



Zeichen: Dion-Mag. Mo-Gr  
Auskunft: Herr Dir. Mag. Moder, DW 2000  
E-Mail: [direktion@bgkk.at](mailto:direktion@bgkk.at)  
Internet: [www.bgkk.at](http://www.bgkk.at)

Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
Kundmanngasse 21  
1031 Wien

Eisenstadt, 8. Oktober 2018

**Entwürfe eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetz - SV-OG und eines Gesetzes über die Zusammenführung der Prüforganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung - ZOFSG; Stellungnahme**  
**ZI.: REP-43.00/18/0186 vom 17.9.2018**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zu den beiden Gesetzesentwürfen nimmt die Burgenländische Gebietskrankenkasse wie folgt Stellung und hebt einleitend folgende grundsätzlichen Feststellungen hervor:

1. Das österreichische Gesundheitswesen ist sowohl europaweit durch eine hohe Leistungsfähigkeit und als auch in der österreichischen Bevölkerung durch eine hohe Zufriedenheitsrate gekennzeichnet. Die bekannten Probleme im System, wie Spitalslastigkeiten, Schnittstellenverluste, mittelfristige Finanzierungssicherung, sind bekannt und liegen zumeist im Einflussbereich der Länder. Sie können und werden durch die geplanten Fusionen nicht gelöst. Im Gegenteil, durch die beabsichtigte Zentralisierung im Bereich der Sozialversicherung werden neue Probleme geschaffen, da ein zentralisierter Träger auf die unterschiedlichen regionalen Erfordernisse nicht mit der gewohnten Flexibilität reagieren kann.
2. Bestehende und nicht wegzuleugnende Strukturunterschiede, wie die wegen eines geringeren Einkommensniveaus in einzelnen Bundesländern geringere Beitragsgrundlagen oder eines überproportional höheren Anteils leistungsintensiverer älterer Personen am Gesamtversichertenstand, werden in diesem Entwurf nicht berücksichtigt, wenn einerseits dem jeweiligen Bundesland jene Beiträge zur Verfügung gestellt werden, die im Bundesland entrichtet werden, und andererseits der Ausgleichsfonds ohne Äquivalent abgeschafft wird. Für das Burgenland bedeutet dies Mindereinnahmen von mindestens

11 Mio. Euro, die jedoch zur Finanzierung eines – gewünschten – gleichen Leistungsniveaus unbedingt erforderlich sind.

3. Der geplante Innovationsfonds wird zur Verschärfung von regionalen Unterschieden im Leistungsgeschehen führen, da in finanz- und somit beitragskräftigen Bundesländern entsprechend höhere Finanzmittel zur Finanzierung von Projekten zur Verfügung stehen.
4. Die geplanten Änderungen in der Ausgestaltung der Selbstverwaltung widersprechen dem Sinn einer Selbstverwaltung sowohl was das Verhältnis in der Beitragsaufbringung als auch was die Betroffenheit der Versicherten anbelangt. Dienstgeber sollen zu 50 % in der Selbstverwaltung vertreten sein, obwohl sie nur etwa ein Drittel der Beiträge aufbringen und sie insbesondere in der geplanten ÖGK überhaupt nicht als Leistungsbezieher auftreten. Aus unserer Sicht widerspricht das dem Wesen und den Intentionen einer Selbstverwaltung und wird wohl verfassungsrechtlich zu beurteilen sein.
5. Die weitreichenden Einflussmöglichkeiten der Aufsicht erscheinen ebenfalls verfassungsrechtlich bedenklich.
6. Die weitgehende Zentralisierung aller Entscheidungsprozesse in der ÖGK lässt eine Vernachlässigung der ländlichen und peripheren Regionen befürchten. Gerade entlegene nicht urbane Gebiete haben andere Anforderungen an eine öffentliche Versorgung als ein städtischer Bereich mit der dort existierenden Vielzahl an alternativen Möglichkeiten und deren leichten Erreichbarkeit.
7. Völlig unverständlich ist jedoch, dass zwar die Leistungen der nach dem ASVG versicherten Personen weitgehend angeglichen werden sollen, während für eine Minderheit der österreichischen Bevölkerung, Selbstständige und Beamte, ein deutlich unterschiedliches, besseres Leistungsniveau gelten soll.
8. Entschieden abgelehnt wird die Überführung des Prüfdienstes in die Hoheit der Finanzverwaltung, weil die Prüfergebnisse der Finanzprüfer sowohl inhaltlich (Anspruchslohnprinzip) als auch qualitativ (die Finanzprüfer erzielen durchschnittlich gerade einmal ein Drittel des Ergebnisses der SV-Prüfer) nicht akzeptabel sind. Dadurch verlieren die betroffenen Versicherten erhebliche Ansprüche bei Geldleistungen, die letztendlich von der festgestellten Beitragsgrundlage abhängen. Finanzielle Minderleistungen sind daher beim Krankengeld, beim Wochengeld, bei Unfallrenten und in weiterer Folge bei den Pensionen und bei der Abfertigung zu befürchten. Unseres Erachtens sollten sich die Prüforgane der Finanz auf finanzpolizeiliche Aufgaben vor Ort, z.B. Baustellen, Gastgewerbe etc., beschränken, die nachträgliche Prüfung von Steuern und Abgaben aber zur Gänze von den Krankenkassen erledigt werden. Das hätte nicht nur für die Kasse son-

dern auch für die anderen Sozialversicherungsträger (UV, PV), aber auch für den Bund und die Gemeinden erhebliche finanzielle Vorteile.

9. Die Zentralisierung wird zur Schwächung der Wirtschaftsbetriebe im geografischen Zuständigkeitsbereich der derzeitigen Gebietskrankenkasse führen, da eine Vielzahl an Aufträgen derzeit an lokale Anbieter vergeben wird. Inwieweit diese Anbieter weiter beauftragt werden ist fraglich, zumal die Auftragsgrößen durch die Zusammenlegung deutlich höher und vergaberechtlich anders zu bewerten sind.
10. Eine Fusion von neun Wirtschafts- und Verwaltungskörpern mit einem Umsatzvolumen von insgesamt ca. 14 Mrd. Euro, neun Standorten und 10.000 Mitarbeitern sowie eine Vielzahl von Geschäftspartnern und vertragliche Regelungen in ca. einem Jahr erfolgreich umsetzen zu wollen, erachten wir als nicht realistisch und daher gefährlich – was sowohl die finanzielle als auch die sachlich-inhaltliche Perspektive betrifft.

In der Folge nimmt die BGKK zu einzelnen Bestimmungen der beiden Gesetzesentwürfe Stellung:

Zu § 3 Abs. 4:

Eine Klarstellung, dass der Beschäftigungsort auch für die bundesweit tätige Filialbetriebe zwingend anzugeben ist, ist erforderlich, um eine bundeslandspezifischen Zuordnung der Beiträge durchführen zu können. Auch für die richtige Abfuhr der Wohnbauförderung an das jeweilige Land wäre dadurch gesichert.

Zu § 30 a Abs. 2:

Eine Klarstellung, dass eine Übertragung nur auf einen oder mehrere **betroffene** Versicherungsträger möglich ist, wäre sinnvoll.

Zu § 70 a Abs. 3:

Eine Klarstellung, was mit „am geringsten in Anspruch genommen“ gemeint ist, ist unbedingt erforderlich. Es könnte eine betragsmäßige Größe sein, aber auch Fallzahlen, z.B. Anzahl der Vertragspartnerkonsultationen, könnten gemeint sein. Gleichzeitig wird auf den erheblichen Verwaltungsaufwand, der die Administration dieser Bestimmung mit sich bringt hingewiesen, da die betroffenen Träger alle zunächst das Ausmaß ihrer Inanspruchnahme ermitteln müssen, bevor feststeht, wer die Erstattung abwickeln muss.

Zu § 84 Abs. 6:

Da die Rücklagen im Land verbleiben sollen, sollten die Richtlinien über die Gewährung von Leistungen aus dem Unterstützungsfonds auch vom Landesstellenausschuss beschlossen werden. Darüber hinaus wäre darauf zu achten, dass diese Richtlinien nicht zu eng gefasst werden, sondern ausreichend Spielraum für die Behandlung von Einzelfällen und regionalen Besonderheiten offen lässt.

Zu § 129:

Wenn die Vertragspartner ihre Leistungen zur Gänze mit der ÖGK abrechnen (und daher keine Fremdkassenabrechnung mit den Landesstellen erfolgt), kann auch eine bundeslandbezogene Darstellung des Leistungsgeschehens (Menge und Wert) nicht erfolgen; eine Darstellung in der Erfolgsrechnung der Landesstelle ist nicht möglich.

Außerdem stellt sich die Frage, wie im Zeitraum bis zum Inkrafttreten bundesweiter Verträge vorzugehen ist. Eine Übergangsregelung wäre daher erforderlich.

Zu § 131:

Auch hier wäre bis zum Inkrafttreten bundesweiter Verträge eine Übergangsregelung vorzusehen.

Eine Reduktion der Kostenerstattung bei ärztlicher Hilfe auf die festgelegte Grundvergütung und Zuschläge führt zu einer zusätzlichen Belastung der Versicherten, da tarifierte Einzelleistungen nicht berücksichtigt würden.

Zu § 149 Abs 3a:

Die zusätzliche Zahlung an den PRIKRAF im Ausmaß von 14,7 Mio. Euro wird dezidiert abgelehnt, da sie Mittel der ÖGK entzieht, die dem eher einkommensstärkeren Klientel der Privatkankeanstalten zugeführt werden. Dadurch wird einer nicht gewollten Zweiklassenmedizin Vorschub geleistet.

Zu § 319 a:

Das Einfrieren des Pauschbetrages auf 209 Mio. Euro bei 2022 entzieht der ÖGK Finanzmittel und ist abzulehnen. Die anschließend geplante Einzelabrechnung führt zu deutlich höherem Verwaltungsaufwand. Außerdem muss bedacht werden, dass am Beginn einer Behandlung nicht feststeht, ob Krankenbehandlung (KV) oder Unfallheilbehandlung (UV) zu gewähren ist. Insbesondere in strittigen Fällen kann diese Beurteilung längere Zeit erfordern.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob bei einer Einzelfallberechnung eine korrekte Zuordnung bei lang andauernder Behandlung mit wiederholten Wiederaufnahmen erfolgen kann.

Zu § 351 g Abs. 3:

Die Reduktion der Vertreter der Sozialversicherung von zehn auf acht Mitglieder führt dazu, dass die für die Erstattung der Heilmittel zuständige Sozialversicherung im 20-köpfigen Gremium immer überstimmt werden kann und ist daher im Sinne eines Ausgleichs von Versicherteninteresse und Gebarungssicherheit abzulehnen.

Zu § 420 Abs. 6 Z 5:

Die Regelung der fachlichen Eignung ist nach Ansicht der BGKK überschießend und führt zu einer starken Einschränkung jenes Personenkreises, die als Versicherungsvertreter nominiert werden können. Insbesondere auf Seite der Dienstnehmervvertreter führt dies zur Beschneidung der Rechte der Selbstverwaltung, vor allem dann, wenn es um die Ausgestaltung und Ausrichtung des Leistungsrechtes der Versicherten geht. Es wird darauf verwiesen, dass weder für die obersten Organe des Bundes- oder Landesverwaltung noch für die territoriale Selbstverwaltung auf Gemeindeebene ähnliche Regelungen existieren. Inwieweit hier in das demokratische Prinzip eingegriffen wird, wird zu klären sein. Jedenfalls muss für eine Übergangsphase sichergestellt werden, dass die Eignung in einer bestimmten Frist erworben werden kann. Außerdem muss die Durchführung der Prüfung in die Kompetenz des Dachverbandes fallen, um die Unabhängigkeit von der staatlichen Verwaltung zu garantieren.

Zu § 421:

Bei der Entsendung des Verwaltungsrats muss sichergestellt werden, dass auch die kleineren Bundesländer zur Wahrung der regionalen Interessen vertreten sind. Es steht zu befürchten, dass das Burgenland, das ausschließlich von bevölkerungsstarken Bundesländern umgeben ist, im 12-köpfigen Verwaltungsrat nicht vertreten ist und daher regionale Interessen in diesem Gremium nicht formulieren kann.

Zu § 426:

Die paritätische Zusammensetzung der Verwaltungskörper sieht die BGKK verfassungsrechtlich bedenklich, da sich diese Aufteilung weder aus den Anteilen des Beitragsaufkommens noch aus der Anzahl der zu vertretenden Versicherten und ihrer Angehörigen ableiten lässt.

Zu § 432 Abs. 1:

Warum der Verwaltungsrat einzelne Obliegenheiten nur dem Obmann bzw. dem Büro übertragen kann, nicht aber dem Landesstellenausschuss bzw. dessen Vorsitzenden, ist vor dem Hintergrund regionaler Unterschiede nicht nachvollziehbar.

Zu § 434 Abs. 2:

Die Aufzählung ist inhaltlich unklar und muss präzisiert werden:

- Was heißt Mitwirkung? Sind die Vertreter weisungsgebunden oder frei stimmberechtigt
- Was bedeutet Verhandlung? Wie weit gehen hier die Kompetenzen, wenn der Abschluss durch den Verwaltungsrat erfolgt?
- Was heißt Entgegennahme von Leistungsaufträgen? Die BGKK geht davon aus, dass diese auch von der Landesstelle bearbeitet und abgeschlossen werden; eine entsprechende Klarstellung ist erforderlich.
- Was heißt Behandlung von Anträgen an den Unterstützungsfonds? Der Landesstellenausschuss sollte darüber auch entscheiden.
- Was heißt regionale Betreuung der Versicherten, der Dienstgeber und der Vertragspartner inhaltlich? Welchen Umfang hat diese Betreuung? Bedeutet dies lediglich die Entgegennahme von Schriftstücken bzw. die Beratung von Anfragen oder beinhaltet diese Aufgabe auch die Bearbeitung und die abschließende Erledigung der Verwaltungstätigkeit, z.B. Kostenerstattung, Meldewesen, Vertragspartnerverrechnung etc.? Auch hier ist eine Klarstellung erforderlich.

Zu § 434 Abs. 2 Z 4:

Diese Textierung führt dazu, dass eine Vielzahl regionaler Verträge mit lokalen Anbietern nicht vom Landesstellenausschuss sondern zentral abgeschlossen wird – ist das wirklich gewollt?

Zu § 434 Abs. 2 Z 5:

Was wird unter „freien finanziellen“ Rücklagen verstanden? Abzulehnen ist jedoch, dass diese Rücklagen nur im Einvernehmen – also mit Zustimmung der Länder – mit der Landeszielsteuerungskommission verwenden werden dürfen. Damit erhalten die Länder Dispositionsmöglichkeit über Versichertengelder.

Zu § 434 Abs. 2 Z 10:

Die Bestellung der Landesstellenleiter und deren Stellvertreter sollte durch den Landesstellenausschuss in freier Entscheidung und nachfolgender Genehmigung durch den Verwaltungsrat erfolgen.

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Kompetenzen der Landesstellen sehr gering sind, daher eine weitgehende Zentralisierung der Entscheidungsvorgänge erfolgt und die Regionen bzw. Bundesländer entrechtet werden.

Zu § 443 Abs. 1:

Wenn die ÖGK für jedes Bundesland einen Voranschlag und eine rollierende Gebarungsvor-schaurechnung erstellen muss, ist auch sicherzustellen, dass alle Einnahmen inkl. Beiträge und alle Ausgaben – insbesondere jene, die in anderen Bundesländern verursacht werden – auf Bundeslandebene dargestellt werden können: Das bedingt auch den Erhalt der Fremdkassenverrechnung.

Im Übrigen gehen wir davon aus, dass auch ein Rechnungsabschluss je Bundesland von der ÖGK erstellt werden muss; eine entsprechende Ergänzung wäre notwendig.

Eine vierjährige Gebarungsvorschau ist aus unserer Sicht nicht zielführend, da weder Konjunkturentwicklung noch Beschäftigungsgrad oder Lohnentwicklung über eine derart lange Periode seriös geschätzt werden können. Sinnvoll und realistisch wäre eine Vorschau über zwei Jahre; gleichzeitig sollten einzelne Positionen deutlich vermindert werden, zumal etliche auf die Gesamtgebarung nur geringe Auswirkung haben, z.B. Fahrtkostenersatz.

Zu § 447a:

Die BGKK spricht sich derzeit gegen die Abschaffung des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen vor dem Hintergrund der geplanten bundeslandbezogenen Darstellung der Erfolgsrechnung und der Festlegung, dass die im Bundesland erwirtschafteten Beiträge der Landesstelle verbleiben, aus. Insbesondere die BGKK kann die im Bundesland bestehenden Strukturnachteile – geringes Lohnniveau und hoher Anteil älterer Versicherte – nicht ohne Finanzausgleich aus anderen Bundesländern bewältigen. Ohne Ausgleich besteht eine Finanzlücke von mindestens zwölf Mio. Euro, die sich durch die bereits beschlossene Leistungsharmonisierung weiter vergrößert. Die BGKK verlangt daher weiterhin einen Ausgleich in Form einer realistischen Kopfquote pro Versicherten, um Benachteiligungen der burgenländischen Versicherten auszugleichen.

Erst wenn dieser Punkt erfüllt ist, kann der geplante Innovations- und Zielsteuerungsfonds im Bereich Burgenland die ihm zugeordnete Rolle der Stärkung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Weiters gehen wir davon aus, dass die Landesstelle über diese Mittel im Rahmen der regionalen Erfordernisse, z.B. Grenzlandförderung, Präventionsprojekte, weitgehend frei entscheiden kann und nicht verbrauchte Mittel im Land verbleiben.

Zu § 448 und § 449:

Ob derart weitreichende Kompetenzen der Aufsicht noch dem Wesen einer Selbstverwaltung entsprechen, bleibt zumindest fraglich. Jedenfalls sollte eine Frist für die Einbringung eines

Einspruches oder für die Aufhebung eines Beschlusses nominiert werden; im Sinne einer raschen Erledigung sollten drei Werktage ausreichend sein.

§ 538w Abs. 1 Z 2 lit.d:

Um unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand zu vermeiden, wird vorgeschlagen, dies auf Personen zu beschränken, die nicht im per 30. Juni 2018 gültigen Dienstpostenplan enthalten sind und für einen Dienstposten ab einer Einreihung in D vorgesehen sind.

Abschließend wendet sich die BGKK nochmals dezidiert gegen die Eingliederung der GPLA-SV-Prüfer in die Finanzverwaltung und schlägt eine klare Aufgabenteilung zwischen Finanzverwaltung – finanzpolizeilichen Agenden – und Krankenkassen – Prüfung der lohnabhängigen Beiträge und Abgaben – vor. Nochmals wird festgehalten, dass die Prüfer der Krankenkassen deutlich effizienter agieren und über die Jahre signifikant bessere Ergebnisse bei ihren Prüfungen erzielt haben. Im Schnitt der letzten 10 Jahre haben die Prüfer der SV jährlich ein Mehrergebnis von über 130 Mio. Euro erzielt. Dabei geht es aber nicht nur um die Höhe der nachverrechneten Beiträge, sondern in erster Linie über die Nichtdurchsetzung von Ansprüchen der versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit folgeschweren finanziellen Einbußen. Eine auf Logik und sozialpolitischer Verantwortung basierte Entscheidung kann nur dazu führen, die Prüftätigkeit bei den Krankenkassen zu konzentrieren.

Freundliche Grüße

Der Obmann:

  
Hartwig ROTH



Der leitende Angestellte:

  
Mag. Christian MODER