



KÄRNTNER GEBIETSKRANKENKASSE

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Haidingergasse 1
Postfach 600
1030 Wien

Grundsatz und Recht
Dr Alexandra Kronig
Mag. Carmen Kramer
Tel.: 050 5855 2900
Fax: 050 5855 82900
Recht@kgkk.at
www.kgkk.at

Unser Zeichen: GUR/StgnSV-OG
Ihr Zeichen: Zl. REP-43.00/18/0186
Ihr Schreiben: vom 17.9.2018

Klagenfurt am Wörthersee, 05. Oktober 2018

Stellungnahme: Sozialversicherungs-Organisationsgesetz - SV-OG

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kärntner Gebietskrankenkasse gibt zum Gesetzesentwurf und den geplanten Änderungen folgende Stellungnahme ab:

Abschaffung der Gebietskrankenkassen

Mit der zu begutachtenden Novelle werden die Gebietskrankenkassen abgeschafft und zu Landesstellen eines neuen übergroßen Sozialversicherungsträgers mit mehr als 7 Millionen Anspruchsberechtigten abgewertet. Eine gut funktionierende und versichertennahe Krankenversicherung durch eigenständige Träger wird damit zugunsten eines zentralistischen Systems aufgegeben. Selbst die AOK Bayern hat als einer der größten Träger in Deutschland nur rund 4,5 Millionen Anspruchsberechtigte.

Die qualitativ hochwertige Betreuung der Versicherten, Dienstgeber sowie Vertrags- und Kooperationspartner durch die Kärntner Gebietskrankenkasse als eigenständiger Träger, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, wird damit verloren gehen. Mit einer Erhöhung des bürokratischen Aufwandes ist zu rechnen.

Trotzdem wird das Ziel, dass nunmehr einheitliche Regelungen für alle unselbstständig Erwerbstätigen gelten sollen, mit dieser Novelle nicht erreicht werden, da die Trennung zwischen unselbstständig Erwerbstätigen sowie Beamten, Politikern, Vertragsbediensteten und Beschäftigten von Seilbahnunternehmungen und damit eine Ungleichbehandlung dieser Versichertengruppen weiterhin aufrecht bleibt. Es ist beispielsweise nicht erklärbar, weshalb die 15 Krankenfürsorgeanstalten der öffentlichen Institutionen mit insgesamt mehr als 250.000 Anspruchsberechtigten sowie die zahlreichen Sonderregelungen für B-KUVG-Versicherte, die ebenfalls unselbstständig erwerbstätig sind, vom Gesetzgeber unangetastet bleiben. Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass es große Unternehmen in Österreich gibt die in Zukunft Dienstnehmer, die bei der ÖGK und solche, die der BVAEB versichert sind, parallel haben werden.

Hingewiesen werden darf auch darauf, dass das Gesundheitswesen in Österreich Landessache und damit dezentral organisiert ist und es nunmehr für die Ländervertreter und zahlreiche andere Kooperationspartner wie die Vertreter der Ärztekammer keine entscheidungsbefugten Ansprechpartner der ÖGK im Bundesland mehr geben wird.

Eingriff in die Selbstverwaltung

Der Gesetzesentwurf stellt aus Sicht der KGKK auch in mehreren Punkten, insbesondere im Hinblick auf die Parität der Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter, einen Eingriff in die verfassungsrechtlich gewährleistete Selbstverwaltung nach den Artikeln 120a ff der österreichischen Bundesverfassung (B-VG) dar:

In Lehre und Judikatur herrscht Einigkeit darüber, dass die Sozialversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper eingerichtet sind. Auch wenn aus dem Kompetenztatbestand des Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG keine Verpflichtung zu einer bestimmten organisatorischen Ausgestaltung der Träger der Sozialversicherung abgeleitet werden kann, muss der einfache Gesetzgeber, sofern er sich für die Einrichtung als Selbstverwaltungskörper entschieden hat, die entsprechenden einschlägigen Vorgaben der Bundesverfassung in Art 120a ff B-VG beachten, um eine Verfassungswidrigkeit der entsprechenden Bestimmungen des ASVG zu vermeiden. (Stöger in Mosler/Müller/Pfeil, Der SV-Komm § 32 ASVG)

Unserer Meinung nach negiert der vorliegende Entwurf dabei die in der Österreichischen Bundesverfassung (Art. 120a - 120c B-VG) verankerte "strukturelle Ausgestaltung der Sozialversicherung als soziale Selbstverwaltung". Dieses Recht stützt sich auf das "Prinzip der Interessengemeinschaft", das heißt einer Personengruppe mit gleichartigen oder ähnlichen Rahmenbedingungen und Bedürfnissen.

Gerade deshalb dürfte der Gesetzesentwurf den in den Art 120a ff B-VG eingeräumten Spielraum des Gesetzgebers bei der gesetzlichen Ausgestaltung von Selbstverwaltungskörpern überschreiten. Art 120c Abs. 1 B-VG verkörpert den Grundsatz demokratischer Repräsentation, in dem auch insoweit insbesondere die verfassungsgerichtliche Rechtsprechung festschreibend festgehalten wird, dass die Organe der Selbstverwaltungskörper aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden sind (Holoubek in JBI 2018, 487, Selbstverwaltung und Gewaltenteilung).

In der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen Dienstnehmer(Versicherte) und Dienstgeber Beiträge. Dienstnehmer haben darüberhinaus auch Kostenbeteiligungen (Rezeptgebühren, Kostenanteile bei Heilbehelfen uä) zu tragen. Die Dienstnehmer sind aber nicht nur „Zahlende“ im System, sondern auch auf die Leistungen angewiesen. Zudem machen sie einen weitaus größeren Anteil aus als die Dienstgeber. Unrichtig ist die immer wieder getätigte Aussage, dass Dienstgeber 50% der Beiträge zur Krankenversicherung leisten. Zu erwähnen sind neben den Kostenbeteiligungen der Versicherten auch die Krankenversicherungsbeiträge von Arbeitslosen und Pensionisten und die Leistungen des Bundes in diesem Zusammenhang. Unter diesen Aspekten ist eine paritätische Aufteilung in den Gremien mit dem demokratischen Prinzip schwer vereinbar.

Der Verwaltungsrat führt in Zukunft die Geschäfte der ÖGK. Fraglich ist, ob die Hauptversammlung ein geeignetes „Kontrollorgan“ für den Verwaltungsrat darstellt, da immerhin 12 Personen in der Hauptversammlung als Mitglied des Verwaltungsrates tätig sind. Für ein demokratisch legitimiertes Organ muss es aber ein Kontrollorgan geben.

Eine Mischform, also keine reine Selbstverwaltung, ist, wie bereits ausgeführt, gesetzlich

nicht vorgesehen, weshalb die vorgesehenen Eingriffe in die Selbstverwaltung auf die verfassungsrechtliche Vereinbarkeit hin kritisch zu hinterfragen sind!

Auch der Mitwirkung der ursprünglich geplanten 2 Vertreter im Verwaltungsrat ist eine klare -weil verfassungswidrig -Absage zu erteilen. Allerdings ist das jetzt offenbar ohnehin nicht mehr so offensichtlich vorgesehen und es wird anscheinend versucht durch diverse „Hintertüren“ im Rahmen der Aufsicht Einfluss zu nehmen.

Finanzielle Auswirkungen

Im Vorblatt finden sich die Ausführungen, dass 2019 unter den Vorbereitungsmaßnahmen neben der Einsetzung von Überleitungsausschüssen, die Vergabe von externen Verträgen zur Begleitung der Umstrukturierung vorgesehen ist und diese Maßnahmen nur als "geringfügige Mehraufwendung" bezeichnet werden und auch nicht betraglich hinterlegt sind. Dies ist jedenfalls kritisch zu hinterfragen.

Die fusionsbedingten Aufwendungen wie anteilige Personalaufwendungen, Übersiedlungskosten, Adaptierungskosten im EDV-Bereich uä werden zwar in Worten, wenn auch nur rudimentär angeführt, es folgt jedoch keine Kostenschätzung. Es findet sich lediglich der Satz: "Allerdings bleibt eine endgültige Ausgestaltung allfälliger Harmonisierungsmaßnahmen abzuwarten bevor eine valide Schätzung abgegeben werden kann." Diese Ausführungen widersprechen klar und deutlich den Regelungen in § 17 Bundeshaushaltsgesetz, wo in Absatz 4 auch finanzielle Auswirkungen auf Sozialversicherungsträger darzustellen sind.

Es wird darauf hingewiesen, dass mit sehr hohen fusionsbedingten Aufwendungen zu rechnen ist. Allein die Kosten für die Zusammenführung der bereits jetzt von allen Gebietskrankenkassen im Gleichklang eingesetzten Standardprodukte im EDV-Bereich zu einer Anwendung werden beträchtlich sein.

Auch habe laut den Ausführungen die Senkung des UV-Beitrages um 0,1% keine budgetären Auswirkungen, was schlicht und einfach falsch ist.

Bezüglich Personal- und Budgetentscheidungen lässt der Gesetzesentwurf viele Fragen offen. Angenommen wird eine lineare Einsparung von 10% der Personal- und Sachaufwendungen ab 2023 iHv 33 Mio Euro ohne Veränderung des Leistungsniveaus, das sollen bis 2026 350 Mio. Euro insgesamt sein.

In der KGKK stehen voraussichtliche Pensionierungen in den Jahren 2019 bis 2023 von insgesamt 45 MitarbeiterInnen an. Durch Pensionierung kann daher wohl kaum das erforderliche Einsparungspotential erzielt werden.

Auch hätte eine Reduktion (keine Nachbesetzung) des Personals vielfältige Auswirkungen. Dadurch käme es zu einer Verringerung des derzeit angebotenen Dienstgeber-, Vertragspartner- und Versichertenservice sowie von Gesundheitsförderungsangeboten und voraussichtlich auch zu einem Qualitätsverlust.

Eine Reduzierung der Gesundheitsförderung würde beispielsweise zu einer Steigerung der Kosten im kurativen Bereich führen. Dadurch kann das Ziel „Erhöhung der gesunden Lebensjahre“ nur verzögert oder durch die Auslagerung von Leistungen erreicht werden. Dies würde wiederum zu einem finanziellen Mehraufwand bzw. einer Verschiebung der Kosten und letztendlich zu einer Verschlechterung für Versicherte führen.

Auch aufgrund der laufend umgesetzten Leistungsharmonisierung und den dazu durch die Sozialversicherungsträger erfolgten Berechnungen ist das im Gesetzesentwurf angeführte Einsparungspotential nicht nachvollziehbar und stimmt auch nicht mit der über die Medien kolportierten Patientenmilliarde überein. Es ist völlig unschlüssig woraus, selbst wenn man nur auf die in den Erläuternden Bemerkungen berechneten Einsparungspotentiale abstellt,

sich die Einsparungen ergeben sollen, ohne dass sich dies auf das Leistungsniveau auswirkt. Dazu ist außerdem festzuhalten, dass aus juristischer Sicht eine Leistungsharmonisierung an den Grenzen des in der österreichischen Bundesverfassung verankerten Gleichheitssatzes zu messen ist und Absenken des Leistungsniveaus für größere Gruppen von Versicherten (zB in mehreren Bundesländern) die Vorgaben des Gleichheitssatzes nicht gewährleisten kann.

Außerdem können verwaltungsökonomische Überlegungen wie die Einsparungsziele, die mit der Zusammenlegung erreicht werden sollen, nicht grundsätzlich jede gesetzliche Regelung, wie ein Absenken des Leistungsstandards, rechtfertigen. Dies ist nicht in Einklang mit der Judikatur des Verfassungsgerichtshofes (VfSlg 13.027/1992) zu bringen. Eine Angleichung auf einem niedrigeren Niveau müsste jedenfalls sachlich gerechtfertigt sein (siehe dazu VfSlg 17.886/2006).

Zur finanziellen Zukunft der Landesstellen tätigt der Gesetzesentwurf keinerlei verbindliche Aussage. Die Sicherstellung, dass alle Beiträge ins jeweilige Bundesland zurückfließen, ist bei der Reform ein Standardsatz und ein "Reformzuckerl". Diese Zusicherung muss ohne jegliche Euphorie sowieso machbar sein. Die Beiträge der GKKs machen ja nur 75 bis 85 % der Erträge aus. Würden diese nicht zurückfließen, könnten viele Vertragspartner-/ Versicherungsleistungen des jeweiligen Bundeslandes nicht bezahlt (dezentral bzw. zentral) werden. In diesem Zusammenhang stellt sich außerdem die Frage, wie diese in §443 Abs 1 letzter Satz zugesicherte Versprechung bei bundesweit tätigen Dienstgebern (zB Handelsketten) auszulegen ist. Wir gehen davon aus, dass diese Beiträge ins Bundesland des Beschäftigungsortes zurückfließen, da auch hier die Leistungen für die Anspruchsberechtigen zu erbringen sind.

Zur Aufgabenbündelung ist dem Gesetzesentwurf nicht zu entnehmen wie diese erfolgen soll und Einsparungen insbesondere im EDV Bereich erzielt werden sollen. In der Sozialversicherung sind bereits seit vielen Jahren Standardprodukte im Einsatz und auch die Zahl der Rechenzentren wurde bereits minimiert. Einsparungspotentiale sind in diesem Bereich nicht ersichtlich.

Zahlreiche Aufgaben werden unter den Trägern bereits seit Langem abgestimmt und im Rahmen von gemeinsamen Arbeitssitzungen koordiniert. Als Beispiele seien nur die Leistungsreferentenbesprechung, die einheitliche Vorgehensweise im Bereich des Meldewesens oder die Koordinierungen im GPLA-, Vertragspartner-, Beitragseinbringungs- und im Datenschutzbereich genannt, wobei oftmals verbindliche Vorgehensweisen vereinbart und Handlungsleitfäden festgelegt werden.

Auch wird eine Bündelung einzelner Bereiche und eine Verlagerung weg von den Landesstellen, wie zB der Beitragseinbringung zum Verlust des Praxisbezuges führen, da Erhebungen über Vermögensverhältnisse im Zusammenhang mit Exekutionen nur direkt vor Ort und in enger Zusammenarbeit mit den Bezirksgerichten und den dortigen Gerichtsvollziehern erfolgen können. Unklar ist daher aus heutiger Sicht wie die Beitragseinbringung der ÖGK im Zuge der geplanten Aufgabenbündelung organisiert werden wird und damit auch die Zukunft der in der Beitragseinbringung aktuell beschäftigten Dienstnehmer.

Die Umstrukturierung der Beitragseinbringung ist jedenfalls nur dann verfassungsrechtlich in Ordnung, wenn die Verantwortung und Kontrolle bei der Selbstverwaltung verbleibt, da es um den essentiellen Punkt der Einbringung von Beitragseinnahmen geht. Diese Punkte sind auch für die GPLA ins Treffen zu führen.

Im Hinblick auf die Beschaffung ist darauf hinzuweisen, dass von der KGKK zu mehr als 100 heimischen Unternehmen laufende Vertragsbeziehungen bestehen. Bei der Umsetzung des geplanten Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes ist damit zu rechnen, dass Aufträge nicht an regionale Unternehmen vergeben werden und somit die lokale Wertschöpfung dadurch verloren geht.

In der wirkungsorientierten Folgenabschätzung wird festgehalten, dass das Vorhaben keine finanziellen Auswirkungen auf Bund, Länder und Gemeinden hat. Bei der Stärkung des Aufsichtsrechts wiederum werden die massiven Eingriffe in die Selbstverwaltung damit gerechtfertigt, dass Bundesmittel betroffen sind. Auch diese Argumentation ist daher in sich selbst widersprüchlich.

Auf einen **Kassenfinanzkraftausgleich** in der Form einer solidarischen Mitfinanzierung für den Krankenversicherungsschutz von Arbeitslosen, Asylwerbern und Geringverdienern - sprich schlechten Risiken - wurde im Entwurf gänzlich vergessen, obwohl Versicherungsträger wie zB die BVA Rücklagen von € 700 Mio. aufweisen und im Wesentlichen gute Risiken verwalten.

Am Rande sei noch angemerkt, dass im Entwurf zahlreiche redaktionelle Fehler enthalten sind, im Gesetzestext kommt der Hauptverband anstelle des Dachverbandes vor bzw ist das eine Mal von der ÖKK, dann von der österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) die Rede, auch die Gebietskrankenkassen und Betriebskrankenkassen bleiben weiterhin im Gesetzestext erhalten. Im § 23 des Entwurfes beispielsweise ist die ÖGK als einziger Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG festgelegt, trotzdem wird in Absatz 2 von "den Trägern" gesprochen. Das Ärztegesetz sowie das Zahnärztegesetz wurden beim SV-OG vergessen. Dort finden sich generell und auch bezüglich Gruppenpraxen noch die örtlichen Gebietskrankenkassen.

Zu den einzelnen Bestimmungen ist Folgendes festzuhalten:

Zu § 30 Abs. 2 Z 2:

Unklar ist die Auswirkung auf das bestehende Leistungsangebot beispielsweise aus dem Bereich Gesundheitsförderung. Nach welchen Kriterien die Vereinheitlichung erfolgt, bleibt unklar - ebenso wie es offen bleibt, ob trägerspezifische Handlungsfelder weiter bestehen bleiben - dies v.a. in Beachtung der diesbezüglichen Finanzierungsmöglichkeiten.

Zu § 30a Abs. 1 Z 7:

Mit der Einführung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung mit 01.01.2019 und des dadurch bedingten neuen Melde- und Abrechnungssystems werden die Beitrags- und Verrechnungsgruppen abgelöst. Ersetzt werden sie durch ein überschaubares und leicht zu handhabendes Tarifsystem. Der Begriff Beitragsgruppen entspricht daher nicht der Rechtslage ab 01.01.2019.

§30b Abs 1 Z 4:

Die Beschlussfassung über die Herausgabe des Erstattungskodex (EKO) fällt in die Zuständigkeit des neuen Dachverbandes. Aus dieser Formulierung ist jedoch nicht ableitbar, wer tatsächlich für die Herausgabe zuständig sein soll und finden sich diesbezüglich auch keine Hinweise im Gesetzesentwurf.

Die vorbereitenden, zeitintensiven Arbeiten zur Aufnahme von Heilmitteln in den Erstattungskodex werden von der Abteilung VPM des Hauptverbandes durchgeführt, die augenscheinlich zur ÖGK wandert. Dies ist eindeutig abzulehnen, dabei handelt es sich um eine Aufgabe des Dachverbandes, da der EKO von allen Träger und nicht nur von der ÖGK anzuwenden ist.

Sollte diese Vorbereitungen tatsächlich von der ÖGK durchgeführt werden, ist sicherzustellen, dass der dafür notwendige Aufwand finanziell anteilmäßig von den Sonderversicherungsträgern mitgetragen wird.

Bis dato werden die notwendigen Mittel des HV durch Beiträge der Sozialversicherungsträger entsprechend den Verbandsbeitragspunkten aufgebracht. Die Verbandsbeitragspunkte werden gemäß § 15 der Satzung des Hauptverbandes durch die Trägerkonferenz festgesetzt und entsprechend den Beitragseinnahmen der Sozialversicherungsträger berechnet.

Darüberhinaus könnten auch noch andere Bereiche davon betroffen sein, wenn die zuständigen Abteilungen vom Hauptverband in die ÖGK übergehen.

Zu § 70 Abs. 2:

Auch bei der Erstattung von Beiträgen in der Pensionsversicherung gibt es eine wesentliche Änderung. Mit in Kraft treten der neuen Rechtslage sind der versicherten Person nicht wie bisher die auf den Überschreitungsbetrag entfallenden Beiträge in halber Höhe (11,40%) sondern 45% der auf den Überschreitungsbetrag entfallenden aufgewerteten Beiträge (neu 10,26%), jeweils mit dem der zeitlichen Lagerung entsprechenden Aufwertungsfaktor (§ 108 Abs. 4) zu erstatten. Diese Änderung hat auf die Krankenversicherungsträger keine Auswirkung, aber auf die Versicherten, welche nunmehr analog zu den Erstattungsbeiträgen in der Krankenversicherung ein Weniger an Beitragserstattung zu erwarten haben.

Zu § 70a Abs.1: Mehrfachversicherung in der Krankenversicherung nach dem ASVG und dem GSVG bzw. nach dem ASVG und/oder GSVG sowie nach dem BSVG und B-KUVG:

Vorgesehen ist, dass künftig den Versicherten der gesamte von ihnen zu tragende Beitrag (Dienstnehmeranteile betreffend Beitragsteil, Zusatzbeitrag) in der Krankenversicherung, der auf den Überschreitungsbetrag fällt, von Amts wegen erstattet wird.

Dazu ist im Gegensatz zur geltenden Rechtslage weder ein Antrag noch die Einhaltung einer Ausschlussfrist- von drei Jahren wie derzeit in der Krankenversicherung vorgesehen, nötig. Während man in den Erläuterungen davon spricht, „auch die Probleme und die bürokratischen Hürden, die sich aus den unverständlichen und lästigen Mehrfachversicherungen ergeben, ... der Vergangenheit angehören“ sollen, wird in den Erläuterungen kein Wort darüber verloren, warum die Versicherten mit in Kraft treten der neuen Rechtslage insgesamt auf Beiträge verzichten sollen. Zu beachten ist, dass durch den vorgesehenen § 70a Abs. 1 ASVG den Versicherten die Beiträge nicht wie bisher mit 4%, sondern nur noch in jener Höhe zu erstatten sind, in der diese Beiträge von der versicherten Person zu tragen sind (aktuell 3,87%).

Das bedeutet eben, wie bereits erwähnt, dass Versicherte mit in Kraft treten der neuen Rechtslage eine geringere Beitragserstattung zu erwarten haben.

Der Ordnung halber muss auch festgehalten werden, dass bereits jetzt das klassische Antragsprinzip in § 70a Abs. 3 ASVG insofern aufgeweicht wird, als nur bei der erstmaligen Erstattung von Beiträgen in der Krankenversicherung ein Antrag vorgesehen ist. Mit dem erstmaligen Antrag kann gleichzeitig auch ein Antrag für die folgenden Beitragsjahre gestellt werden (quasi ein Automatismus auf Antrag) und dieser gilt so lange, bis der (die) Versicherte bei dem Versicherungsträger versichert ist.

Zu § 70a Abs. 3:

Unserer Ansicht nach ist die gegenständliche Bestimmung, wonach der leistungszuständige Versicherungsträger die Beitragserstattung durchzuführen hat, der von der versicherten Person und Ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist, völlig unbestimmt. Darüber hinaus stellt sich gerade bei solchen Bestimmungen immer wieder die Frage der Umsetzung in der Praxis. Da bei Beibehaltung dieser Bestimmung seitens der beteiligten Versicherungsträger jedenfalls mit einem administrativen Mehraufwand zu rechnen ist, wird unsererseits diese Bestimmung als viel zu undefiniert abgelehnt.

Zu § 131 Abs.1:

Neben der bisherigen tariflich basierten Kostenerstattung sollen hinsichtlich der ärztlichen Hilfe Grundvergütungen und Zuschläge in der Satzung festgelegt werden. Den Erläuterungen ist zu entnehmen, dass aufgrund der Möglichkeit des Abschlusses differenzierter gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen eine unterschiedliche Honorierung der Vertragspartner aufrecht bleibt. Inwieweit durch diese Festlegung eine bundesweit einheitliche Kostenerstattung erreicht wird, ist aus unserer Sicht momentan nicht nachvollziehbar. Das System wird dadurch intransparenter und komplexer. Zudem stellt sich die Frage, ob durch den Dachverband eine entsprechende verbindliche Mustersatzungsbestimmung beschlossen werden muss. Auch erscheint diese Regelung verfassungswidrig, da sie sich im selben Absatz widerspricht. Die 80% Regelung ergibt völlig andere Erstattungsbeträge je nach Gesamtvertrag als eine Regelung in der Satzung. Dies könnte von Versicherten durchaus aus Gründen der Verfassungswidrigkeit angefochten werden.

Auch dass die Inkrafttretensregelung dieser Bestimmung nach §718 Absatz 4 durch Verordnung der Sozialministerin erfolgen soll, entspricht nicht dem Stufenbau der Rechtsordnung.

Zu § 149 Abs. 3a:

Diese Gesetzesänderung ist klarer Ausdruck, dass die 2-Klassen Medizin vom Gesetzgeber anstatt abgebaut, forciert werden soll. Im Jahr 2019 wird der PRIKRAF-Fonds in der Höhe von 14,7 Millionen Euro (+ ca. 11%) großzügig erhöht. Eine Begründung dafür findet sich nicht. Laut der Erläuterung soll die Erweiterung der Mitglieder um die Privatklinik Währing (Ärztlicher Leiter: Dr. Artur Worseg) erfolgen, was nicht nachvollziehbar ist. Laut Informationen aus dem Hauptverband waren diesbezüglich vor dem Gesetzesentwurf keine entsprechenden Änderungen geplant, auch ist auf das Insolvenzverfahren der damaligen Betreibergesellschaft im Jahr 2011 hinzuweisen. Unpassend ist diese Aufnahme in den PRIKRAF auch im Hinblick darauf, dass die Privatklinik Währung auf Ihrer Homepage damit wirbt, dass sie ein breites Spektrum an kosmetischen Operationen anbietet, andere medizinische Leistungen werden nicht präsentiert. Im Hinblick auf die klare Nichtzuständigkeit der Krankenversicherung für rein kosmetische Operationen erscheint dies doch etwas verwunderlich.

Zu §319a:

Der Pauschalbetrag wird von 2018 bis 2022 mit EUR 209 Mio eingefroren, was der Krankenversicherung zum Nachteil gereicht, der Verlust dürfte beträchtlich ausfallen.

Danach erfolgt offensichtlich eine Einzelfallverrechnung, der dafür erforderliche massive Verwaltungsaufwand sollte dabei jedoch nicht außer Betracht bleiben, das haben bereits die Erfahrungen bei Umstellung auf Echtkostenverrechnung für die Sozialgerichtsverfahren der Träger nach § 93 ASGG gezeigt.

Die In- und Außerkrafttretensregelungen für diese Bestimmung widersprechen sind.

Zu § 341 Abs 1:

Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen sowie den Gruppenpraxen werden jeweils durch Gesamtverträge geregelt. Diese sind von den Trägern der Krankenversicherung mit der Österreichischen Ärztekammer jeweils bundeseinheitlich abzuschließen. Die Konferenz kann beschließen, dass ein für alle Träger der Krankenversicherung verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

Demnach können auch weiterhin unterschiedliche Gesamtverträge bei den Krankenversicherungsträgern bestehen.

Bundesweite Gesamtverträge wie z.B. KFO, VU, und PrimV-GV, Apotheken sind vom Dachverband abzuschließen. Die Abteilung Vertragspartner des Hauptverbandes geht aber laut Gesetz nicht zum Dachverband über, sondern geht zur ÖGK.

Zu § 342 Abs 2b und 2c:

Gemäß § 434 Abs 2 Z 2 ASVG können auf regionaler Ebene Honorarverhandlungen geführt werden. Wie weit dieser Spielraum reicht, ist nicht bekannt. Inwieweit die "Verhandlungen" in die Verträge eingehen auch nicht. Nach den Erläuterungen handelt es sich dabei um Zu- bzw. Abschläge von der bundesweiten Honorarvereinbarung. Aus praktischer Sicht sind regionale Abschläge undenkbar.

Zu §§343d und 347:

Nach diesen Bestimmungen sind die Kanzleigeschäfte der Schiedskommissionen kalenderjährlich abwechselnd von der ÖGK und der ÄK bzw. ZÄK des jeweiligen Landes zu führen. Durch diese Formulierung könnte man darauf schließen, dass die Kanzleigeschäfte alle zwei Jahre nach Wien (Sitz der ÖGK) wandern sollen. Dies wäre natürlich für die Organisation katastrophal und würde die Verfahren nur noch weiter verzögern, da die Vorsitzenden (pensionierte Richter) im Bundesland ansässig und tätig sind. In diesem Zusammenhang verweisen wird außerdem auf unser Schreiben vom 04.12.2017 an den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, indem wird eine Gesetzesänderung angeregt haben, die zu einer Verfahrensbeschleunigung führen würde, und bis heute keine Antwort erhalten haben.

Zu §351g Abs. 3:

Mit §351g wird die Zusammensetzung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK) neu geregelt:

bisheriger Zusammensetzung:

- 10 Vertreter der SV
- 3 unabhängige Vertreter der Wissenschaft (Pharmakologen, Mediziner von Universitätsinstituten)
- 2 Vertreter der WKO
- 2 Vertreter der Bundesarbeitskammer
- 2 Vertreter der ÖÄK
- 1 Vertreter der österr. Apothekerkammer
- 1 Vertreter der Bundesländer

neue Zusammensetzung:

- 2 Vertreter des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG)
- 8 Vertreter der SV
- 3 unabhängige Vertreter der Wissenschaft (Pharmakologen, Mediziner von Universitätsinstituten)
- 2 Vertreter der WKO
- 2 Vertreter der Bundesarbeitskammer
- 2 Vertreter der ÖÄK
- 1 Vertreter der österr. Apothekerkammer
- 1 Vertreter der Bundesländer
- 1 Vertreter der Patientenanwaltschaften (ohne Stimmrecht)

Durch die Neuregelung wird die Sozialversicherung geschwächt, es befinden sich nur mehr 8 Vertreter der Sozialversicherung in der HEK. Hinzukommen 2 Vertreter des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen, um die staatliche Verwaltung in die HEK zu drängen.

Gemeinsam mit der damaligen AGES PharmMed wurde das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) gegründet, bestehend aus drei, vom Bundesminister für Gesundheit ernannten Mitgliedern.

Das BASG vollzieht hoheitliche Aufgaben im Kontroll- und Zulassungsbereich der Arzneimittel und Medizinprodukte und ist eine dem Bundesministerium für Gesundheit nachgeordnete Behörde.

Zu §420 Abs 6 Z 5:

Versicherungsvertreter haben nunmehr eine Informationsveranstaltung des Dachverbandes zu besuchen und einen Eignungstest zu absolvieren. Die Prüfungskommission wird von der Sozialministerin gemeinsam mit dem Finanzminister bestellt. Keine Prüfung zu absolvieren haben SV-Dienstgeprüfte, Absolventen eines rechts-, bzw. wirtschaftswissenschaftlichen Studiums und Personen, die mindestens 5 Jahre als Geschäftsführer einer juristischen Person tätig waren - eine erfolgreiche Geschäftsführung wird nicht verlangt. Ob eine Geschäftsführertätigkeit eine sachliche Qualifikation für ein Mandat als Versicherungsvertreter darstellt, wird in Frage gestellt.

Auch im Lichte des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes erscheint diese Bestimmung bedenklich. Für bestimmte Personengruppen solche Tests zu verlangen, während man anderen, etwa Geschäftsführern, eine solche Eignung unterstellt, stellt für uns eine sachlich nicht gerechtfertigte Bevorzugung oder Benachteiligung von bestimmten Personengruppen dar.

Zu §432:

Der Verwaltungsrat führt die Geschäfte der ÖGK. Delegationen von Aufgaben an den Obmann oder das Büro erfolgt mittels Anhängen zur Geschäftsordnung. Da in Zukunft die Geschäftsordnungen von der Sozialministerin zu genehmigen sind, wird dies auch für die Anhänge und damit für die Aufgabendelegation in der ÖGK gelten.

Jedenfalls kann der Verwaltungsrat laufende Verwaltungsgeschäfte bis zum eineinhalbachen des für das jeweilige Jahr festgesetzten Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz (das sind 2018 € 331.500), Personalangelegenheiten mit Ausnahme des bereichsleitenden und leitenden Dienstes, des höheren Dienstes und des ärztlichen Dienstes (leitender Arzt und Stellvertreter), Leistungsangelegenheiten und die Vertretung nach außen übertragen.

Bei Abschlüssen von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartner/inne/n, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen, ist eine Zweidrittelmehrheit des Verwaltungsrates erforderlich. Diesbezüglich sind zahlreiche Verträge für das Bundesland Kärnten betroffen. Inwiefern diese auf regionaler Ebene noch verhandelt werden können ist nicht zu entnehmen.

Offen ist auch noch, wo künftig die Vereinbarungen mit „Sonstigen Vertragspartnern“ (z.B. Suchtambulanzen, Ergotherapie, etc) beschlossen bzw. verhandelt werden.

Die bisherige Zustimmung zu Liegenschaftsangelegenheiten bzw. die Erstellung von Dienstpostenplänen in den Gehaltsgruppen F und G des Hauptverbandes fällt weg. In Liegenschaftsangelegenheiten hat die Bedarfsprüfung durch den Träger selbst zu erfolgen. Die Prüfung ist dabei jedoch an Kriterien gebunden, die die Sozialministerin mit Verordnung vorgibt. Die Genehmigung der Dienstpostenpläne erfolgt künftig durch die Aufsichtsbehörde. Hier bestehen mehrere Ansatzpunkte für eine verfassungswidrige Regelung die den Grundsätzen der Selbstverwaltung widerspricht. Selbstverwaltungskörper haben nach Artikel 120b B-VG das Recht ihre Aufgaben in eigener Verantwortung frei von Weisungen zu besorgen. Das Aufsichtsrecht erstreckt sich in erster Linie auf die Rechtmäßigkeit der Verwaltungsführung. Hier wird das Aufsichtsrecht zum Eingriffsrecht umfunktioniert, um bei

der Erstellung von Dienstpostenplänen und damit der Gestaltung des Büros und der Aufbauorganisation eines Selbstverwaltungskörpers steuernd eingreifen zu können.

Der VfGH hat in der Vergangenheit auch festgehalten, dass eine gegenüber staatlichen Organen weisungsgebunden arbeitende Selbstverwaltung verfassungswidrig wäre (VfSlg 17.023/2003).

Die Regelung, dass Beschlüsse des Verwaltungsrates im Internet zu verlautbaren sind, soweit nicht Datenschutz dagegen spricht, ist entbehrlich, da Datenschutz in nahezu allen Fällen relevant ist und Beschlussfassungen, die für die Versicherten relevant sind, wie zB über die Satzung oder die Krankenordnung, ohnehin bereits jetzt veröffentlicht werden.

Zu §433:

Die Zuständigkeit der Hauptversammlung ist die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag, den Jahresbericht des Verwaltungsrates, der aus dem durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer geprüften Rechnungsabschluss und den Statistischen Nachweisungen besteht und die Entlastung des Verwaltungsrates.

Im Gesetz ist kein Recht vorgesehen, dass der Landesstellenleiter an den Sitzungen der Verwaltungskörper teilnehmen darf, dies darf nach § 435 nur der Leitende Angestellte der ÖGK und sein Stellvertreter. Ein entsprechendes Recht sollte auch für den Landesstellenleiter verankert werden.

Die paritätische Besetzung der Gremien erscheint wie bereits oben ausgeführt verfassungswidrig. Im Hauptverbandserkenntnis (VfSlg 17023/2003) stellt der VfGH auf die zentrale Bedeutung des den Selbstverwaltungskörper begründenden Personenkreises ab - es muss also ein Bezug zur bedeutsamsten und größten Personengruppe dieses Selbstverwaltungskörpers, den Versicherten, bestehen, um ausreichend demokratisch legitimiert zu sein. Auch in Anbetracht dessen, dass die Dienstgeber einen Teil der Beiträge zahlen, lässt sich diese überproportionale Repräsentation der Dienstgeber nicht mit den Grundsätzen einer Selbstverwaltung vereinbaren. Die Betroffenheit der Dienstgeber ist viel geringer als die Betroffenheit der Versicherten, die einerseits Beitragszahler als auch Leistungsempfänger sind und daher auch allfällige Kostenbeteiligungen entrichten.

Insbesondere unter Beachtung dessen, dass bei der neuen BVAEB die Regelung von 7 Dienstnehmervertretern und 3 Dienstgebervertretern gilt und dies nach den Erläuterungen als "ausgewogen" bezeichnet wird, erscheint die Argumentation des Gesetzgebers zur Parität bei der ÖGK noch unschlüssiger.

Außerdem sind die Mitglieder des Verwaltungsrates auch Mitglieder der Hauptversammlung, was dazu führt, dass sich diese selbst entlasten. Eine notwendige Kontrolle ist damit nicht gegeben.

Zu §434:

Den Landesstellen verbleiben nur sehr geringe Kompetenzen, es erfolgt eine völlige Zentralisierung. In welcher Form bzw. in welchem Umfang die Aufgaben der Landesstellenausschüsse zu erledigen sind, wird weder im Gesetzestext noch in den Erläuterungen näher ausgeführt.

Maßgebliche Kompetenzen, wie zum Beispiel die Dotierung des Unterstützungsfonds und die Erlassung von Richtlinien fallen weg und sorgen im Ergebnis für mehr Bürokratie und weniger Versichertennähe. Auf Besonderheiten im Bundesland kann damit in Zukunft nicht mehr eingegangen werden.

Zu § 434 Abs. 2 Z 11:

Entsprechend der obigen Bestimmung obliegen den Landesstellenausschüssen der Österreichischen Gesundheitskasse nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des

Verwaltungsrate die regionale Betreuung der Versicherten, der Dienstgeber/innen und der Vertragspartner/innen. Enttäuschend ist jedenfalls der Umstand, dass man sich in den Erläuterungen nicht die Mühe gemacht hat, festzuhalten, in welcher Form und in welchem Umfang diese Aufgaben zu erledigen sind. Es wäre nicht nur wünschenswert, sondern absolut notwendig, wenn gerade Fragen der Zuständigkeiten der Österreichischen Gesundheitskasse und der Landesstellenausschüsse hinreichend determiniert werden.

Losgelöst von juristischen Gesichtspunkten ist ganz allgemein festzuhalten, dass mit dieser ASVG-Novelle eine komplette Umorganisation der österreichischen Sozialversicherung sowie eine völlige Neuordnung der Zuständigkeiten und Kompetenzen stattfindet. Das System der österreichischen Sozialversicherung ist auf autonom handelnde Sozialversicherungsträger, die auf Basis der einschlägigen Gesetze die Umsetzung vor Ort durchführen, aufgebaut. Dies entspricht dem historischen Selbstverständnis als solidarische Absicherung (ähnlich wie dem Genossenschaftsprinzip) im Wege überschaubarer Einheiten in Selbstverwaltung, welche vor Ort und möglichst direktem Bezug zu den versicherten Personen die Sozialversicherung durchführen.

Es ist davon auszugehen, dass sich das individuelle Service der Gebietskrankenkassen als Anlaufstellen durch die vorgesehene Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) unter Berücksichtigung des vorliegenden Entwurfes nicht verbessern wird. Ein Bürokratiemonster, das alle Aufgaben in sich vereint, beschäftigt sich in der Verwaltung nur noch mit sich selbst, ist teurer und wird die Versicherten nicht in der gewohnten Art und Weise servicieren können. Die Verwaltungskosten der Krankenversicherung liegen konstant bei weniger als 3% der Einnahmen. Somit kommen mehr als 97% der Einnahmen wieder bei den Versicherten an. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten ein Spitzenwert.

Die Nähe zu den Menschen ist das Um und Auf in der Gesundheitsversorgung. Unser derzeitiges System ist näher dran an den Versicherten als jede andere Alternative.

Zu §443:

Nach dieser Bestimmung ist von den Versicherungsträgern und dem Dachverband ein Voranschlag und im Zusammenhang damit vierteljährlich eine rollierende Gebarungsvorschaurechnung (neu 4 Jahre) zu erstellen. Für die ÖGK sind diese Vorschauen sowohl je Bundesland, als auch für den gesamten Bereich des Versicherungsträgers zu erstellen, wobei die Versicherten den einzelnen Bundesländern auf Grund des Beschäftigungsortes bzw. bei den Pensionisten auf Grund des Wohnortes zuzuordnen sind. Es ist sicherzustellen, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.

Wie diese bundeslandbezogenen Aufstellungen (Voranschlag, GVR, ER ??) konkret aussehen werden, lässt sich aufgrund der genannten Bestimmungen nicht erahnen. Insofern auch deswegen, da die Beiträge, Leistungsersätze, Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen, sonstige betriebliche Erträge, Finanzerträge zentral abgerechnet werden.

Vieles könnte nur über Schlüssel zugeteilt werden und es stellt sich überhaupt die Frage, wenn eine so wichtige Einnahmenquelle wie der **Ausgleichsfonds** ersatzlos gestrichen wird, ob eine der Erfolgsrechnung gleichende landesbezogene Aufstellung überhaupt Sinn macht. Zudem schafft ein Vergleich unter den Bundesländern neuen Erklärungsbedarf und ungerechte Kritik. Für ein landesstellenbezogenes Benchmarking bietet sich bereits eine Vielzahl von vorhandenen Datenquellen (Datenbanken) an.

Zu § 444:

Die Konferenz beschließt die Zielsteuerung nach Anhörung der Versicherungsträger. Vor der Beschlussfassung sind die Ziele mit der Sozialministerin und dem Finanzminister abzustimmen. Des Weiteren ist vorgesehen, dass die Zielsteuerung und deren Evaluierung **nach Weisungen** der Sozialministerin in Abstimmung mit dem Finanzminister zu erfolgen hat. Auch darin ist ein klarer Eingriff in die Selbstverwaltung zu erblicken. Ein Aufsichtsrecht rechtfertigt diesen Eingriff nicht und widerspricht diese Regelung der Judikaturlinie des Verfassungsgerichtshofes zur Selbstverwaltung.

Zu §§447a und 447b:

Der für den Ausgleich struktureller Nachteile bedeutsame **Ausgleichsfonds der GKKs** wird infolge der Zusammenlegung der GKKs gestrichen. Daraus müsste man im nächsten Schritt auch annehmen, dass die landesspezifische Erstellung einer Erfolgsrechnung (in der bisherigen Form) ebenfalls nicht mehr stattfindet.

Anstelle des in der Struktur "Gebietskrankenkasse" bestens funktionierenden Ausgleichsfonds wird ein **Innovations- und Zielsteuerungsfonds der ÖGK** geschaffen. Die Dotierung erfolgt über € 100 Mio. Bundesmittel und 0,8 % der Beitragseinnahmen. (im Gesetz fehlt der Passus, dass diese Beträge jährlich fließen).

Auf Basis des Jahres 2017 wäre dieser Fonds mit Mitteln in der Höhe von ca. € 190 Mio./jährlich dotiert. Die Mittel werden für die Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten verwendet.

Durch die geringere Dotierung mit GSBG-Mitteln entzieht der Bund der neuen ÖGK Gelder in der Höhe von € 35 Mio. gegenüber der Ausgleichsfondsregelung.

Dieser Innovationstopf ist viel zu hoch dotiert. Man zweckwidmet Finanzmittel des laufenden Budgets für spezifische Projekte, während man im laufenden Budget für diverse noch zu tätige Harmonisierungsschritte dringend Finanzmittel brauchen wird - zudem die Einsparungsmilliarden im Zeitraum 2020 bis 2023 ja reine Fiktion ist.

Weiters kommen die aus dem Innovationstopf finanzierten Gesundheitsprojekte auch den anderen KVTrägern zugute. Eine entsprechende Kostenbeteiligung lässt sich aus dem Entwurf nicht entnehmen.

Im Hinblick auf diese Bestimmungen ergeben sich außerdem Fragen hinsichtlich der Mittelaufteilung. Der Dachverband wird Richtlinien erlassen (§ 30a Z 17) und es ist nicht erkennbar, in welcher Höhe zukünftig Mittel in die Gesundheitsförderung und Prävention fließen werden. Es wird auch im § 447a Abs 1 "nur" von Präventionsmaßnahmen und nicht von Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesprochen.

Generell wird darauf aufmerksam gemacht, dass der Begriff Prävention differenziert betrachtet werden muss, vor allem weil sich darunter sowohl Pflichtaufgaben, als auch Pflichtleistungen mit einem Rechtsanspruch befinden. Hier fehlt die Klarheit, ob aus §447a Primär- und/oder Sekundär- und/oder Tertiärpräventionsmaßnahmen finanziert werden.

Zu §447h:

Es besteht die Gefahr, dass durch die eingeleitete Zentralisierung der Gebietskrankenkassen in regionale Gesundheitsförderungsmaßnahmen eingegriffen wird und es somit zu Maßnahmenänderungen für Versicherte kommen kann. Regionale Strukturen und kofinanzierte Projekte werden nicht mehr berücksichtigt - Beispiel § 447h -

die Mittelverwendung erfolgte bisher in Abstimmung mit den einzelnen Trägern innerhalb der BSC. Die zukünftige Vorgehensweise lässt Interpretationsspielraum hinsichtlich der Schwerpunktsetzung offen.

Zu §448:

Aufsichtsbehörde über den Dachverband sowie alle Träger ist die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Eine Aufteilung wie bisher auf 2 Minister fällt weg. Das Aufsichtsrecht wird massiv verstärkt, wird nahezu zu einem Eingriffsrecht umfunktioniert. Diese Regelungen widersprechen klar den verfassungsgesetzlichen Bestimmungen zur Selbstverwaltung.

Gegen Beschlüsse eines Verwaltungskörpers kann das Aufsichtsorgan derzeit nur Einspruch erheben, wenn sie nicht rechtmäßig sind. Das Aufsichtsorgan des Finanzministers kann derzeit Einspruch erheben gegen Beschlüsse, die die finanziellen Interessen des Bundes berühren; dieses Aufsichtsorgan des Finanzministers wird in Zukunft auch bei der ÖGK vertreten sein. Gerechtfertigt wird dies damit, dass die Gebarung der Krankenversicherung unmittelbare Auswirkungen auf den Bund und seine Mittel hat, was wiederum den Ausführungen in der wirkungsorientierten Folgenabschätzung klar widerspricht.

Derzeit kann die Aufsicht auch Beschlüsse aufheben, in wichtigen Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit - hier bestehen jedoch enge Schranken, es darf kein Eingriff in die Selbstverwaltung erfolgen.

In Zukunft wird das Einspruchsrecht auf Beschlüsse über wichtige Fragen, die gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, der Wirtschaftlichkeit und der Sparsamkeit verstoßen oder die finanziellen Interessen berühren, erweitert. Diese Einspruchsrechte stehen nunmehr beiden Aufsichtsorganen zu.

Außerdem werden **wichtige Fragen** lediglich beispielhaft definiert. §449 Absatz 2 nennt insbesondere die Einhaltung der im Rahmen der Zielsteuerung abgestimmten Ziele, die Sicherstellung einer nachhaltigen ausgeglichenen Gebarung, sowie Beschlüsse, deren finanzielle Auswirkungen das Ausmaß von 10 Mio. Euro innerhalb eines Kalenderjahres oder mehrerer Kalenderjahre übersteigen. Weiters ist die dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen, der Abschluss von Verträgen mit Vertragspartnern, die Erlassung der U-Fonds-Richtlinien und der Abschluss des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens eine wichtige Angelegenheit im Sinne der Neuregelung. Von einer Selbstverwaltung im verfassungsrechtlichen Sinn ist in Anbetracht dieser Regelungen nicht mehr viel zu erkennen.

Außerdem können auf Verlangen des Vertreters der Aufsicht (Vertreter Sozial- oder Finanzministerium) Tagesordnungspunkte von den Sitzungen der Gremien abgesetzt werden. Dies kann laut Gesetz sogar zweimal für denselben Punkt erfolgen. Gerechtfertigt wird dies mit der derzeit späten Übermittlung von Sitzungsunterlagen und schlecht vorbereiteten Sitzungen.

Dies ist als schwerer Eingriff in die Selbstverwaltung zu qualifizieren, da verfassungsrechtlich verankert ist, dass Selbstverwaltungskörper das Recht haben, ihre Aufgaben frei von Weisungen zu besorgen. Das Aufsichtsrecht stellt auf die Rechtmäßigkeit der Verwaltungsführung ab. Eine Erstreckung der Aufsicht auf Zweckmäßigkeit ist nur zulässig, wenn dies auf Grund der Aufgaben des Selbstverwaltungskörpers erforderlich ist. Dazu führt der VwGH aus, dass die Behörde ihre Aufsicht nur auf Zweckmäßigkeitsfragen erstrecken darf, als die Rechtmäßigkeit alternativen Organverhaltens dies zulässt. Ist daher eine bestimmte Maßnahme rechtlich geboten, so darf der die Maßnahme umsetzende Beschluss nicht aus Zweckmäßigkeitsgründen aufgehoben werden. Außerdem darf die Zweckmäßigkeitskontrolle laut VwGH nur dann greifen, wenn ein Beschluss das Ziel offenkundig verfehlt, also grob zweckwidrig ist.

Auch als Eingriff zu werten ist, dass in Hinkunft die Geschäftsordnungen aller Gremien einer Genehmigung durch den Sozialminister bedürfen, bisher waren diese nur zur Kenntnis zu bringen. Diese Genehmigung erfolgt nur, wenn die Grundsätze der Mustergeschäftsordnung eingehalten sind. Die Mustergeschäftsordnung erlässt jedoch die Sozialministerin mit Verordnung.

Da in den Anhängen zur Geschäftsordnung Aufgaben an den Obmann und das Büro delegiert werden können, erscheint dies nicht zulässig.

Zu § 455 Abs 2 erster Satz und §456 Abs 1:

Der Dachverband hat eine Mustersatzung zu erlassen. Ob eine Musterkrankenordnung zu erlassen ist, kann dem Gesetzesvorschlag nicht klar entnommen werden. Außerdem ist von mehreren "Trägern" der Krankenversicherung die Rede, obwohl es nur mehr einen Träger im ASVG gibt. In § 456 Absatz 2 der derzeitigen Regelung, wo dies verankert ist, ist eine Änderung nicht vorgesehen, hier besteht der "Hauptverband" weiter.

Zu §§538v, 538w:

Der Überleitungsausschuss besteht von 1.4. - 31.12.2019 nach den für den Verwaltungsrat maßgeblichen Bestimmungen. Die Mitglieder dürfen keinem Verwaltungskörper eines Trägers oder des Hauptverbandes angehören, was nicht nachvollziehbar ist, da damit alle ExpertInnen von der Tätigkeit ausgeschlossen werden und auch damit ein Eingriff in die Selbstverwaltung erfolgt, da in die Rechte der entsendeberechtigten Institutionen wesentlich eingegriffen wird.

Eine ähnliche Regelung war in §441e Abs 2 ASVG idF BGBI 99/2001 enthalten. Dort war vorgesehen, dass die leitenden Funktionäre von kollektivvertragsfähigen Körperschaften von einer Tätigkeit im Verwaltungsrat, der Geschäftsführung und der Controllinggruppe des Hauptverbandes ausgeschlossen sind. Diese Regelung hat der Verfassungsgerichtshof mit Erkenntnis vom 10.10.2003 zu G222/03 als verfassungswidrig aufgehoben.

Wenn in diesem Ausschuss ein gültiger Beschluss nicht zustande kommt, kann der Vorsitzende, wenn wichtige Interessen der ÖGK gefährdet erscheinen, die Angelegenheit der Sozialministerin zur Entscheidung vorlegen. Auch dies ist wohl ein schwerwiegender Eingriff in die Selbstverwaltung, in den Erläuterung spricht man davon, dass dies "ausnahmsweise" möglich ist.

Bedenklich erscheint auch, dass den Vorsitz des Überleitungsausschusses ein Versicherungsvertreter inne hat, der der Gruppe der Dienstgeber zuzuordnen ist. Dies ist gesetzlich verankert.

Die Organisation der Bürogeschäfte dieses Ausschusses erfolgt bis zur Bestellung eines Leitenden Angestellten der ÖGK einem kommissarischen Leiter der von der Sozialministerin im Einvernehmen mit dem Finanzminister bestellt wird. Die Leitenden Angestellten aller GKKs und des Hauptverbandes haben ihn zu unterstützen, auch diese Regelung ist als Eingriff in die Selbstverwaltung zu werten.

Die Tatsache, dass dieser Ausschuss sämtliche Beschlüsse für deren Wirksamkeit derzeit die Zustimmung der Kontrollversammlung vorgesehen ist, vor Beschlussfassung im Vorstand an sich ziehen und selbst entscheiden kann, widerspricht dem Prinzip der Selbstverwaltung. Darüberhinaus kann er alle Entscheidungen, die in den Aufgabenbereich des Vorstandes fallen und sich auf die Zusammenlegung auswirken, an sich ziehen.

Nach §538w Abs1 Z 2d sind alle Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich vom Überleitungsausschuss zu beschließen. Diese Regelung ist für ganz Österreich betrachtet nicht durchführbar. Es wird empfohlen hier eine Eingrenzung zu treffen.

Zu § 718 Abs. 11 Z 3:

„Dem/Der Bediensteten bleiben die ihm/ihr aus dem bisherigen Dienstverhältnis und der auf ihn/sie anzuwendenden Dienstordnung zustehenden Rechte unverändert gewahrt.“

Dieser Satz muss auch in § 538t als neuer Abs. 4 aufgenommen werden, damit es zu keiner Ungleichbehandlung zwischen ehemaligen Bediensteten des Hauptverbandes und ehemaligen Bediensteten der Gebietskrankenkassen kommt.

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass der Gesetzesentwurf zahlreiche Unschlüssigkeiten und logische Brüche beinhaltet, einige Regelungen verfassungswidrig sein dürften und die Reform für die Versicherten letztlich nachteilig ist.

Freundliche Grüße



Dr. Johann Lintner
Direktor



Georg Steiner MBA
Obmann