf einer Pflichtversicherung und 17.064 auf einer freiwilligen Versicherung.

Pensionsversicherte 2009 – 2019 (Versicherungsverhältnisse)

Jahresdurchschnitt	Summe aller Pensionsversicherten	davon	
		Unselbständige	Selbständige
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
2019	4.134.231	3.539.334	594.897

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 zu steht; 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, die 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 die

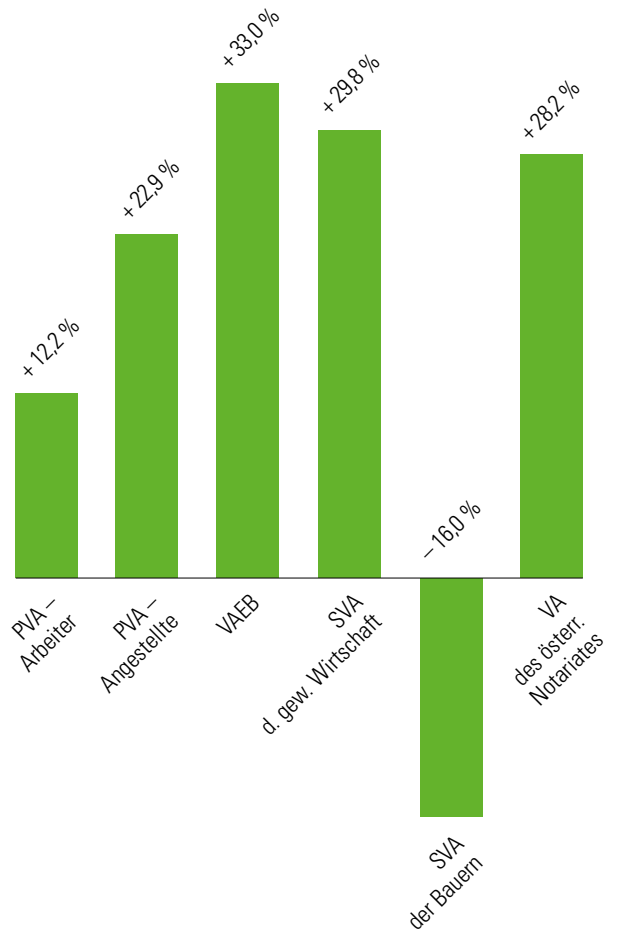
Ehegatten als auch bei hauptberuflicher Beschäftigung eines Ehepartners im Betrieb des anderen (wenn beide ausschließlich Landwirte waren) nur einer von beiden in der Pensionsversicherung pflichtversichert sein. Diese Regelung hat in der Pensionsversicherung dazu geführt, dass nur einer der beiden Ehegatten 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 2018 bzw. 2009.

**Entwicklung der Zahl der Pensionsversicherten nach Pensionsversicherungsträgern
Veränderung 2009 auf 2019**



Pensionsversicherte nach Versicherungsträgern

Versicherungsträger	Versicherte im Jahresdurchschnitt 2019	Differenz gegenüber	
		2018	2009
Alle Pensionsversicherungsträger	4.134.231	+ 73.908	+ 637.162
PVA – Arbeiter	1.376.002	+ 14.844	+ 150.149
PVA – Angestellte	2.107.583	+ 50.942	+ 392.393
VA für Eisenbahnen und Bergbau	55.749	+ 2.402	+ 13.836
SVA der gewerblichen Wirtschaft	460.615	+ 7.718	+ 105.837
SVA der Bauern	133.190	- 2.027	- 25.293
VA des österreichischen Notariates	1.092	+ 29	+ 240

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 2019 haben die Pensionsversicherungsträger 2.396.164 Pensionen, um 32.583 bzw. 1,4 % 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 2009 – 2019)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2019	2.396.164	927.542	1.468.622

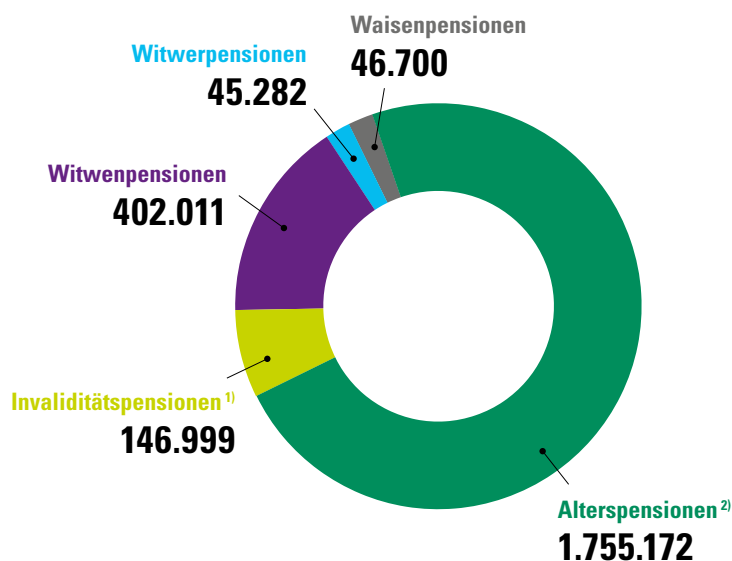
Von der Gesamtzahl der im Dezember 2019 im Stand geführten Pensionen entfielen 1.468.622 bzw. 61,3 % auf Frauen. Der hohe Frauenanteil ist vor allem auf die wesentlich höhere Zahl von Witwenpensionen (402.011) im Vergleich zu den Witwerpensionen (45.282) zurückzuführen. Aber auch bei den Alterspensionen überwiegen die Frauen mit 56,9 %, 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. Mit Ende 2019 wurden in der Pensionsversicherung der Unselbständigen 2.030.277 Pensionen und in der Pensionsversicherung der Selbständigen 365.887 Pensionen ausbezahlt.

Die nachfolgende Übersicht zeigt die Entwicklung des Pensionsstandes und die Veränderung zum Vorjahr seit dem Jahr 2009.

Jahreszuwachs der Pensionsstände (2009 – 2019)

Dezember	PV der Unselbständigen		PV der Selbständigen	
	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr	Pensionen	Veränderung zum Vorjahr
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
2019	2.030.277	+ 29.153	365.887	+ 3.430

**Pensionsstand nach Pensionsarten
Dezember 2019**



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

Im Dezember 2019 wurden gegenüber dem Vorjahr 41.151 Alterspensionen mehr im Stand geführt. Die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit verringerten sich um 5.942, die Hinterbliebenenpensionen um 2.626.

Im Vergleich zum Jahr 2009 ist die Zahl der Pensionen um 207.005 bzw. 9,5 % gestiegen. Die Alterspensionen verzeichneten in diesem Zeitraum einen Zuwachs von 289.864. Die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen verringerte sich um 59.797, die der Hinterbliebenenpensionen um 23.062.

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 Dezember 2018 waren im Bereich der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu beobachten.

Pensionen nach Pensionsversicherungsträgern

Versicherungsträger	Zahl der Pensionen im Dez. 2019	Differenz gegenüber Dezember 2018	
		Zahl	%
Alle PV-Träger	2.396.164	+ 32.583	+ 1,4
PVA – Arbeiter	1.080.963	+ 7.729	+ 0,7
PVA – Angestellte	914.305	+ 21.548	+ 2,4
VAEB – Eisenbahnen	18.546	+ 197	+ 1,1
VAEB – Bergbau	16.463	- 321	- 1,9
SVA d. gew. Wirtschaft	197.774	+ 5.265	+ 2,7
SVA der Bauern	167.672	- 1.835	- 1,1
VA d. österr. Notariates	441	-	-

Im Folgenden wird ein Überblick über die Entwicklung der einzelnen Pensionsarten für den Zeitraum 2009 bis 2019 gegeben.

Alterspensionen

Mit 1.755.172 ausbezahlten Alterspensionen wurde im Dezember 2019 ein neuer Höchststand erreicht, wobei der Zuwachs von 2,4 % gegenüber dem Vorjahr ausschließlich auf eine Zunahme der Alterspensionen zum gesetzlichen Anfallsalter (Männer: 65, Frauen: 60 Jahre) zurückzuführen ist. Nachdem sich in den letzten Jahren die Zahl der vorzeitigen Alterspensionen aufgrund geänderter Anspruchsvoraussetzungen (stufenweise Anhebung der notwendigen Anzahl an Versicherungs- bzw. Beitragsmonaten) verringert hatte, kam es gegenüber dem Vorjahr nun wieder zu einem leichten Anstieg (um 858 bzw. 1,2 %).

Im Zeitraum 2009 bis 2019 stieg die Zahl der Alterspensionen um 289.864, bei Männern um 113.953 und bei Frauen um 175.911.

Alle Alterspensionen¹⁾ (Dezember 2009 – 2019)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2019	1.755.172	757.315	997.857

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

Von den im Dezember 2019 ausbezahlten Alterspensionen entfielen 1.679.865 auf die normale Alterspension und 75.307 auf vorzeitige Alterspensionen.

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

Normale und vorzeitige Alterspensionen Dezember 2009 – 2019

Dezember	Normale Alterspensionen ¹⁾ (60./65. Lebensjahr)			Vorzeitige Alterspensionen		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
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
2019	1.679.865	693.415	986.450	75.307	63.900	11.407

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

Vorzeitige Alterspensionen Dezember 2009 – 2019

Dezember	bei langer Versicherungsdauer			Langzeitversicherte		
	M + F	Männer	Frauen	M + F	Männer	Frauen
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
2019	2.036	2.035	1	21.119	18.521	2.598

Darüber hinaus wurde im Dezember 2019 an 21.436 Männer eine Korridor pension und an 21.908 Männer und 8.808 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 2019 146.999. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen um 5.942 bzw. 3,9 %, 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 2009 – 2019)

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2019	146.999	101.440	45.559

¹⁾ Vor dem 60./65. Lebensjahr.

Im Jahr 2019 wurden 55.351 Anträge auf Zuerkennung einer Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspension gestellt. Von diesen Anträgen entfielen 51.947 auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und 3.404 auf die Pensionsversicherung der Selbständigen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der Anträge um 976 bzw. 1,8 %.

Die Zuerkennung dieser Pensionsart unterliegt strengen Kriterien. Ausschlaggebend sind Sachverständigengutachten von Ärzten. Im Jahr 2019 wurden von den Pensionsversicherungsträgern ca. 64 % der Anträge abgelehnt. Nach den Erfahrungen der letzten Jahre bringen etwa ein Drittel der abgewiesenen Antragsteller eine Klage beim Sozialgericht ein. Weniger als ein Fünftel ist dabei erfolgreich (zuerkennendes Urteil oder Vergleich). Im Jahr 2019 wurden 17.731 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-/Erwerbsunfähigkeitspensionen des Jahres 2019 nach Krankheitsgruppen, so lässt sich feststellen, dass an der Spitze Erkrankungen aus der Gruppe „psychische und Verhaltensstörungen“ mit 39,7 % stehen, gefolgt von Krankheiten des „Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ mit 18,1 %, „Neubildungen“ mit 12,2 % und „Krankheiten des Kreislaufsystems“ mit 11,3 %.

Im Jahr 2014 wurde das Rehabilitationsgeld eingeführt. Das Rehabilitationsgeld ist eine Leistung, welche die bisherige befristete Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ersetzt; es 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.

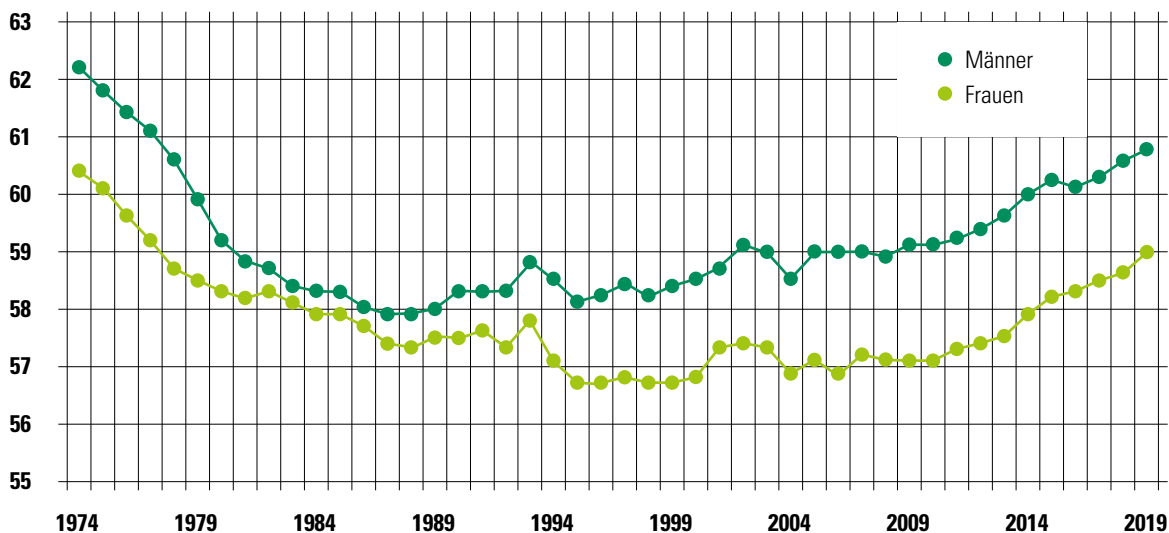
Das durchschnittliche Zugangsalter (Alters- bzw. Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld) betrug im Jahr 2019 bei Männern 60,8 Jahre und bei Frauen 59,0 Jahre. Seit dem Jahr 1970 verringerte sich das durchschnittliche Anfallsalter bei den Männern um 1,1, bei Frauen um 1,4 Jahre.

Durchschnittsalter bei Neuzuerkennungen von Pensionen und Rehabilitationsgeld 1970 – 2019

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
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
2019	59,8	60,8	59,0	51,9	53,5	49,3	61,7	63,3	60,5

1) Invaliditäts-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitspensionen.

Durchschnittsalter bei Neuzuerkennungen von Pensionen und Rehabilitationsgeld in der gesamten Pensionsversicherung



Hinterbliebenenpensionen

Die Zahl der Witwenpensionen betrug im Dezember 2019 402.011 und die der Witwerpensionen 45.282. Gegenüber dem Vorjahr verringerte sich die Zahl der Witwenpensionen um 2.477, die der Witwerpensionen stieg um 196 und die der Waisenpensionen sank um 345. Insgesamt verringerte sich die Zahl der Hinterbliebenenpensionen um 2.626.

Pensionen aus dem Versicherungsfall des Todes Dezember 2009 – 2019

Dezember	Alle Hinterbliebenenpensionen	davon Pensionen an		
		Witwen	Witwer	Waisen
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
2019	493.993	402.011	45.282	46.700

Pensionsbezieher und Pensionen

Der Pensionsstand darf nicht gleichgesetzt werden mit der Zahl der Pensionisten, denn das geltende Pensionsversicherungsrecht gestattet die Kumulierung mehrerer Pensionen. Der Dachverband hat das Ausmaß dieser Kumulierung verschiedener Pensionsleistungen durch eine Auswertung der Versicherungsdatei zum Stichtag 1. Juli 2019 für den Bereich der gesetzlichen Pensionsversicherung ermittelt.

Pensionsbezieher und Pensionen 1. Juli 2019

	Insgesamt	davon Personen mit			Gesamtzahl der Pensionen
		einer Pension	zwei Pensionen	mehreren Pensionen	
Pensionsbezieher (Pensionen) insgesamt	2.154.485	1.888.406	265.403	676	2.421.246
Männer	903.331	859.426	43.736	169	947.407
Frauen	1.251.154	1.028.980	221.667	507	1.473.839

Einem Pensionsstand von 2.421.246 standen zum Stichtag 2.154.485 Pensionsbezieher gegenüber. 266.079 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 409.081 Bezieherinnen einer Witwenpension erhielten 188.185 nur eine Witwenpension (46,0 %). 220.896 (54,0 %) 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.

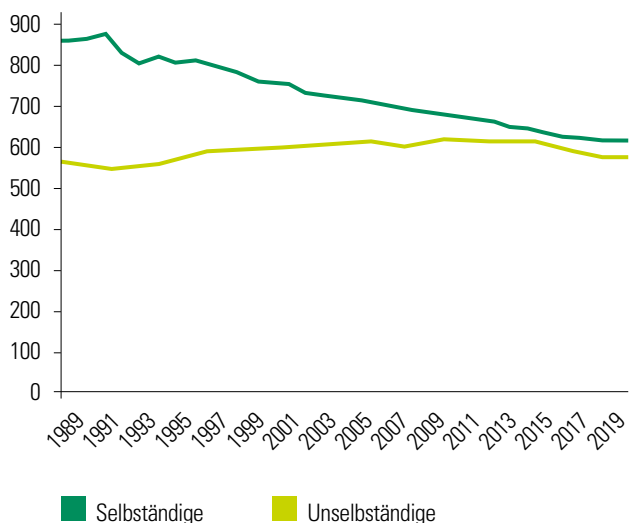
Im Jahrsdurchschnitt 2019 entfielen auf 1.000 Pensionsversicherte 576 Pensionen. Im Bereich der Pensionsversicherung der Unselbständigen betrug die Belastungsquote 569 (2018: 573) und im Bereich der Pensionsversicherung der Selbständigen 612 (2018: 613).

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
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
2019	576	569	612

Pensionsbezieher auf 1.000 Pensionsversicherte



Die Relation zwischen der Zahl der Pensionen und der Zahl der Pensionsversicherten ist bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern unterschiedlich.

So entfiel im Jahresdurchschnitt 2019 auf 1.000 Pensionsversicherte die folgende Anzahl an Pensionen:

	Pensionen
Versicherungsanstalt des österr. Notariates	408
Sozialversicherungsanstalt der gewerbl. Wirtschaft	425
Pensionsversicherungsanstalt – Angestellte	429
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	628
Pensionsversicherungsanstalt – Arbeiter	782
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	1.264

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

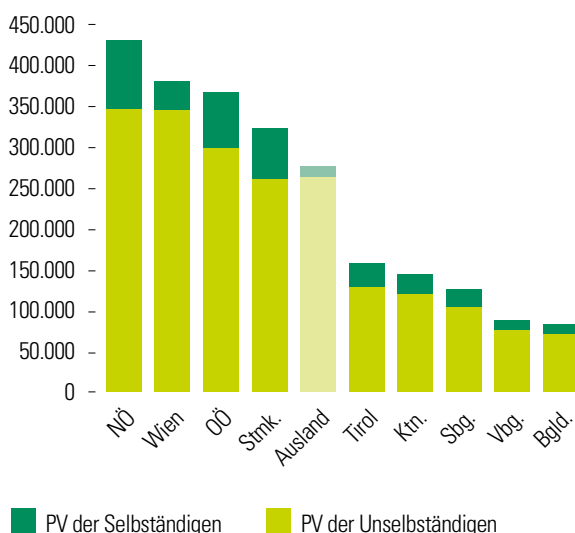
Eine Gliederung nach dem Wohnsitz der Pensionisten zeigt, dass 2.113.384 Pensionen an Personen ausbezahlt wurden, die den Wohnsitz im Inland, und 282.780 Pensionen an Personen, die den Wohnsitz im Ausland hatten. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der „Inlandspensionen“ um 1,4 %, die Zahl der „Auslandspensionen“ erhöhte sich um 1,1 %.

Pensionen nach dem Wohnsitz der Pensionisten

Gebiet	Stand im Dezember 2019	Anteil in %	Differenz des Pensionsstandes gegenüber	
			Dezember 2018	Dezember 2009
Insgesamt	2.396.164	100,0	+ 32.583	+ 207.005
Österreich	2.113.384	88,2	+ 29.630	+ 178.181
Burgenland	85.908	3,6	+ 1.326	+ 10.069
Kärnten	148.282	6,2	+ 2.223	+ 16.062
Niederösterreich	431.639	18,0	+ 5.238	+ 39.732
Oberösterreich	365.472	15,3	+ 5.936	+ 34.807
Salzburg	129.707	5,4	+ 2.519	+ 16.180
Steiermark	321.378	13,4	+ 4.555	+ 28.964
Tirol	161.761	6,7	+ 3.257	+ 21.909
Vorarlberg	90.768	3,8	+ 1.911	+ 12.050
Wien	378.469	15,8	+ 2.665	– 1.592
Ausland	282.780	11,8	+ 2.953	+ 28.824

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 2019)



Von den 282.780 ins Ausland bezahlten Pensionen entfielen 267.571 bzw. 94,6 % auf die Pensionsversicherung der Unselbständigen und lediglich 15.209 bzw. 5,4 % auf die Pensionsversicherung der Selbständigen.

In den meisten Bundesländern waren gegenüber 2009 teilweise recht beträchtliche Zuwächse an Pensionen zu beobachten. Am stärksten war der Zuwachs in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark, 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 2019

	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	d. gemind. Arbeitsfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	2.030.277	1.485.747	131.178	336.372	37.484	39.496
Österreich	1.762.706	1.296.878	124.886	272.166	33.491	35.285
Burgenland	68.458	49.762	4.436	11.745	1.385	1.130
Kärnten	122.207	85.908	11.907	19.780	1.985	2.627
Niederösterreich	345.404	258.498	17.404	54.952	7.582	6.968
Oberösterreich	300.361	220.187	20.645	48.326	5.116	6.087
Salzburg	106.748	81.557	6.404	14.894	1.908	1.985
Steiermark	261.249	183.018	24.284	44.488	4.208	5.251
Tirol	133.398	100.034	9.674	18.970	2.180	2.540
Vorarlberg	79.228	59.979	5.700	10.882	1.267	1.400
Wien	345.653	257.935	24.432	48.129	7.860	7.297
Ausland	267.571	188.869	6.292	64.206	3.993	4.211

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 2019

	Alle Pensionen	davon Pensionen aus dem Versicherungsfall				
		des Alters ¹⁾	d. Erwerbsunfähigkeit ²⁾	des Todes		
				Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	365.887	269.425	15.821	65.639	7.798	7.204
Österreich	350.678	256.411	15.328	64.319	7.622	6.998
Burgenland	17.450	12.976	598	3.126	459	291
Kärnten	26.075	18.200	1.636	5.253	406	580
Niederösterreich	86.235	63.153	3.022	16.256	2.156	1.648
Oberösterreich	65.111	48.019	3.218	10.902	1.678	1.294
Salzburg	22.959	17.174	835	4.060	458	432
Steiermark	60.129	43.164	3.361	10.854	1.401	1.349
Tirol	28.363	20.627	1.230	5.415	504	587
Vorarlberg	11.540	8.362	372	2.418	128	260
Wien	32.816	24.736	1.056	6.035	432	557
Ausland	15.209	13.014	493	1.320	176	206

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 Jahresdurchschnitt in der Pensionsversicherung pflichtversicherten Personen heranzuziehen.

Der so errechnete Wert für die **Aufwertungszahl 2020** beträgt **1,031**.

Richtwert und Anpassungsfaktor

Der Anpassungsfaktor ist für jedes Kalenderjahr unter Bedachtnahme auf den Richtwert bis spätestens 30. November eines jeden Jahres durch Verordnung so festzusetzen, dass die Erhöhung der Pensionen aufgrund der Anpassung mit dem Richtwert der Erhöhung der Verbraucherpreise entspricht. Die Erhöhung der Verbraucherpreise ist aufgrund der durchschnittlichen Erhöhung in zwölf Kalendermonaten bis zum Juli des Jahres, das dem Anpassungsjahr vorangeht, zu ermitteln. Für den Richtwert des Jahres 2020 sind

daher die Jahresinflationen der Monate August 2018 bis Juli 2019 heranzuziehen.

Der so errechnete Richtwert für das Jahr 2020 beträgt 1,018.

Der **Anpassungsfaktor für 2020** wurde in der Höhe des Richtwertes von **1,018** festgelegt.

Pensionserhöhung

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

Für das Jahr 2020 wird eine von § 108h Abs. 1 ASVG abweichende Pensionsanpassung vorgenommen, die eine deutliche Erhöhung kleinerer Pensionen vorsieht:

- Kleine Pensionen bis 1.111 Euro werden um den doppelten Anpassungsfaktor erhöht, also um 3,6 %.
- Für Pensionen von 1.112 Euro bis 2.500 Euro erfolgt eine Absenkung der Anpassung von 3,6 % bis 1,8 %.
- Pensionen über 2.500 Euro bis zur Höchstbeitragsgrundlage (5.220 Euro) werden um 1,8 % erhöht.
- Pensionen über der Höchstbeitragsgrundlage erhalten eine Erhöhung um einen Fixbetrag von 94 Euro.

Einen Überblick über die Entwicklung der Pensionsanpassung sowie der Erhöhung der Richtsätze für Alleinstehende seit dem Jahr 2009 gibt die folgende Tabelle. Aus Vergleichsgründen wird in dieser Tabelle auch die Entwicklung der Verbraucherpreise angegeben.

Pensionsanpassung – Richtsatz für Alleinstehende – Verbraucherpreisindex Entwicklung 2009 – 2020

Jahr	Pensions- erhöhung ¹⁾ in %	Richtsatz für Alleinstehende		Steigerung der Verbraucherpreise gegenüber Vorjahr in %
		in Euro	Erhöhung in %	
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	+ 1,5
2020	²⁾	966,65	+ 3,6	+ 0,6 ³⁾

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

2) Gestaffelt nach Pensionseinkommen.

3) WIFO-Prognose, 26 Juni 2020.

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 10 %.

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

Durchschnittliche Höhe der zwischenstaatlichen Teilleistungen im Dezember 2019

Pensionsart	Zahl der Teilleistungen	Durchschnitt in Euro
Pensionen insgesamt	441.439	576
Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit	19.072	831
Alterspensionen	333.596	637
Witwenpensionen	77.069	304
Witwerpensionen	5.606	179
Waisenpensionen	6.096	220

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 2019

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV-Träger	1.350	1.727	1.064
PVA – Arbeiter	1.041	1.327	773
PVA – Angestellte	1.678	2.269	1.345
VAEB – Eisenbahnen	1.568	1.794	1.160
VAEB – Bergbau	2.136	2.230	1.560
SVA der gew. Wirtschaft	1.553	1.904	1.116
SVA der Bauern	921	1.259	746
VA des österr. Notariates	6.139	6.166	4.846

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 leicht 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 2019

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro				
	Alterspensionen ²⁾ (65. bzw. 60. Lebensjahr)	Vorzeitige Alterspensionen bei langer Versicherungsdauer	Korridorpensionen	Langzeitversicherte	Schwerarbeitspensionen
Alle PV-Träger	1.317	2.400	1.924	2.345	1.984
PVA – Arbeiter	997	2.349	1.429	1.938	2.103
PVA – Angestellte	1.647	2.700	2.469	2.637	2.317
VAEB – Eisenbahnen	1.516	–	1.923	2.428	2.278
VAEB – Bergbau	2.097	2.633	2.797	2.844	2.849
SVA der gew. Wirtschaft	1.533	–	1.964	2.219	2.027
SVA der Bauern	902	–	1.315	1.131	1.296

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 aus der folgenden Zusammenstellung zu entnehmen ist.

Durchschnittliche Höhe der Invaliditäts-/Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitspensionen¹⁾ im Dezember 2019

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	M + F	Männer	Frauen
Alle PV-Träger	1.196	1.302	959
PVA – Arbeiter	1.114	1.198	859
PVA – Angestellte	1.344	1.605	1.076
VAEB – Eisenbahnen	1.435	1.492	1.106
VAEB – Bergbau	1.585	1.590	1.481
SVA der gew. Wirtschaft	1.302	1.414	864
SVA der Bauern	1.141	1.195	863
VA des österr. Notariates	3.372	3.424	2.955

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

Über die **Durchschnittswerte der Hinterbliebenenpensionen** im Dezember 2019, gegliedert nach Witwen-, Witwer- und Waisenpensionen, informiert die folgende Tabelle.

Durchschnittliche Höhe der Hinterbliebenenpensionen ¹⁾ im Dezember 2019

Versicherungsträger	Pensionshöhe in Euro		
	Witwen	Witwer	Waisen
Alle PV-Träger	808	362	393
PVA – Arbeiter	672	281	378
PVA – Angestellte	1.059	452	400
VAEB – Eisenbahnen	851	344	419
VAEB – Bergbau	1.083	517	625
SVA der gew. Wirtschaft	856	455	413
SVA der Bauern	707	279	427
VA des österr. Notariates	3.214	–	1.081

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 leicht höhere Durchschnittswerte.

Höhe der Durchschnittspensionen ¹⁾ nach dem Wohnsitz der Pensionisten in der Pensionsversicherung der Unselbständigen im Dezember 2019

	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	d. gemind. Arbeitsfähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.365	1.192	810	367	388
Österreich	1.523	1.227	954	392	416
Burgenland	1.517	1.309	915	388	416
Kärnten	1.445	1.267	930	380	434
Niederösterreich	1.597	1.281	981	392	424
Oberösterreich	1.530	1.232	980	357	415
Salzburg	1.513	1.222	945	376	400
Steiermark	1.504	1.257	948	383	440
Tirol	1.423	1.211	931	352	398
Vorarlberg	1.357	1.151	896	315	386
Wien	1.562	1.144	948	450	401
Ausland	282	496	199	160	153

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 2019

	Pensionen (in Euro) aus dem Versicherungsfall				
	des Alters ²⁾	der Erwerbsunfähigkeit ³⁾	des Todes		
			Witwen	Witwer	Waisen
Alle Pensionen	1.268	1.232	798	338	422
Österreich	1.320	1.261	807	343	429
Burgenland	1.216	1.347	779	315	429
Kärnten	1.318	1.247	796	373	447
Niederösterreich	1.320	1.300	816	339	420
Oberösterreich	1.248	1.333	801	318	452
Salzburg	1.387	1.288	812	364	380
Steiermark	1.146	1.172	747	309	425
Tirol	1.375	1.212	826	375	433
Vorarlberg	1.661	1.354	903	464	458
Wien	1.614	1.196	861	477	420
Ausland	239	313	363	140	167

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

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

3) Vor dem 60./65. Lebensjahr.



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 der Pensionsberechtigte seinen rechtmäßigen und gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat. 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 2019 betrug dieser Aufwand für die gesamte Pensionsversicherung 980 Millionen Euro.

In der gesamten Pensionsversicherung wurde im Dezember 2019 in 205.306 Fällen eine Ausgleichszulage gewährt, um 3.433 weniger als vor Jahresfrist und um 36.313 weniger als vor zehn Jahren.

Ausgleichszulagenbezieher nach Geschlecht Dezember 2009 – 2019

Dezember	M + F	Männer	Frauen
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
2019	205.306	65.842	139.464

Der Anteil der Ausgleichszulagen – gemessen am Pensionsstand – betrug im Dezember 2019 8,6 %, im Dezember 2009 noch 11,0 %.

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 2019 30,9 % betrug; dann folgen die Pensionen aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit mit 24,5 %, die Witwenpensionen mit

11,9 % und die Alterspensionen mit 6,1 %. 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 Tabelle rechts zeigt, hat das Bundesland Wien die höchste Zahl an Ausgleichszulagenempfängern aufzuweisen, an zweiter Stelle folgt die Steiermark. Die Quote der Ausgleichszulagenbezieher ist in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich, sie reicht von 7,2 % in Vorarlberg bis zu 12,9 % in Kärnten.

Ausgleichszulagen nach Bundesländern im Dezember 2019

Gebiet	Anzahl der AZ-Bezieher	in % des Pensionsstandes
Österreich	205.306	8,6
Burgenland	7.160	8,3
Kärnten	19.199	12,9
Niederösterreich	32.028	7,4
Oberösterreich	30.477	8,3
Salzburg	10.374	8,0
Steiermark	40.932	12,7
Tirol	16.911	10,5
Vorarlberg	6.565	7,2
Wien	41.660	11,0

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

Ausgleichszulagenbezieher in der Pensionsversicherung (Dezember 2009 – 2019)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2019	205.306	127.773	29.755	1.085	783	13.507	32.403

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 1.271.

Der Anteil der Empfänger von Ausgleichszulagen am Pensionsstand ist bei den einzelnen Pensionsversicherungsträgern unterschiedlich hoch. Bei der Pensionsversicherungsanstalt mussten im Dezember 2019 79 von 1.000 Pensionen durch die Gewährung einer Ausgleichszulage auf den Richtsatz angehoben werden (Angestellte 33 von 1.000 Pensionen, Arbeiter immerhin noch 118 von 1.000 Pensionen).

Die Quote der Ausgleichszulagenbezieher in der Pensionsversicherung der Selbständigen ist wesentlich höher als in der Pensionsversicherung der Unselbständigen. Im Dezember 2019 erhielten bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft 6,8 % und bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sogar 19,3 % der Pensionsbezieher eine Ausgleichszulage. Nach dem Notarversicherungsgesetz sind Ausgleichszulagen nicht vorgesehen.

Ausgleichszulagenbezieher in % des Pensionsstandes (Dezember 2009 – 2019)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2019	8,6	11,8	3,3	5,9	4,8	6,8	19,3

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 2009 – 2019)

Dezember	PV insgesamt	PV der Unselbständigen				PV der Selbständigen	
		PVA		VAEB		SVA der	
		Arbeiter	Angestellte	Eisenbahnen	Bergbau	gewerbl. Wirtschaft	Bauern
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
2019	318	301	269	249	218	337	431

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 Jahre 2019 haben die Pensionsversicherungsträger rund 20,8 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 2020 ein Pflegegeld von monatlich zwischen 160,10 Euro und 1.719,30 Euro zwölfmal jährlich ausbezahlt.

Die einzelnen Stufen sind wie folgt gestaffelt:

- **Stufe 1: 160,10¹⁾ Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 65 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 2: 295,20 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 95 Stunden monatlich beträgt;

- **Stufe 3: 459,90 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 120 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 4: 689,80 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt;
- **Stufe 5: 936,90 Euro**
für Personen, deren Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 180 Stunden monatlich beträgt, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist;
- **Stufe 6: 1.308,30 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: € 1.719,30**
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 € 210,90.

welche nähere Bestimmungen für die Beurteilung des Pflegebedarfs festgelegt wurden.

Darüber hinaus hat der Dachverband 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, der Telekom Austria AG, der Postbus AG sowie für die pensionierten Landeslehrer seit 1. Jänner 2012 das BVA-Pensionsservice zuständig.

Mit 1. Jänner 2014 ging die Zuständigkeit vom Sozialministeriumservice (ehem. Bundessozialamt) und von der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates auf die Pensionsversicherungsanstalt über.

Zahl der Pflegegeldbezieher

Die folgende Tabelle informiert über die Zahl der Pflegegeldbezieher im Dezember 2019.

Bundespflegegeldbezieher und durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes (Dezember 2019)

Stufe	Pflegegeldbezieher insgesamt	davon		durchschnittl. Pflegegeld in Euro
		Männer	Frauen	
Insgesamt	460.039	170.565	289.474	475,45
1	129.243	46.410	82.833	154,15
2	98.350	37.633	60.717	284,26
3	83.580	31.890	51.690	445,39
4	67.424	25.168	42.256	671,61
5	51.921	17.696	34.225	910,51
6	20.111	8.309	11.802	1.263,83
7	9.410	3.459	5.951	1.662,67

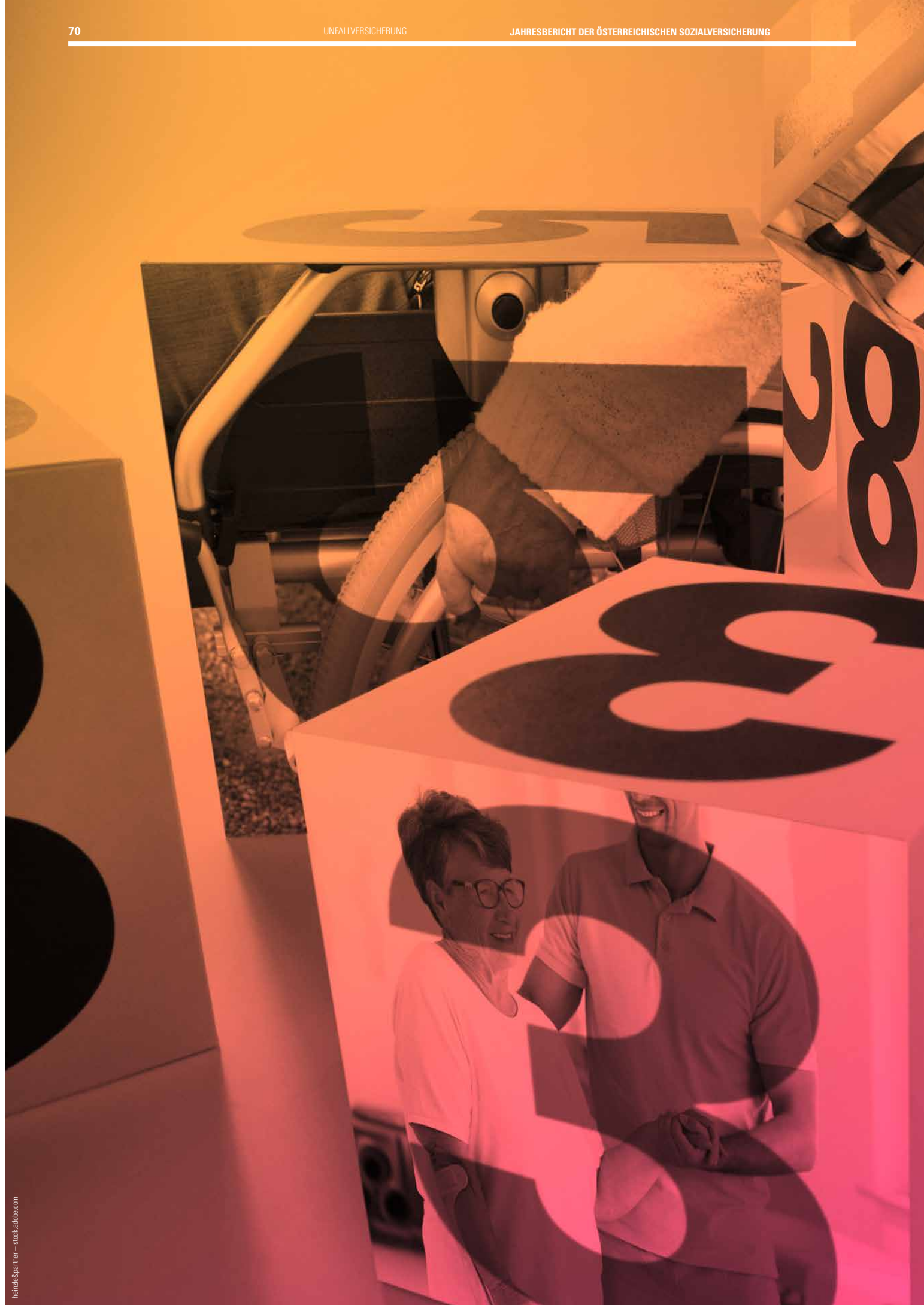
Finanzierung

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.

Gebbarungsergebnisse für den Bereich des Bundespflegegeldgesetzes im Jahr 2019

	in Millionen Euro		
	Pensions- und Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Unfallversicherung
Einnahmen	2.430	2.420	10
Ersatzleistung des Bundes	2.403	2.403	–
Sonstige Einnahmen	27	17	10
Ausgaben	2.432	2.420	12
Pflegegeld	2.355	2.343	12
Sachleistungen	1	1	–
Verwaltungsaufwand	36	36	–
Sonstige Ausgaben	40	40	–

1) Für Personen im EWR-Raum ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Ausnahmeregelung zu beachten.



4

Unfall- versicherung



4.1

Unfallversicherte

Die Zahl der unfallversicherten Personen betrug im Jahrsdurchschnitt 2019 6.572.456, um 61.038 mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Unselbständigen erhöhte sich um 59.731, die Zahl der Selbständigen erhöhte sich um 8.294 und die Zahl der Schüler und Studenten verringerte sich um 6.987. 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 52.312; die Zahl der Unselbständigen erhöhte sich um 47.834, die Zahl der Selbständigen um 11.465 und die Zahl der Schüler und Studenten verringerte sich um 6.987. Bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern verringerte sich der Versichertenstand gegenüber dem Vorjahr um 3.171. Bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau erhöhte er sich um 1.937, bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter um 9.960.

Unfallversicherte nach Kategorien und Versicherungsträgern

	Jahresdurchschnitt		Veränderung gegenüber 2018
	2019	2018	
Alle Unfallversicherten	6.572.456	6.511.418	+ 61.038
Unselbständige	3.687.589	3.627.858	+ 59.731
Selbständige ¹⁾	1.462.227	1.453.933	+ 8.294
Schüler und Studenten ²⁾	1.422.640	1.429.627	- 6.987
AUVA	5.154.182	5.101.870	+ 52.312
SVA der Bauern ¹⁾	901.059	904.230	- 3.171
VA für Eisenbahnen und Bergbau	69.907	67.970	+ 1.937
VA öffentlich Bediensteter	447.308	437.348	+ 9.960

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

2) Einschließlich der fünfjährigen Kindergartenkinder.



4.2

Rentenstände

Im Dezember 2019 wurden von der Unfallversicherung 93.330 Renten ausbezahlt. Davon entfielen 80.229 bzw. 86,0 % auf Versehrtenrenten und 13.101 bzw. 14,0 % auf Hinterbliebenenrenten.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Versehrtenrenten um 1.079 und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 399 gesunken. Insgesamt verringerte sich der Rentenstand um 1.478 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 2009 – 2019

Dezember	Alle Renten	Versehrtenrenten	davon			Witwen-/Witwerrenten	Eltern-/Geschwisterrenten	Waisenrenten
			Teilrenten bis 49 %	Teilrenten 50–99 %	Vollrenten 100 %			
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
2019	93.330	80.229	71.621	6.370	2.238	11.186	7	1.908

Gegenüber dem Vorjahr hat sich die Zahl der Teilrenten – das sind Renten, die bei einer Erwerbsminderung bis 99 % ausbezahlt werden – um 1.057 und die Zahl der Vollrenten – das sind Renten, die bei 100%iger Erwerbsminderung ausbezahlt werden – um 22 verringert.

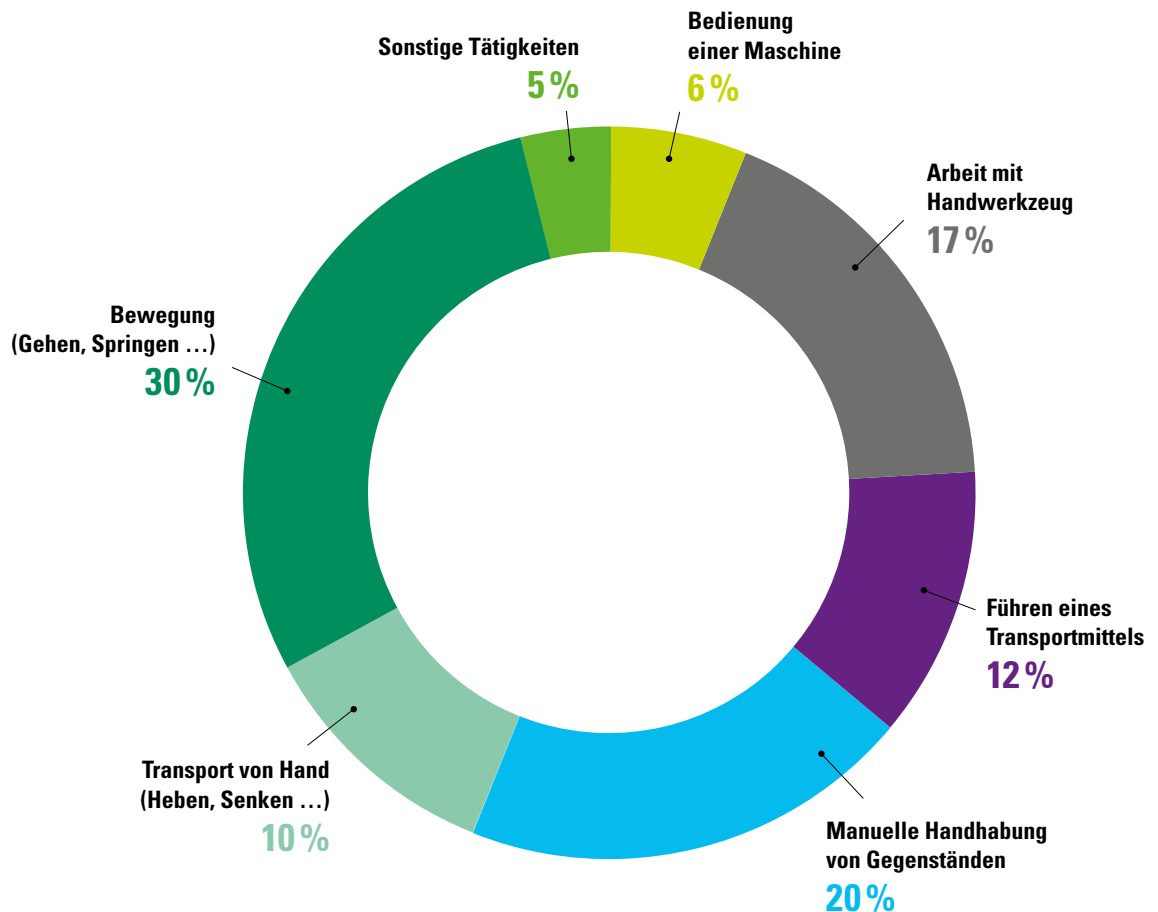
Seit dem Jahr 2009 hat sich die Zahl der von den Unfallversicherungsträgern ausbezahlten Renten um 12.140 bzw. um 11,5 % verringert. Die Zahl der Versehrtenrenten verringerte sich um 9,7 % und die Zahl der Hinterbliebenenrenten um 21,2 %.

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

Entwicklung des Rentenstandes nach Versicherungsträgern (Dezember 2009 – 2019)

Dezember	Unfallversicherung insgesamt	AUVA	SVA der Bauern	VAEB – Eisenbahnen	VA öffentlich Bediensteter
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
2019	93.330	68.897	17.390	2.593	4.450

Arbeitsunfälle und Wegunfälle nach der Tätigkeit zum Unfallzeitpunkt im Jahr 2019 (ohne Schüler und Studenten)



4.3

Rentenhöhe

Der Gesamtdurchschnitt aller Renten war im Dezember 2019 um 3,1 % höher als im Dezember 2018. Am stärksten stiegen die Durchschnittsrenten bei der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (+ 3,1 %), gefolgt von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (+ 2,9 %), der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (+ 2,8 %) sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (+ 2,6 %). 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 2019 betragen die Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung:

Versehrtenrenten	436 Euro
davon Teilrenten bis 49 %	329 Euro
davon Teilrenten 50 – 99 %	1.059 Euro
davon Vollrenten 100 %	2.072 Euro
Witwen-/Witwerrenten	740 Euro
Waisenrenten	463 Euro
Eltern-/Geschwisterrenten	478 Euro

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

Durchschnittsrenten in der Unfallversicherung Dezember 2017 – 2019

Versicherungsträger	Rentenart	Durchschnittsrenten in Euro		
		2019	2018	2017
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	Versehrtenrente	474	462	453
	Witwen-/Witwerrente	808	782	761
	Waisenrente	495	481	474
	Eltern-/Geschwisterrente	478	460	453
Sozialversicherungsanstalt der Bauern	Versehrtenrente	246	238	230
	Witwen-/Witwerrente	436	426	420
	Waisenrente	297	294	282
	Eltern-/Geschwisterrente	–	–	–
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau	Versehrtenrente	519	507	493
	Witwen-/Witwerrente	768	740	722
	Waisenrente	599	589	565
	Eltern-/Geschwisterrente	–	–	–
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	Versehrtenrente	531	517	506
	Witwen-/Witwerrente	964	928	893
	Waisenrente	648	585	562

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

Durchschnittliche Höhe der Versehrtenrenten Dezember 2019

Versicherungsträger	Alle Versehrtenrenten	davon		
		Teilrenten bis 49 %	Teilrenten 50 – 99 %	Vollrenten 100 %
Alle UV-Träger	436	329	1.059	2.072
AUVA	474	358	1.122	2.134
SVA der Bauern	246	178	734	1.423
VA für Eisenbahnen und Bergbau	519	376	1.188	2.191
VA öffentlich Bediensteter	531	447	1.408	2.780



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 Rehabilitationsziels 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 2019 konnte festgestellt werden, dass die häufigste Ursache für neu zuerkannte Pensionen aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsunfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit psychische und Verhaltensstörungen (6.855 Personen) waren, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (3.121 Personen), Neubildungen (2.100 Personen), Krankheiten des Kreislaufsystems (1.941 Personen), Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (1.209 Personen) und Krankheiten des Atmungssystems (541 Personen). Die weiteren Gründe für Pensionierungen aufgrund der genannten Versicherungsfälle sind nur in kleineren Größenordnungen festzustellen.

Finanzieller Aufwand

Im Jahr 2019 haben die Sozialversicherungsträger für Maßnahmen der Rehabilitation und Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge insgesamt 2.401 Millionen Euro aufgewendet.

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

Aufwendungen für Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge im Jahr 2019

Versicherungsträger	in Millionen Euro ¹⁾
Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung insgesamt	2.401
Krankenversicherung	545
Unfallversicherung	583
Pensionsversicherung	1.273
PVA	1.095
VA für Eisenbahnen und Bergbau	16
SVA der gewerblichen Wirtschaft	83
SVA der Bauern	79

1) Inkl. Umsatzsteuer.

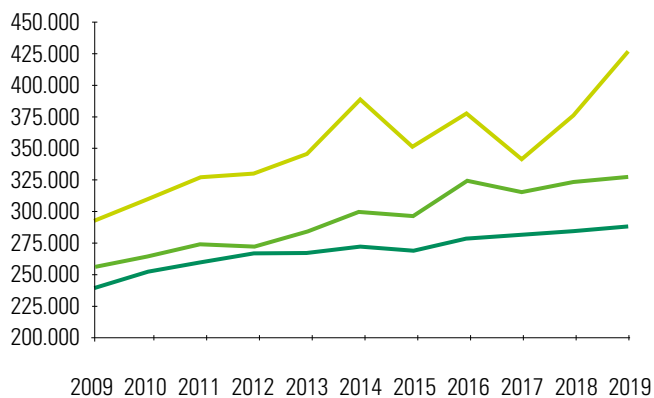
5.2

Heilverfahren

Von den 429.620 im Jahr 2019 von den Sozialversicherungsträgern erledigten Anträgen auf Heilverfahren (Rehabilitations-, Kur-, Genesungs- und Erholungsaufenthalte) wurden 326.532 genehmigt.

Entwicklung der Anträge und Einweisungen seit 2009

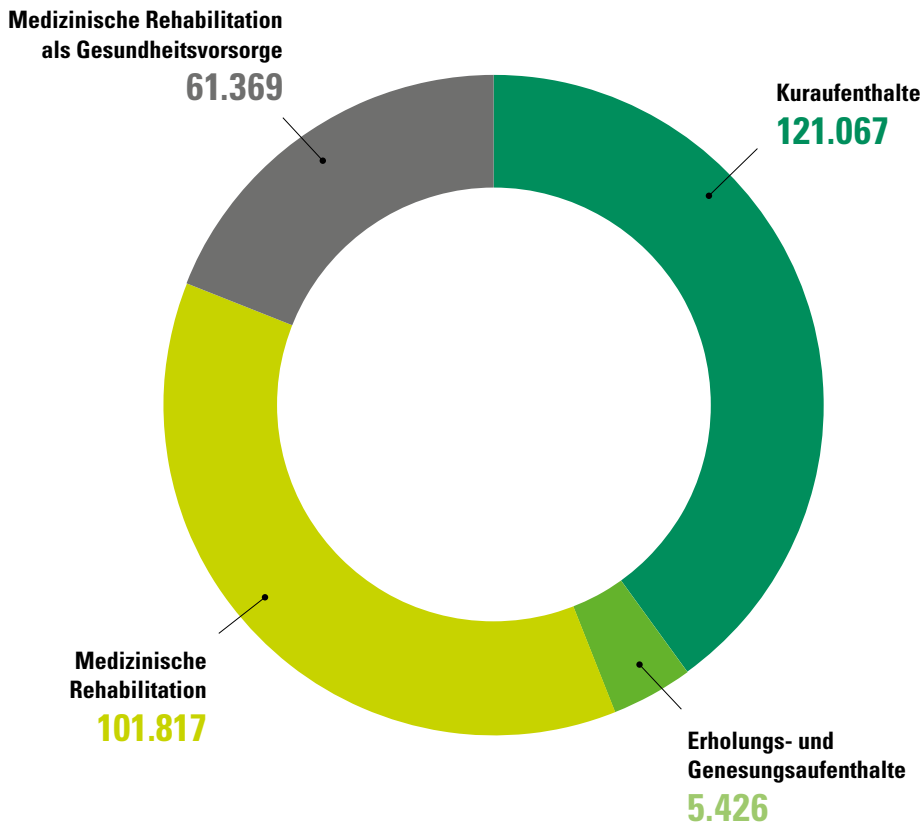
Jahr	erledigte Anträge	Veränderung zum Vorjahr in %	genehmigte Anträge	Veränderung zum Vorjahr in %	Einweisungen in stationäre Behandlung	Veränderung zum Vorjahr in %
2009	291.247	+ 2,5	257.489	+ 1,8	240.307	+ 5,7
2010	308.893	+ 8,7	263.383	+ 4,1	251.116	+ 10,5
2011	326.384	+ 5,7	273.105	+ 3,7	258.206	+ 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	378.161	+ 11,0	323.227	+ 2,7	285.416	+ 1,5
2019	429.620	+ 13,6	326.532	+ 1,0	289.679	+ 1,5



■ erledigte Anträge ■ genehmigte Anträge
■ Einweisungen in stationäre Behandlung

**Anzahl der Einweisungen in stationäre Behandlung
im Jahr 2019**

Art der stationären Behandlung	Insgesamt	davon		
		Inland		Ausland
		Eigene Einrichtungen der SV	Vertrags-einrichtungen	
Insgesamt	289.679	67.814	216.638	5.227
Medizinische Rehabilitation	101.817	40.322	59.097	2.398
Medizinische Rehabilitation als Gesundheitsvorsorge	61.369	16.900	42.628	1.841
Gesundheitsvorsorge, -festigung				
Kuraufenthalte	121.067	7.286	112.960	821
Erholungs-, Genesungs- und Landaufenthalte	5.426	3.306	1.953	167



Ambulante Rehabilitation

Im Jahr 2019 wurde 22.965 Versicherten eine ambulante Rehabilitation gewährt; 20.951 Versicherte nahmen diese auch in Anspruch.

Kostenzuschuss

Im Jahr 2019 wurde 394 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 2019** insgesamt

- 115 selbständige Ambulatorien,
- 29 sonstige ambulante Einrichtungen (Untersuchungsstellen) und
- 45 eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung (mit insgesamt 6.394 Betten)

betrieben.

Eigene Einrichtungen für stationäre Behandlung

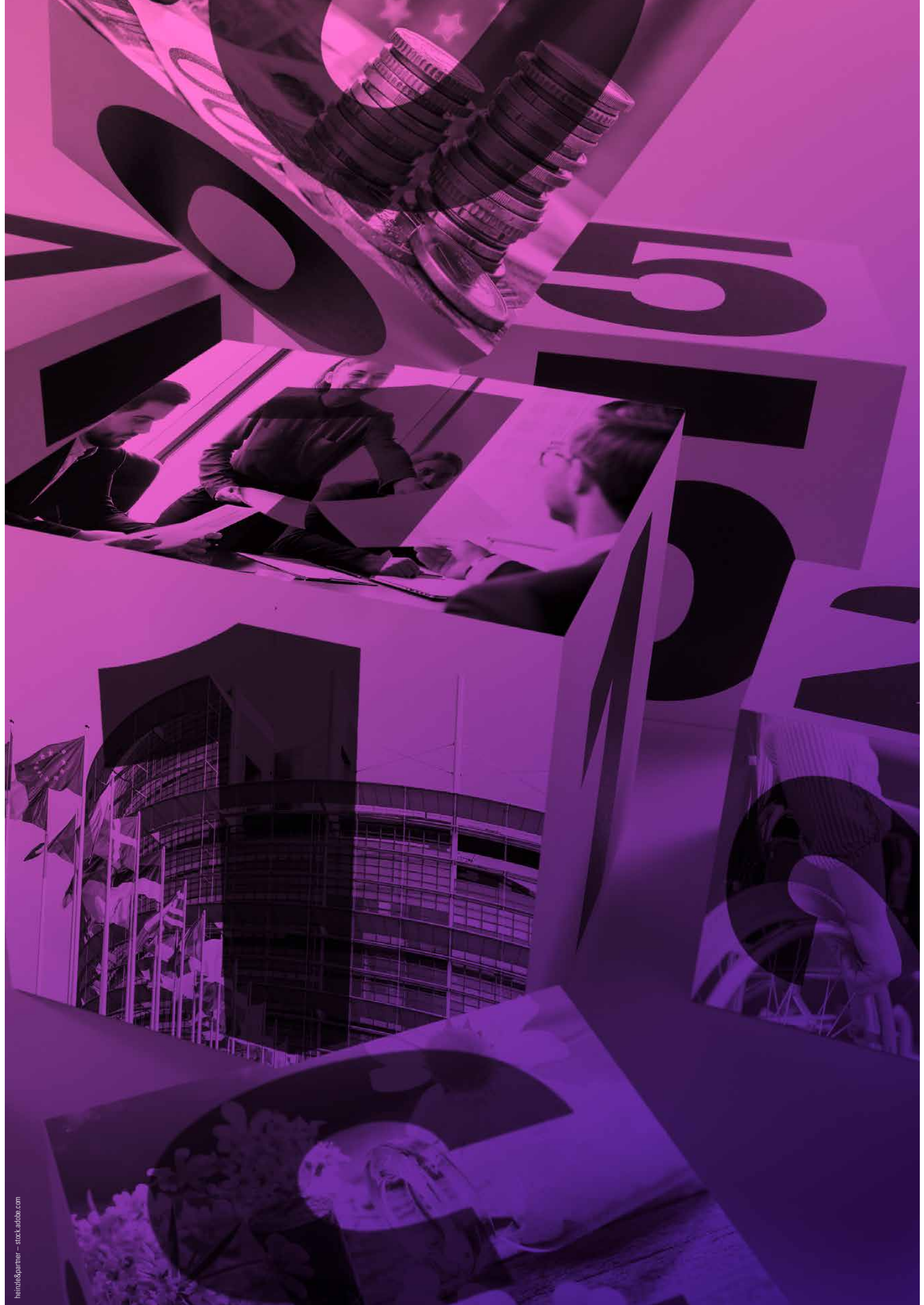
- 1 allgemeine Krankenanstalt mit 447 Betten und 38 Ambulanzen
- 7 Unfallkrankenhäuser mit 911 Betten
- 28 Sonderkrankenanstalten (Rehabilitationszentren) mit 4.147 Betten
- 5 Kuranstalten und Kurheime mit 447 Betten
- 4 Erholungs- und Genesungsheime mit 442 Betten

Selbständige Ambulatorien

- 37 allgemeine Ambulatorien mit 113 Ambulanzen bzw. Fachstationen
- 76 Zahnambulatorien/-stationen mit 337 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

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 (inkl. Québec)	•			•		
Korea	•			•		
Kosovo	•					
Moldau	•			•		
Montenegro	•	•	•	•	•	
Nordmazedonien	•	•	•	•	•	
Philippinen	•		• ¹⁾	•		
Serbien	•	•	•	•	•	
Tunesien	•	• ²⁾	• ¹⁾	•		
Türkei	•	•	•	•		
Uruguay	•			•		
USA	•			•		

1) Jedoch keine Sachleistungsaushilfe.

2) Sachleistungsaushilfe nur für Pensionsbezieher.

Multilaterale Abkommen

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

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

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

Regelungen mit internationalen Organisationen

Für die Bediensteten der in Österreich ansässigen internationalen Organisationen und Einrichtungen wie

Alpenkonvention	Ständiges Sekretariat des Übereinkommens zum Schutz der Alpen
CERN	Europäische Organisation für Kernforschung
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	Europäische Union (insbesondere das EU-Beamten-Sozialversicherungsgesetz – EUB-SVG)
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	Internationale Bank für Wiederaufbau und Entwicklung
ICPO-Interpol	Interpol Anti-Korruptionsakademie
ICMPD	Internationales Zentrum für Migrationspolitikentwicklung
IIASA	Internationales Institut für angewandte Systemanalyse
IOM	Internationale Organisation für Migration
JVI	Joint Vienna Institute
KAZ	Internationales König Abdullah bin Abdulaziz Zentrum für interreligiösen und interkulturellen Dialog
OPEC	Organisation der erdölexportierenden Länder
OSZE	Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (vorher KSZE)
UNOV	UN-Ämter
UNIDO	UN-Organisation für industrielle Entwicklung

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 Pensionsansparungen 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.

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 Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 abgelöst. Gegenüber Drittstaaten gelten diese Verordnungen ab 1. Jänner 2011 (ausgenommen das Vereinigte Königreich und Dänemark), in den EWR-Staaten Norwegen, Island und Liechtenstein sind sie ab 1. Juni 2012 und in der Schweiz ab 1. April 2012 anzuwenden. In bestimmten Fällen gelten die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 auch weiter (z. B. für Drittstaaten im Verhältnis zum Vereinigten Königreich).

Aufgaben der Verbindungsstelle

Zur Erleichterung der Durchführung der Abkommen wurden Verbindungsstellen eingerichtet. In Österreich ist der Dachverband 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 in diesem Bereich beruht nicht zuletzt auch auf den bei Verbindungsstellenbesprechungen hergestellten persönlichen Kontakten. Der Dachverband ist darüber hinaus auch Zugangsstelle für Leistungen bei Arbeitslosigkeit, Familienleistungen, Pflegegeld, Leistungen der Sondersysteme für Beamte, die von Art. 3 Abs. 1 lit. c bis e der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 erfasst werden und Leistungen an Berufsgruppen, die nach § 5 GSVG oder einer gleichartigen Bestimmung von der Pflichtversicherung ausgenommen sind.

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 2019 insgesamt ein Betrag von ca. 465 Millionen Euro umgesetzt. Dabei wurden österreichische Forderungen in der Höhe von ca. 271 Millionen Euro sowie ausländische Forderungen in der Höhe von ca. 194 Millionen Euro für Versicherte bzw. Pensionisten und deren Familienangehörige abgerechnet.

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

- 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 Nordmazedonien (gültig seit 1.1.2013),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Serbien (gültig seit 1.1.2014),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Bosnien und Herzegowinas (gültig seit 1.7.2015),
- die Vereinbarung über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte in Montenegro (gültig seit 1.7.2016) sowie
- die Vereinbarung über die Erstattung der Kosten für Sachleistungen mit Montenegro (gültig seit 1.1.2018) ausgearbeitet und abgeschlossen.

Abkommen mit Staaten, für die die Verordnungen (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 Verordnungen (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. Abkommen ohne Beschränkung des persönlichen Geltungsbereiches, d. h., die Anwendung erfolgt ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit der betreffenden Person, wurden mit den folgenden Staaten geschlossen:

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

Brexit

Der Austritt des Vereinigten Königreichs Großbritannien und Nordirland aus der Europäischen Union wurde im Jahr 2019 weiter verhandelt und ist mit 31. Jänner 2020 final geworden. Bis 31. Dezember 2020 sind die Koordinierungsverordnungen aufgrund des zwischen der Europäischen Union und dem Vereinigten Königreich geschlossenen Austrittsabkommens unverändert weiter anwendbar. Auch in der veränderten Lage danach soll die soziale Sicherheit im Sinne der Versicherten unbedingt weiterhin gewährleistet bleiben.

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 verlaubar. 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.

Dazu wurde im Dachverband eine zentrale Leistungsdatenbank eingerichtet, die von den Krankenversicherungsträgern 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 2019 wurden 1.463.436 Briefe mit den Leistungsinformationen für das gesamte Jahr 2018 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 sechs vorangegangenen Jahre zur Verfügung.

Anzahl der Leistungen in der zentralen Leistungsdatenbank

Leistungsbereich	2015	2016	2017	2018
Ärztliche Leistung	304.184.781	315.361.404	320.927.727	332.728.451
Veränderung zum Vorjahr in %	- 0,9	+ 3,7	+ 1,8	+ 3,7
Vorsorgeuntersuchungen	1.217.505	1.389.108	1.472.547	1.579.138
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 9,7	+ 14,1	+ 6,0	+ 7,2
Heilmittel	93.956.408	91.603.024	89.311.817	87.585.066
Veränderung zum Vorjahr in %	- 1,9	- 2,5	- 2,5	- 1,9
Heilbehelfe/Hilfsmittel	5.506.386	5.634.933	5.789.350	6.048.042
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 4,9	+ 2,3	+ 2,7	+ 4,5
Transporte	3.929.478	4.181.862	4.216.251	4.270.470
Veränderung zum Vorjahr in %	+ 0,5	+ 6,4	+ 0,8	+ 1,3
Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche	38.401	71.449	78.582	83.922
Veränderung zum Vorjahr in %		+ 86,1	+ 10,0	+ 6,8
Krankenhausaufenthalte	2.276.441	2.316.268	2.281.254	2.168.459
Veränderung zum Vorjahr in %	- 0,8	+ 1,8	- 1,5	- 4,9
Kur- und Erholungsaufenthalte	63.040	62.038	51.002	51.190
Veränderung zum Vorjahr in %	- 3,0	- 1,6	- 17,8	+ 0,4
Kasseneigene Ambulatorien und Vorsorgeuntersuchungen	4.061.031	3.762.474	3.769.761	3.759.757
Veränderung zum Vorjahr in %	- 2,0	- 7,4	+ 0,2	- 0,3
Gesamt	415.356.586	424.382.560	427.898.291	438.274.495
Veränderung zum Vorjahr in %	- 1,0	+ 2,2	+ 0,8	+ 2,4

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 Rezeptgebührenobergrenze bereits erreicht hat, 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 2019 werden in REGO 11.199.646 Rezeptgebührenkonten verwaltet.

Mit Stand 31. Dezember 2019 haben in REGO 288.082 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, erhielten eine Kontoerstgutschrift. Das bedeutet, dass all ihre bis 2013 erworbenen Versicherungszeiten zusammengeführt und ins Pensionskonto übertragen wurden. Somit kann ihre Pensionshöhe auf Basis eines einzigen Pensionskontosystems berechnet werden.

Seit dem Jahr 2014 wurden insgesamt für die Pensionsversicherungsträger

- 4.065.690 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 der Höhe der Kontoerstgutschrift sowie den ab dem Kalenderjahr 2014 jährlich erworbenen Teilgutschriften bis hin zum Pensionsantritt.

Zum Auswertungstichtag 2. Oktober 2019 werden im ePK

- 6.441.754 Pensionskonten verwaltet. Davon entfallen
- 6.289.093 Pensionskonten in den SV-Bereich und
- 152.661 Pensionskonten in den Beamtenbereich (Bund, Land).

IMPRESSUM**Dachverband der Sozialversicherungsträger**

Redaktion: DI Elmar König
Kundmangasse 21 | 1030 Wien
www.sozialversicherung.at

Grafik | Heinze&Partner | Markus Mair | 1060 Wien

Bildrechte | Heinze&Partner, Adobe Stock

Druck | Ferdinand Berger GmbH | 3580 Horn

November 2020

