



Bundesministerium für Arbeit,
Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

BUNDESARBEITSKAMMER
PRINZ EUGEN STRASSE 20-22
1040 WIEN
wien.arbeiterkammer.at
DVR 0063673
ERREICHBAR MIT DER LINIE D

Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Bearbeiter/in	Tel	501 65	Fa	501 65	Datum
BMASGK-	SV-GSt	Panhölzl	DW	12408	DW	12695	18.10.2018
21119/0004-		Weißenstein					
II/A/1/2018		Ivansits					
		Burger					

Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Freiberuflchen-Sozialversicherungsgesetz, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Primärversorgungsgesetz, das Kinderbetreuungsgeldgesetz, das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, das Dienstgeberabgabegesetz, das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und das Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten geändert werden und ein Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz erlassen wird (Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG)

Die Bundesarbeitskammer (BAK) bedankt sich für die Übermittlung des Entwurfs zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) und nimmt dazu Stellung wie folgt:

Präambel

In Österreich erhalten 8,6 Mio Menschen mit der E-Card Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau. Mit der Gesundheitsreform 2013/2017 ist eine strukturierte Gesundheitsplanung unter Einbeziehung der Länder, des Bundes und der Sozialversicherung (SV) eingeleitet, die die Versorgungssituation insbesondere im ambulanten Bereich, auch in den Tagesrandzeiten und am Wochenende, sukzessive verbessert. Die große Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem

österreichischen Gesundheitssystem und die im internationalen Vergleich niedrigen Verwaltungskosten wurden einmal mehr durch die im Herbst 2017 veröffentlichte Studie der London School of Economics (LSE) bestätigt. Das SV-OG führt zu einer Gefährdung, wenn nicht zu einem Abbruch, der erfolgreich laufenden Gesundheitsreform 2013/2017 und vor allem auch des damit verbundenen Kostendämpfungspfades.

Die LSE-Studie empfiehlt eine Leistungsharmonisierung nach dem Prinzip „Gleiche Beiträge und Leistungen“. Die derzeitigen Leistungsunterschiede zwischen Beamten, Selbstständigen und ASVG-Versicherten widersprechen diesem Prinzip. Die Leistungen sollten nach oben – also auf ein höheres Niveau – ausgebaut und angeglichen werden und zwar unabhängig vom beruflichen oder sozialen Status. Diese Leistungsharmonisierung sollte durch einen Risikostrukturausgleich unter Einbeziehung der Beamten und Selbstständigen finanziert werden. Die LSE-Studie empfiehlt weiters den Abbau von Selbstbehalten, weil sie wie Steuern auf Kranke wirken und den kräftigen Ausbau der Prävention, um die Gesundheit der Versicherten zu verbessern und damit auch mittelfristig Kosten zu sparen.

Die Bundesregierung folgt keiner dieser Empfehlungen der LSE-Studie. Im Gegenteil: Mit den Gesetzesentwürfen zum SV-OG und ZPFSG werden die Struktur und die Selbstverwaltung unseres an sich gut funktionierenden Gesundheitssystems zerschlagen ohne dass die bisherige Versorgungsqualität und die Fortsetzung der Kostendämpfung durch die Gesundheitsreform 2013/2017 durch die neuen Strukturen sichergestellt werden. Vielmehr ist mit erheblichen Mehrkosten zu rechnen. Zudem werden verfassungsrechtliche Gebote der Organisation der Selbstverwaltung missachtet. Damit gefährdet die Bundesregierung die Versorgungssicherheit der ÖsterreicherInnen im Bereich Gesundheit und Soziales.

Die Entwürfe entsprechen den langjährigen Wünschen der Wirtschaftskammer und der Industriellenvereinigung, die Sozialpartner der Arbeitnehmerseite waren hingegen nicht in der Rolle von Gesprächspartnern auf Augenhöhe eingebunden. AK und ÖGB wurden vor vollen-dete Tatsachen gestellt.

Es ist einmalig in der erfolgreichen Geschichte der zweiten Republik, dass eine derart weitreichende Reform, die tief in die Interessen der ArbeitnehmerInnen eingreift, ohne ernsthafte Einbeziehung von AK und ÖGB vorbereitet wird.

Werden die Entwürfe des SV-OG und ZPFSG in der aktuellen Fassung umgesetzt, hat das weitreichende, nachteilige Auswirkungen für die Gesundheitsversorgung der ArbeitnehmerInnen:

- Die Reform führt zu keiner Leistungsharmonisierung, sondern verstetigt die Leistungsunterschiede zwischen den Beamten und Selbstständigen auf der einen und den ASVG-Versicherten auf der anderen Seite (Drei-Klassen-Medizin).
- Die Sozialversicherungsprüfung wird an die Finanzverwaltung übertragen. Dadurch drohen erhebliche Einnahmenverluste und auch individuelle Leistungsverluste (da Pensionen, Krankengeld usw von korrekt übermittelten Beitragsgrundlagen abhängen). Von 2010 bis 2017 beträgt der Unterschied in der Eintreibung vorenthalter

Beiträge zwischen Finanzverwaltung und Gebietskrankenkassen (GKK) mehr als € 1 Milliarde; siehe Stellungnahme zum ZPFSG.

- Der Wirtschaftsbund übernimmt die Kontrolle in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), in der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und im Dachverband. Der Wirtschaftsbund vertritt nicht die Interessen der versicherten ArbeitnehmerInnen und auch nicht die der Steuerzahler, sondern naturgemäß die Interessen der Wirtschaftstreibenden (Beitragssenkung, Privatisierung, etc).
- Es drohen Verschlechterungen beim Service für die Versicherten durch massiven Personalabbau (30 %).
- Die Wahrung der Rechtsansprüche der ArbeitnehmerInnen der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbands ist bei den Fusionen nicht gesichert.
- Mit der ÖGK wird eine zentrale Einheitskasse für sieben Millionen Versicherte geschaffen, die die regionale Versorgung und die Versichertennähe gefährdet. Die Landesstellen der PVA werden zentralisiert, die Leistungsausschüsse abgeschafft. Damit geht eine praxisgerechte und versichertennahe Beurteilung von beruflichen und medizinischen Rehabilitationen, Pensionen etc verloren.
- Dem Gesundheitssystem (inkl AUVA) werden bis 2023 € 1,1 Mrd an Finanzmitteln entzogen. Hinzu kommen die Fusionskosten (€ 500 Mio) und die Vertragsänderungskosten für einen bundesweiten Ärzte-Gesamtvertrag (€ 500 Mio), sodass selbst bei vorsichtiger Schätzung statt einer Kostendämpfung eine Belastung von € 2,1 Mrd droht.
- Die Zusammenlegung der neun GKK erfolgt ohne Fusionsplan und Fusionsziel. Die beträchtlichen Fusionskosten muss die Versicherungsgemeinschaft der ehemaligen GKK tragen.
- Das SV-OG und das ZPFSG sind in zahlreichen Punkten verfassungswidrig. Bei der erwartbaren Aufhebung jedenfalls von Teilen der Reform ist mit zusätzlichen Kosten zu rechnen.
- Die seit 1888 bestehenden Betriebskrankenkassen werden aus dem ASVG ausgliedert, die bei ihnen Versicherten aus der Pflichtversicherung genommen. Es ist nicht sichergestellt, dass die 20.000 Beschäftigten der BKK überhaupt arbeitslosenversichert sind und wer für die Gewährung des Rehabilitations- und Übergangsgeldes zuständig ist. Es ist nicht erkennbar, welchem sachlichen Zweck der Hinauswurf aus dem ASVG dient, anscheinend geht es nur um die politische Optik der Senkung der Zahl der Sozialversicherungsträger.

Die BAK lehnt den Entwurf zum SV-OG angesichts der beschriebenen Auswirkungen in der vorliegenden Form ab und fordert eine echte Gesundheitsreform (Leistungsharmonisierung und Risikostrukturausgleich unter Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen, Ausbau der Prävention, etc). Es wird dringend ersucht, dabei AK und ÖGB als Interessensvertretungen der ArbeitnehmerInnen auf Augenhöhe einzubeziehen.

1. Keine Harmonisierung bei gleichen Beiträgen – Drei-Klassen-Medizin

Mit dem vorliegenden Entwurf werden zahlreiche Umbauten in der Trägerlandschaft vorgenommen, bei den Versicherten kommt außer Belastungen jedoch nichts an.

Besonders klar kommt nun hervor, dass es hinsichtlich der Krankenversicherung weiterhin drei Leistungsregime geben wird. In der BVAEB konnten aufgrund der „guten Risiken“ hohe Rücklagen aufgebaut werden, die BVAEB zahlt kaum Krankengeldansprüche aus (BeamtlInnen genießen ein Jahr Entgeltfortzahlung). Diese Finanzkraft drückt sich in besseren Leistungen durch mehr Zuzahlungen, höhere Honorare für ÄrztInnen, einer größeren Auswahl an VertragsärztInnen (Vertrag mit „kleinen Kassen“), dem Recht auf eine zweite Meinung (Inanspruchnahme eines weiteren Arztes desselben Faches im selben Quartal) etc aus.

Auch die SVS wird in Zukunft „gute Risiken“ vereinen. Gewerblich Selbstständige und LandwirtInnen profitieren von den Steuerzuflüssen (aus GSBG-Mitteln und Hebesätzen in der KV für PensionistInnen), auch für sie gelten die oben genannten Vorteile, die mit den sogenannten „kleinen Kassen“ verbunden sind.

Die sprichwörtlich „dritte Klasse“ wird die ÖGK für die Unselbstständigen bilden. Die ÖGK versichert – als soziale Krankenversicherung – auch Arbeitslose und MindestsicherungsbezieherInnen. Die pauschalen Beitragszahlungen von AMS und Bund für diese Gruppen sind nicht kostendeckend. Die Mehrkosten werden allein von den ASVG-Versicherten getragen. Mit den unten dargestellten massiven Mehrbelastungen der ÖGK ist davon auszugehen, dass das Leistungsniveau sinken wird, der Abstand zu den anderen Versicherungsträgern vergrößert sich weiter; der kompetenzmäßig geschwächte Dachverband kann weniger gegensteuern.

Die BAK fordert daher eine echte Harmonisierung der KV-Systeme, gleichen Zugang zum Gesundheitssystem und eine faire Finanzierung im Wege eines Risikostrukturausgleichs.

2. Eine Reform für den Wirtschaftsbund

Die Strukturreform führt zu einer Zentralisierung und bringt auch einen Demokratieabbau mit sich. Das markanteste Beispiel ist die sogenannte Parität. Mit der nun eingeführten Parität werden 7 Millionen versicherte ArbeitnehmerInnen und deren Angehörige unter die Kuratel des Wirtschaftsbundes gestellt, der rund 500.000 Selbstständige repräsentiert. Die Selbstständigen haben ihre eigene Sozialversicherung und damit kein Eigeninteresse an guten Leistungen für die Versicherten in der Arbeitnehmerversicherung. Vielmehr haben sie teilweise geradezu gegenläufige Interessen, nämlich – um Kosten zu sparen – womöglich die Sozialversicherungsbeiträge zu senken, was tendenziell zu einer Verschlechterung der Leistungen führt, sowie ein Interesse an Geschäften mit der Sozialversicherung, also der Übernahme von Gesundheitsleistungen und -einrichtungen durch Private. Dabei geht es naturgemäß ebenfalls wieder nicht um die bestmögliche Versorgung der Versicherten, sondern um das Gewinninteresse der Gesundheitsbranchen in der Wirtschaftskammer.

Selbstverwaltung heißt aber, dass demokratisch legitimierte VertreterInnen der Versicherten das Sagen haben.

Vollends unverständlich wird die Entmachtung der ArbeitnehmerInnen dann, wenn man die Versicherung der Beschäftigten im öffentlichen Dienst mitbetrachtet:

Während das oberste Organ der österreichischen Gesundheitskasse der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft, der Verwaltungsrat, mit sechs DienstnehmervertreterInnen und sechs DienstgebervertreterInnen besetzt wird, ist das Verhältnis in der Beamtensozialversicherung sieben DienstnehmervertreterInnen zu drei DienstgebervertreterInnen. Es fällt schwer, sich einen vernünftigen Grund dafür vorzustellen, warum den Arbeitgebern in der Privatwirtschaft Stimmengleichheit und damit eine Vetomöglichkeit gegenüber aus Versichertensicht notwendigen, wichtigen oder wünschenswerten Maßnahmen eingeräumt wird, während die DienstnehmervertreterInnen im öffentlichen Dienst mit einer 2/3-Mehrheit tatsächlich das Sagen in ihrer Versicherung haben:

Im Dachverband kann gar eine „sechs zu vier Mehrheit“ von Wirtschaftsbundvertretern die Einführung von Selbstbehalten betreiben.

Die derzeitigen Dienstnehmer-VertreterInnen werden zurückgedrängt, indem bei den Überleitungsgremien unverständliche Unvereinbarkeiten konstruiert wurden. Alle bisherigen FunktionärInnen werden von den Überleitungsgremien ausgeschlossen. Eignungstests und Anforderungen wie „Jusstudium“ und „Geschäftsführer“ wären bei demokratischen Wahlen in Funktionen der Staatsverwaltung undenkbar – niemand würde akzeptieren, dass zB nur AkademikerInnen als GemeinderätInnen, Nationalratsabgeordnete oder MinisterInnen oder Mitglieder einer Landesregierung zulässig sind. Nichts Anderes kann für die Selbstverwaltung der Sozialversicherung gelten.

Es ist ein klares Muster erkennbar: Der Wirtschaftsbund übernimmt die Kontrolle in der Selbstverwaltung der DienstnehmerInnen. Durch die Verkleinerung der Gremien geht die demokratische Breite der Arbeiterkammerwahlen verloren. Auf Basis der letzten Arbeiterkammerwahlen stellt sich die Sitzverteilung wie folgt dar: Auf ArbeitnehmerInnenseite verliert die Fraktion sozialdemokratischer GewerkschafterInnen (FSG) 80 % ihrer 302 Mandate, die Fraktion christlicher GewerkschafterInnen (FCG) verliert 25 % ihrer 104 Mandate, die Freiheitlichen ArbeitnehmerInnen (FA) büßen rund 75 % ihrer 33 Mandate ein und die Alternativen und Grünen GewerkschafterInnen (AUGE) 100 % ihrer 13 Mandate. Auf ArbeitgeberInnenseite erhält der ÖVP-nahe Wirtschaftsbund 100 % der neu geschaffenen Mandate.

Ohne Zustimmung des Wirtschaftsbundes kann künftig in der Sozialversicherung der ArbeitnehmerInnen keine einzige Entscheidung getroffen werden. Hinzu kommen mögliche Befangenheiten der VertreterInnen des Wirtschaftsbundes, weil Einflussnahmen im wirtschaftlichen Eigeninteresse ermöglicht werden. Künftig können KrankenanstaltenbetreiberInnen oder VertreterInnen der Pharmawirtschaft als Mitglieder der Wirtschaftskammer die Entscheidungen im Verwaltungsrat in ihrem Interesse beeinflussen. Die Kontrollversammlungen in den SV-Trägern werden abgeschafft. Der Verwaltungsrat kontrolliert sich selbst.

Hinter der SV-Reform stehen offenbar parteipolitische und finanzielle Interessen. Das Prämienvolumen der gewinnorientierten privaten Krankenversicherung beträgt mit rund € 2 Mrd

(2017) derzeit noch nur rund ein Zehntel der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Höhe von € 20 Mrd. Die Weichenstellung für „mehr privat“ wird durch den Mittelentzug (€ 2,1 Mrd), die Übernahme der Verwaltung durch den Wirtschaftsbund, die Verringerung der Beitragseinnahmen durch die Übertragung der Prüfkompetenz an die Finanzverwaltung und die Zerschlagung der bisherigen Organisationstruktur (in sich widersprüchlich: überzogene Zentralisierung auf der einen Seite, Beseitigung sinnvoller Kompetenzen des Dachverbands auf der anderen Seite) vorgenommen.

Die BAK fordert die Bundesregierung auf die Selbstverwaltung in den Händen der dort versicherten ArbeitnehmerInnen zu belassen.

3. Die Zentralisierung entfernt das Gesundheitssystem von den Menschen

Die ÖGK wird zur zentralisierten Einheitskasse. Damit droht ein ferner, übergroßer Träger, dem flexible Anpassung an regionale Verhältnisse und Versichertennähe fehlen. Denn es gilt: Regionale Bedürfnisse können sinnvoll nur lokal eingeschätzt werden. Die Landesstellen der ÖGK sind der Zentrale gegenüber aber weisungsgebunden.

Die künftige Landesstelle mit ihrem Landesstellausschuss wird keine Vertragshoheit haben. Die regionale Ausgestaltung des Angebotsnetzes für die Versicherten durch Verträge mit ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädiInnen, Labors, MRT/CT-Instituten, Apotheken, OptikerInnen, HörgeräteakustikerInnen, BandagistInnen, OrthopädieschuhmacherInnen, HauskrankenpflegeanbieterInnen etc soll zukünftig von der Zentralstelle abhängig sein und nicht autonom durch die Landesstelle erfolgen. Der Stellenplan für ÄrztInnen, in dem festgelegt ist, wie viele ÄrztInnen welcher Fachrichtung in welchen Regionen und Gemeinden Verträge bekommen, soll zukünftig nicht mehr auf der regionalen Ebene entschieden werden, sondern in der Zentrale. Über den Bedarf an einer Landarztstelle soll nicht mehr durch die regional kompetente Landesstelle entschieden werden.

Die künftige Landesstelle – vertreten durch einen „Landesstellausschuss“ – wird über keine eigene Rechtspersönlichkeit verfügen. Sie wird daher auch keinen eigenen Rechnungsabschluss verantworten dürfen. Sie wird keine eigenen Beitragseinnahmen haben und folglich auch keine Rücklagen bilden können. Selbst die Beiträge – das sind nur rund 80 % der Einnahmen – sollen nur buchhalterisch den Ländern zugeordnet werden. Die restlichen 20 % verteilt jedenfalls die ÖGK – nach noch unbestimmten Kennzahlen. Damit verlieren die Länder die Einnahmenhoheit und werden von der Zentrale in Wien abhängig.

Noch weiter geht die Beschniedung der Kompetenzen in den Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt (PVA). In der PVA werden die Landesstellen weitestgehend beseitigt und zu Außenstellen degradiert. Die Landesstellen der PVA werden in Zukunft keine Entscheidungen mehr beispielsweise über Rehabilitations- und Pensions-Anträge treffen können (bundesweit rund 500.000 Leistungsanträge jährlich). Die Leistungsausschüsse in den Landesstellen der PVA üben eine Grundkompetenz der Selbstverwaltung aus. In den Leistungsausschüssen wurde für die Versicherten unmittelbar über Anträge entschieden, indem sich VertreterInnen

von DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen mit hoher Praxiskompetenz über konkrete Einzelfälle austauschten (zB Gewährung eines behindertengerechten Badezimmers als soziale Rehabilitation). Hier wird ohne erkennbaren Nutzen die effiziente Fallabwicklung vor Ort durch erfahrene und mit den Verhältnissen in der regionalen Wirtschaft, den regionalen Behandlungsangeboten und Arbeitsmöglichkeiten vertrauten Sozialpartner einem blinden Zentralismus geopfert.

Zudem sieht der vorliegende Entwurf eine Zentralisierung der Beschaffung der Gebietskrankenkassen vor (§ 432 iVm § 434). Die Vergabe von Aufträgen soll demnach künftig nicht mehr den Landesstellen obliegen, sondern in die Zuständigkeit der Zentrale fallen. Derzeit können die autonomen Gebietskrankenkassen ihre jeweiligen Aufträge (Bau-, Liefer- und Dienstleistungsaufträge) selbstständig erteilen. Vielfach erfolgt die Beschaffung (insbesondere die Beschaffung von Heilsbehelfen und Hilfsmitteln) über regionale Leistungserbringer und erzielt somit positive regionalwirtschaftliche Effekte. Die Zentralisierung kostet damit Arbeitsplätze in den Regionen.

Bei einer großen Anzahl der Aufträge liegt der jeweilige Auftragswert unter dem europarechtlichen Schwellenwert für die Zulässigkeit der Direktvergabe. Somit können in vielen Fällen Aufträge formfrei, nach Einholung von Preisauskünften und Angeboten, vergeben werden. Der Vorteil dieser Beschaffungsart liegt für die Sozialversicherungsträger darin, dass die gewünschten Leistungen sehr rasch und ohne Verfahrenskosten bezogen werden; für die Gemeinden, dass unmittelbar investitionsfördernde und beschäftigungswirksame Schritte gesetzt werden können. Im Falle einer zentralisierten Beschaffung würden kaum noch Auftragswerte unter der Direktvergabegrenze liegen und müssten daher nach EU-Recht europaweit ausgeschrieben werden. Österreichische Unternehmen (insb Klein- und Mittelbetriebe) müssten mit starken Umsatzeinbußen rechnen.

Zusammengefasst droht demnach den regionalen Betrieben ein massiver Schaden durch Auftragsentgang, Kaufkraftverlust und wirtschaftliche Sekundäreffekte.

Die BAK fordert die Sicherstellung der regionalen Versorgung und die Stärkung der regionalen Ökonomie durch die Einrichtung von Landesstellen mit echter Teilautonomie.

4. Die finanziellen Auswirkungen – € 2,1 Milliarden zu Lasten der ArbeitnehmerInnen und Steuerzahler. Hinzu kommen Beitragsausfälle durch die Übertragung der Sozialversicherungsprüfung an die Finanzverwaltung und regionale Wertschöpfungsverluste.

Das SV-OG beinhaltet ein Belastungspaket, das von 2019 bis 2023 für die ÖGK und die AUVA zu einer kumulierten Gesamtbela stung von € 1,1 Mrd führt. Hinzu kommen Fusionskosten für die ÖGK von angenommenen € 500 Mio, Vertragsänderungskosten in Zusammenhang mit dem bundesweiten Ärztegesamtvertrag, woraus sich insgesamt eine Belastung von € 2,1 Mrd ergibt. Weiters sind noch die Beitragsausfälle durch die Übertragung der SV-Prüfung an die Finanzverwaltung zu berücksichtigen und Wertschöpfungsverluste durch die Zentralisierung

des Einkaufes und der Ausschreibungen bei der Zentrale der ÖGK. Im Folgenden werden diese finanziellen Belastungspakete näher dargestellt.

Die nachfolgende Tabelle zeigt im Detail eine Aufstellung der Mehrkosten, die auf die ÖGK und die AUVA zukommen:

Tabelle 1: Belastung der SV durch gesetzliche Anordnung							
Betroffenheit ÖGK							
in € Mio	Jahr	2019	2020	2021	2022	2023	Kumuliert
Maßnahme - ÖGK	PRIKRAF	-14,70	-15,21	-15,75	-16,30	-16,87	-78,83
	Unfallkosten-Ersatz	-8,55	-17,69	-27,21	-37,13	-203,61	-294,19
	GSBG	-	-27,45	-31,23	-35,10	-39,08	-132,86
	Pflegekostenzuschuss	-0,60	-0,62	-0,64	-0,67	-0,69	-3,22
	Summe	-23,85	-60,97	-74,83	-89,20	-260,25	-509,10
Betroffenheit AUVA							
Maßnahme - AUVA	Senkung UV-Beitrag auf 1,2 %	-117,51	-121,49	-125,62	-129,88	-134,28	-628,78
	Unfallkosten-Ersatz	8,55	17,69	27,21	37,13	203,61	294,19
	Weitere Senkung UV-Beitrag auf 1 %					-268,56	-268,56
	Summe	-108,96	-103,80	-98,41	-92,75	-199,23	-603,15
Summe ÖGK und AUVA		-132,81	-164,77	-173,24	-181,95	-459,48	-1.112,25

Zur Erläuterung der Tabelle: Es werden die Privatkrankenanstalten (aus dem gleichnamigen Fonds) mehr Geld erhalten, gleichzeitig wird der pauschalierte Kostenersatz für Unfallheilbehandlungen von der AUVA an die ÖGK heruntergefahren; dies erfolgt bis einschließlich 2022 durch eine Nicht-Valorisierung der Pauschalabgeltung, ab 2023 durch deren gänzlichen Entfall. Die Zuführung von Bundesmitteln gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) (Kompensation einer steuerlichen Zusatzbelastung im Zusammenhang mit einer damals EU-rechtlich notwendigen UStG-Novelle) wird zu Gunsten der LandwirtInnen in die SVS umgeleitet. Der Pflegekostenzuschuss wird abgesenkt.

Zu den Einnahmenausfällen zu Lasten der ÖGK kommen die der AUVA: Die im Entwurf vorgesehene Beitragssenkung in der Unfallversicherung von 1,3 % auf 1,2 % (in der ökonomischen Wirkung verschoben auf die Krankenversicherung durch die Absenkung des Pauschalbeitrags gemäß § 319a) und ab dem Jahr 2023 – wie im Regierungsprogramm angekündigt – eine weitere Absenkung des Unfallversicherungsbeitrages von 0,2 Prozentpunkten, eine Belastung, die wiederum – durch die Einstellung der Pauschalzahlung gem § 319a ab diesem Zeitpunkt – zu Lasten der ÖGK geht.

Zudem sind Fusionskosten ab 2020 anzusetzen:

Aus den RH-Einschätzungen im Zusammenhang mit der PVA-Fusion – die rund € 200 Mio an unmittelbaren Kosten verursachte – sind für die aktuellen Zusammenlegungen von neun GKK – vorsichtig geschätzt – € 500 Mio anzusetzen.

Zudem ist davon auszugehen, dass ein einheitlicher bundesweiter Gesamtvertrag mit den ÄrztInnen – bei einer Angleichung der derzeit bestehenden neun Gesamtverträge nach oben – nach Berechnungen des Hauptverbandes zu Mehrkosten von rund € 500 Mio führen wird.

Zudem drohen – wie in der Stellungnahme zum ZPFSG ausführlicher dargelegt – massive Einnahmenausfälle durch die deutlich verminderte Prüf-Effizienz im Zusammenhang mit der Beitragsprüfung. Wie in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung durch das Sozialministerium festgestellt sind im langjährigen gewichteten Schnitt die PrüferInnen der Sozialversicherung um das Vierfache erfolgreicher als jene der Finanzverwaltung. Die SV-PrüferInnen haben im Schnitt jährlich rund € 173 Mio einbringlich gemacht. Da auf fünf Jahre gerechnet ergibt sich ein Prüferfolg von € 865 Mio. Geht man von der empirisch belegten Prüfeffizienz der Finanz von lediglich einem Viertel gegenüber der SV aus, können in den nächsten fünf Jahren bis zu € 650 Mio an Beiträgen verloren gehen.

Schließlich darf auch der Wert der regionalen Beschaffung durch die derzeit überwiegend regional organisierten SV-Träger nicht unterschätzt werden. Konservativ gerechnet beträgt der Wert der unmittelbar an lokale DienstleisterInnen vergebenen Aufträge (ohne ÄrztInnen) rund € 100 Mio pro Jahr. Es droht durch die bei einem zentralen Träger EU-rechtlich notwendige EU-weite Vergabe ein Abfluss des Geldes ins Ausland.

Die Darstellung zeigt, dass die Belastungen für die ÖGK und AUVA in den nächsten fünf Jahren € 2,1 Mrd deutlich übersteigen.

Die BAK fordert die Bundesregierung auf die Finanzierung der Unfallversicherung und der Krankenversicherung in einem Ausmaß sicherzustellen, dass das bisherige Leistungsniveau nicht nur gewahrt bleibt, sondern gegebenenfalls mit dem medizinischen Fortschritt nach oben angepasst werden kann.

5. „Funktionärs- und Verwaltungsmilliarden“ – unrealistisch oder massive Verschlechterung des Service für die Versicherten

Das von der Bundesregierung formulierte Ziel ist es, mit dieser Reform bei den FunktionärInnen und im System zu sparen. Das steht im Widerspruch zu den Fakten. Gerade bei den Verwaltungskosten liegt Österreich im internationalen Vergleich sehr gut. In den letzten 20 Jahren ist der Verwaltungsaufwand in der gesamten Sozialversicherung von 2,7 % auf 1,99 % und in der Krankenversicherung von 3,9 % auf 2,6 % gesunken (Parlamentarische Anfragebeantwortung 1462/AB vom 25.09.2018).

Ein Anfang 2017 herausgekommener Bericht der OECD "Wie man sinnlose Ausgaben im Gesundheitswesen eingrenzt" (Tackling Wasteful Spending on Health) stellt den österreichischen

Krankenversicherungen wegen der niedrigen Verwaltungskosten ein sehr gutes Zeugnis aus. Alle Krankenversicherungsträger geben gemeinsam rund € 500 Mio für Verwaltung und davon wiederum € 3,5 Mio für die Selbstverwaltung aus. Bezogen auf die Einnahmen von € 20 Mrd in der KV betragen die Kosten der Selbstverwaltung pro € 1.000 rund € 0,18 (18 Cent).

90 % der FunktionärInnen sind ehrenamtlich tätig und erhalten keinerlei Funktionsgebühr, sondern lediglich pro Sitzung ein Sitzungsgeld von € 42. Damit kann man seriöser Weise keine ernsthaften Beträge einsparen.

Zum Vergleich: Der Gesamtvorstand einer privaten Versicherung wird weitaus höher bezahlt als die Selbstverwaltung aller Krankenversicherungsträger zusammen. So belaufen sich die Kosten für den Vorstand der Vienna Insurance Group (VIG) oder der Uniqa auf über € 4,6 Mio. Interessant ist dabei der Anteil der Verwaltungskosten bei den Privatversicherungen. In Österreich kommen laut OECD-Bericht nur 69,3 % der in die private Krankenversicherung eingezahlten Mittel beim Versicherten an (Verwaltungskosten, Gewinne usw: 31,7 %).

Die geplante Personalreduktion um 30 % bzw 6.000 Angestellte kann nur zur einer Verschlechterung des Service für die Versicherten führen. Schon derzeit liegt Österreich mit der Verwaltungskennzahl Bedienstete pro 1.000 Versicherte im internationalen Vergleich sehr gut. So betreut ein Angestellter der SV 1.064 Versicherte. Wenn das Personal um 30 % reduziert wird, ist ein Angestellter für rund 1.500 Versicherte zuständig. In Deutschland betreut ein Angestellter lediglich rund 600 Versicherte, in der Schweiz nur 400 Versicherte.

Die BAK spricht sich gegen den geplanten Personalabbau aus, der zu Einschränkungen im Service führt. Wir brauchen im Gegenteil mehr Prävention und Frühinterventionen. Die BAK weist die Verunglimpfung der zu 90 % ehrenamtlich tätigen Funktionäre der Sozialversicherung zurück, sie sind der Garant der Versichertennähe.

Die Übertragungsbestimmungen für die Überleitung der Dienstverhältnisse der Angestellten der SV-Träger im Zusammenhang mit den geplanten Fusionen sind höchst unklar formuliert. Wenn Beschäftigte in zu fusionierenden Unternehmen um ihre Arbeitsplätze und Rechte bangen müssen, ist das auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht keine gute personalpolitische Ausgangssituation für eine hochkomplexe Fusion.

Die BAK fordert eine klare Regelung, dass das AVRAG zur Anwendung kommt und damit für die Angestellten der SV Rechtssicherheit geschaffen wird.

6. Der Entwurf verstößt gegen das Bundeshaushaltsgesetz und birgt enorme Fusionsrisiken. Fünf Zeilen finanzielle Erläuterungen sind zu wenig!

Bei der Zusammenlegung der SV-Träger geht es um 28.000 Beschäftigte, um € 20 Mrd an Beiträgen, um komplexe Finanzierungsströme (etwa im Spitalsbereich) undfordernde rechtliche Rahmenbedingungen (Verträge mit ÄrztlInnen und sonstigen AnbieterInnen von Gesundheitsdienstleistungen). Nach Beschäftigten gerechnet ergibt sich ein Konzern, der viermal größer ist als die Voest Alpine Stahl AG oder Siemens Österreich oder die Strabag. Am Umsatz

gemessen hat die Fusion ein Volumen, das siebenmal so groß ist wie der Verbundkonzern oder zehnmal so groß wie die AUA.

Aber es geht nicht nur um Zahlen, es geht um die Gesundheitsversorgung aller in Österreich lebenden Menschen. Ein solches Reformvorhaben erfordert und verdient einen Plan, der sicherstellt, dass die Gesundheitsversorgung nicht gefährdet, sondern verbessert wird.

Der vorgelegte Entwurf vereinigt alle Parameter für ein mögliches Scheitern. Es werden Synergievorteile in Höhe von € 1 Mrd versprochen ohne klar zu sagen, wie sich diese Zahl zusammensetzt und zustande kommen soll. Auch fehlt jegliche strategische Zielausrichtung mit Ausnahme der Zerschlagung von funktionierenden Strukturen. Es fehlen Berechnungen über die Kosten der Integration der Sozialversicherungsträger, sodass eine sorgfältige Aufwand-Nutzen-Analyse nicht möglich ist.

Bevor eine solide und seriöse Fusion durchgeführt wird, sind die wesentlichen Daten und Leistungsströme zu validieren, es ist die Leistungsfähigkeit der SV-Träger zu bewerten, es sind konkrete Synergien zu identifizieren, es ist eine rechtliche und betriebswirtschaftliche Analyse der Vertragsänderungskosten (mit ÄrztInnen, den Ländern etc) vorzunehmen, es sind die Auswirkungen auf die Versicherten, die Leistungen und die Ablauforganisation darzustellen, die externen Kosten zu bewerten, alternative Wege zu beschreiben, um die gesetzten Ziele zu erreichen. All das ist nicht geschehen.

Auch der Rechnungshof (RH, Bund 2007/08) hat klare Empfehlungen für zukünftige Fusionen von SV-Trägern abgegeben. Fusionen sei ein Einsparungsauftrag zugrunde zu legen, der hinsichtlich Zeitbezug und Höhe eindeutig definiert ist. Der Fusionsaufwand solle klar definiert und mit konkreten Zielvorgaben versehen werden. Der gesamte Fusionsaufwand sei zu erfassen und den Verwaltungskörpern vorzulegen. Für die Vorbereitung und Umsetzung der fusionsbedingten Maßnahmen sollen angemessene Zeiträume vorgesehen werden. Die Entscheidung über die Ausgestaltung der regionalen Verwaltungsstrukturen sei anhand von Kosten-Nutzen-Berechnungen zu treffen. Nichts davon findet sich im Entwurf samt Materialien.

Die Darstellung der finanziellen Auswirkungen in den Erläuternden Bemerkungen (EB) umfasst eine Seite, in der Aufwendungen ihrer Art nach aufgelistet werden (externe Verträge, Übersiedlungskosten, Aufwendungen für nicht mehr benötigte Möbel, etc), jedoch ohne diese zu konkretisieren und zu beziffern. Zu den Fusionsaufwendungen enthält der Entwurf daher keine brauchbaren Angaben. Die Erläuterungen der durch die Fusion erwarteten Einsparungen umfassen nicht ganz fünf Zeilen. Sie beschränken sich auf die Pauschalannahme einer linearen Einsparung von 10 % der Personal- und Sachaufwendungen, die im Jahr 2023 € 33 Mio betragen soll. Dieser eher bescheidene Betrag steht in krassem Widerspruch zu der von der Bundesregierung medial (Pressekonferenz) kolportierten Milliarde.

§ 17 Abs 4 Z 2 Bundeshaushaltsgesetz (BHG) ordnet an: „Ergeben sich aus einem Entwurf für eine Rechtsvorschrift (...) für eine am Finanzausgleich beteiligte andere Gebietskörperschaft oder den Sozialversicherungsträgern finanzielle Auswirkungen, so sind diese darzustellen.“

Der Entwurf verstößt gegen das BHG, weil er die Fusionskosten und Synergieeffekte gar nicht und die angeblichen Einsparungswirkungen völlig unzureichend darstellt.

Würde eine Fusion dieser Größenordnung in einem Unternehmen derart unvorbereitet dem Aufsichtsrat vorgelegt, könnte dieser nicht zustimmen, ohne gründlich Sorgfaltspflichten zu verletzen (Untreue, Schadenersatz). Für eine Verschmelzung von Aktiengesellschaften haben die Vorstände der beteiligten AG einen Verschmelzungsvertrag sowie einen Verschmelzungsbericht vorzubereiten. Der Verschmelzungsvertrag ist für jede AG von einem Verschmelzungsprüfer (Wirtschaftsprüfer) zu prüfen. Weitere Prüfpflichten treffen den Aufsichtsrat.

Auch wenn derart gut vorbereitete Fusionen im Privatbereich letztlich durchgezogen werden, sind sie nicht zwangsläufig von Vorteil. Die internationale Literatur weist darauf hin, dass in 30 bis 50 % der Mergers der Wert gesenkt wird, in 60 bis 80% der Unternehmenswert jedenfalls nicht gesteigert wird McKinsey&Company weisen nach der Analyse von 160 Mergers darauf hin, dass schon ein kleiner Fehler bei der Schätzung entscheidend zum Straucheln der Fusion führen kann.

Die Fusion der Sozialversicherungsträger wird im Blindflug durchgeführt und ist unverantwortlich gegenüber den österreichischen Versicherten. Die BAK appelliert an die Bundesregierung den Entwurf zurückzuziehen und das Bundeshaushaltsgesetz einzuhalten.

7. 15 schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken

Im vorliegenden Entwurf sind zahlreiche Elemente aus verfassungsrechtlicher Sicht höchst bedenklich. Die nachfolgend genannten Problemfelder sind beispielhaft zu verstehen, infolge der verkürzten Begutachtungsfrist konnten nicht alle Verfassungswidrigkeiten dargetan werden.

- (1) Parität: Die paritätische Besetzung der Verwaltungskörper ist verfassungswidrig. Die DienstgeberInnen erhalten die gleiche Anzahl an Versicherungsvertreter-Mandaten im führenden Gremium der Selbstverwaltung (Verwaltungsrat) wie die DienstnehmerInnen (Parität). Dies widerspricht dem ureigensten Prinzip der Selbstverwaltung als Zusammenschluss einer Risikogemeinschaft (die Versicherten), aus deren Mitte nach demokratischen Prinzipien ein verantwortliches Spitzengremium zu wählen ist. DienstgeberInnen sind nicht in den SV-Trägern der Unselbstständigen versichert und tragen auch nicht die Hälfte der Einnahmen (siehe Selbstbehalte, Pensionistenbeiträge).
- (2) Dienstgebervorsitz per Gesetz: Der Überleitungsausschuss der ÖGK bekommt kraft gesetzlicher Anordnung einen DienstgeberInnen-Vorsitz, der funktional die Aufgaben der Obfrau (des Obmanns) übernehmen wird. Dies ist vor dem Hintergrund der Versicherungsgemeinschaft in der ÖGK ebenso verfassungsrechtlich bedenklich wie die Parität.

- (3) Demokratiefeindliche Unvereinbarkeitsregeln: Die Mitglieder der Überleitungsausschüsse der ÖGK, der PVA und der AUVA dürfen keinem anderen Vertretungskörper eines Versicherungsträgers angehören. Damit dürfen demokratisch gewählte Mandatare nicht an der Überleitung mitwirken.
- (4) Symmetriegerbot: Der Gesetzgeber behandelt die Versicherungsträger unterschiedlich. Bei der ÖGK gilt die Parität zwischen DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen, bei der BVAEB bleibt eine Mehrheit der DienstnehmerInnen erhalten (7:3). Bei der ÖGK rotiert der Vorsitz zwischen DienstgeberInnen und DienstnehmerInnen, bei der BVAEB nicht. In der ÖGK, AUVA und PVA werden die derzeitigen Mandatare von der Überleitung ausgeschlossen, in der BVAEB dürfen sie teilnehmen.
- (5) Die Vorsitzführung ist in der Überleitungsphase willkürlich geregelt, in der ÖGK und AUVA wird der Vorsitz per Gesetz den DienstgeberInnen übertragen, in der BVAEB hat ihn ein/e DienstnehmerIn. Die Landesstellenausschüsse von ÖGK und AUVA dürfen Anträge entgegennehmen, jene der PVA nicht. Bei der ÖGK wird ein/e RegierungskommissarIn eingesetzt, bei den anderen Trägern nicht. Dies alles erscheint vor dem verfassungsrechtlichen Symmetriegerbot höchst bedenklich.
- (6) Verletzung der Finanzautonomie: Durch die Einführung des ZPFSG und die Übertragung der Prüfkompetenz an die Finanzverwaltung wird in den Wesenskern der Selbstverwaltung eingegriffen.
- (7) Gesetzliche Zuweisung von DienstnehmerInnen an die Finanzverwaltung: Dies stellt einen unzulässigen Eingriff in die Selbstverwaltung und in die privatrechtlichen Arbeitsverträge der Betroffenen dar.
- (8) Fusion zur BVAEB: Die unterschiedlichen beruflichen Interessenvertretungen und das ungleiche Beitrags- und Leistungsrecht lassen an der Einheitlichkeit der Versichertengemeinschaft zweifeln. Zudem ist die Entsendung der VertreterInnen der EisenbahnerInnen durch das BMASGK unzulässig, die BAK hat die entsendende Stelle zu sein.
- (9) Eignungsprüfung: Zudem muss auch die in Aussicht genommene Prüfung für VersicherungsvertreterInnen höchst kritisch hinterfragt werden. Der Entwurf sieht vor, dass Personen, die keine juristische Ausbildung, keine SV-Dienstprüfung oder keine Erfahrungen als Geschäftsführer haben, einen Eignungstest vor einer Kommission der Sozialministerin und des Finanzministers ablegen müssen. Ein Wesenselement der Selbstverwaltung ist die demokratische Legitimation, die hinsichtlich der SV-Träger durch die Wahlen zu Arbeiterkammern, Wirtschaftskammern, Landwirtschaftskammern bzw Personalvertretungen mittelbar sichergestellt ist, da die genannten gesetzlichen Interessenvertretungen VersicherungsvertreterInnen entsenden. Eine Einschränkung potentieller MandatsträgerInnen in der SV wäre so zu bewerten, als würden beispielsweise Wahlen zum Gemeinderat erst dann wirksam werden, wenn die potentiellen GemeinderätInnen eine Prüfung zum Kommunalrecht abgeschlossen hätten. Diese Bestimmung ist vor dem Hintergrund des demokratischen Prinzips in der Bundesverfassung wohl verfassungswidrig.
- (10) Repräsentanz im Dachverband: Weiters soll ein Organ des nunmehrigen Dachverbands, die Konferenz, aus zehn Mitgliedern bestehen. Dies sind die Obleute und StellvertreterInnen der fünf Träger (ÖGK, AUVA, PVA, SVS, BVAEB). Damit sind in diesem Organ bloß vier Dienstnehmer-VertreterInnen (je eine/r aus ÖGK, PVA, AUVA,

und BVAEB), jedoch sechs Dienstgeber-VertreterInnen. Dies erscheint vor dem Hintergrund von 5 Mio versicherten ArbeitnehmerInnen und nur 500.000 Selbstständigen und Bauern verfassungsrechtlich schwer bedenklich.

- (11) Aufsicht: Zudem ist die nunmehrige Ausgestaltung der Aufsicht vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit bedenklich. Die Aufgaben der Aufsicht sind Kontrolle und Überwachung. Die Übertragung von Geschäftsführungsaufgaben an die Aufsicht ist unzulässig. Der starke Ausbau der Rolle des Finanzministeriums führt zu einer Doppelaufsicht durch BMASGK und BMF. Die Aufsicht bekommt einen vollzugsartigen Charakter, der über die reguläre Aufsichtsrechte weit hinausgeht.
- (12) Zwangszuweisung der Prüfer der GKK: Die Sozialversicherungsprüfer der GKK werden per Gesetz der sachlichen und dienstlichen Weisung der Finanzverwaltung unterstellt. Im Ergebnis liegt eine Überlassung von DienstnehmerInnen vor, die entsprechend der Menschenrechtskonvention nur mit Einverständnis der ArbeitnehmerInnen zulässig ist.
- (13) Trägerübergreifende Kompetenzen für einzelne SV-Träger: Im Entwurf sind auch entsprechende Delegationsbestimmungen vorgesehen, dass der Dachverband einzelne Geschäftsbereiche an beliebige SV-Träger übertragen kann. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Konzeption des Dachverbandes als Träger der SV-Träger verfassungsrechtlich bedenklich, denn es ist gerade seine und nur seine Aufgabe trägerübergreifende Kompetenzen wahrzunehmen.
- (14) Zuweisung von Angestellten des Hauptverbandes an andere SV-Träger: Im Entwurf ist vorgesehen, dass die Selbstverwaltung des Dachverbandes durch Erklärung, Bedienstete des Hauptverbandes an einen Versicherungsträger zuweisen kann. Auch dies erscheint vor dem Hintergrund der Selbstverwaltung verfassungsrechtlich bedenklich.
- (15) Weiters wird angemerkt, dass die angedachten Änderungen samt massiven Finaneinbußen bei der AUVA vor dem Hintergrund des Dienstgeber-Haftungsprivilegs (DGH) problematisch sind, denn das DGH ist nur soweit gerechtfertigt, solange die Beiträge der DienstgeberInnen zur Deckung der Folgen der Arbeitsunfälle ausreichen. Weiters ist es verfassungsrechtlich geboten, dass der Gesetzgeber dafür Sorge trägt, dass die SV-Träger mit den notwendigen Mitteln ausgestattet werden, um ihre gesetzlichen Aufgaben erfüllen zu können.

Zusammengefasst sind dies 15 schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken.

Besonderer Teil

1. ASVG

Zur Ablehnung der Organisationsreform

Das SV-OG beinhaltet folgende zentrale Maßnahmen:

Die Zahl der SV-Träger wird von 21 auf fünf verringert. Die neun GKK werden zu einer ÖGK, die Versicherungsanstalt der Beamten mit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und

Bergbau (BVAEB) zusammengelegt und die Versicherungsanstalten der Bauern und Selbstständigen zu einer gemeinsamen Selbstständigen Sozialversicherungsanstalt (SVS) zusammengeführt. Der Hauptverband der SV-Träger wird zur Besorgung trägerübergreifender Aufgaben in einen Dachverband (DV) umgestaltet. Die Betriebskrankenkassen (BKK) und die Notarversicherung werden zu privaten Wohlfahrtseinrichtungen. Innerhalb der ÖGK werden gegenüber der Hauptstelle weisungsgebundene Landesstellen eingerichtet.

In den Selbstverwaltungskörpern der Unselbstständigen-Träger (mit Ausnahme der BVAEB) wird die „Parität“ von DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen eingeführt. In Zukunft wird der Verwaltungsrat der neu geschaffenen ÖGK aus jeweils sechs Dienstnehmer- und Dienstgeber-VertreterInnen bestehen. Für die Beschlussfassung ist bei Anwesenheit von mindestens der Hälfte der Mitglieder die einfache Mehrheit erforderlich. Die Zahl der VersicherungsvertreterInnen wird reduziert. In einer nicht einmal ein Jahr dauernden Übergangsphase wird parallel zur bestehenden Organisation, im Rahmen eines Überleitungsausschusses, die Zusammenführung ab 1.1.2020 vorbereitet.

So wie im Entwurf geplant, lässt sich die Zusammenlegung der SV-Träger nicht kohärent erklären, sondern folgt einer klientelpolitischen Logik. Es ist höchst unsachlich „Trägerfusionen“ so auszustalten, dass am Ende ASVG-Versicherte gegenüber Selbstständigen und BeamtenInnen leistungsrechtliche Nachteile haben. Die Reform führt somit zu keiner Leistungsharmonisierung, sondern verfestigt die Leistungsunterschiede zwischen der Beamtenversicherung (künftig auch der bisher im Rahmen der VAEB versicherter Personen) und der Selbstständigen-Versicherung auf der einen und der nach dem ASVG versicherten Arbeiter und Angestellten auf der anderen Seite.

Mit der ÖGK wird eine zentrale Einheitskasse für sieben Mio Versicherte geschaffen. Die geplanten Landesstellen erhalten zwar einige Kompetenzen (u.a. Entgegennahme von Leistungsanträgen, Honorarverhandlungen mit der Landesärztekammer), haben aber keinerlei Vertragsabschluss- und Budgethoheit und sind der ÖGK gegenüber in allen Belangen weisungsgebunden. Die Beitragseinnahmen sollen zwar vorerst im jeweiligen Bundesland verbleiben, nachdem diese jedoch bundesdurchschnittlich nur 85 % der Gesamteinnahmen der KV ausmachen, erwächst in Zukunft der ÖGK ein beträchtlicher Gestaltungsspielraum, die Mittelzuweisung auf die Bundesländer zu verändern, Selbstbehalte zu erhöhen und insbesondere in Zeiten stagnierender oder sinkender Beitragseinnahmen das (regionale) Leistungs- und Serviceniveau zu senken. In diesem Zusammenhang lehnt die BAK das Recht des Dachverbandes (mit Zustimmung der BM), durch Verordnung Selbstbehalte bei (zahn)ärztlicher Behandlung oder in Spitalsambulanzen einzuhören, entschieden ab. Dieses Verordnungsrecht war in der Vergangenheit zwar „totes Recht“, es ist aber schon deswegen nicht auszuschließen, dass es in Zukunft erstmals realisiert wird, weil es sonst nicht prominent in einem eigenen Paragraphen geregelt worden wäre.

Es besteht die Gefahr, dass regionale Aspekte der Gesundheitsversorgung ins Hintertreffen geraten. Es fehlt für die Landesstellen an jeglicher Möglichkeit autonom, regionale Gesundheitspolitik zu machen. Auch die Verwendung von Geldmitteln aus dem neuen Innovations-

und Zielsteuerungsfonds wird von der Hauptstelle gesteuert. Schließlich können auch Rücklagen (sofern überhaupt vorhanden) nur für Zwecke verwendet werden, die von der Hauptstelle anerkannt werden. Die BAK sieht die Gefahr einer Bevorzugung von regierungsnahen Bundesländern bei der Vergabe von Förderungs- und Innovationsmitteln. Letztlich können Fehlentwicklungen dieser Art nur durch wirksame Kontrollmechanismen in den Verwaltungskörpern hintanhalten werden. Es ist fraglich, ob man in Anbetracht der politischen Machtverhältnisse darauf vertrauen kann, dass die Bundesländer im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (Umsetzung der in der gleichnamigen Art 15a B-VG-Vereinbarung, regionale Angebotsplanung) eine Verschlechterung der Versorgung verhindern werden.

Es ist aus Sicht der BAK unredlich, die künftige Zusammensetzung des Verwaltungsrates in der ÖGK beitragsparitätisch zu begründen und dabei so zu tun, als ob damit nicht parteipolitische Vorteile verbunden sind. Die Machtübernahme der Wirtschaft ohne Kontrolle durch Dienstnehmer-VertreterInnen setzt den seit der Hauptverbandsreform 2003 eingeleiteten Weg einer parteipolitischen „Umfärbung“ von Verwaltungskörpern fort und dehnt ihn mit einem Schlag auf alle SV-Träger aus. Die im Entwurf vorgesehene Zweidrittelmehrheit bei wichtigen Beschlüssen ist keine Alternative dazu. Da in der ÖGK und in der PVA ein halbjährlich rotierender Vorsitz ohne Dürmierungsrecht des Vorsitzenden vorgesehen ist, kann die DienstgeberInnen-Kurie jeden Beschluss verhindern, weil bei Stimmengleichheit ein Antrag als abgelehnt gilt. Die Verringerung der Zahl der VersicherungsvertreterInnen konterkariert die Versichertennähe bei Entscheidungen der Verwaltungskörper. Die im Entwurf vorgesehenen Eignungstests sind hinsichtlich der Ausnahmen unsachlich und mit aus demokratischen Wahlen hervorgegangenen Mandaten unvereinbar.

Betriebskrankenkassen

Die Vorteile einer Umwandlung der BKK in betriebliche Wohlfahrtseinrichtungen sind nicht zu erkennen, im Gegenteil, es ist zu befürchten, dass in weiterer Folge größere DienstgeberInnen aus der Privatwirtschaft ebenfalls versuchen werden, aus der SV hinauszuoptieren.

Seit 1888, also seit 130 Jahren vollziehen Betriebskrankenkassen als eigene Sozialversicherungsträger in Selbstverwaltung, die Krankenversicherung der Beschäftigten, für die sie errichtet wurden.

Mit dem vorliegenden Entwurf sollen die bestehenden BKK mit Wirksamkeit ab 1.1.2020 aufgelöst werden. Gleichzeitig ist die grundsätzliche Überleitung der bisher bei den BKK pflichtversicherten DienstnehmerInnen in die Vollziehung der ÖGK vorgesehen.

Anstelle der gesetzlichen Überleitung der DienstnehmerInnen in die ÖGK enthält der Entwurf die Ermächtigung durch Abschluss einer Betriebsvereinbarung bis 31.12.2019 eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung zu errichten. Sind die Leistungen der betrieblichen Wohlfahrtseinrichtung gleichartig oder der annähernden gleichwertig mit jenen der gesetzlichen Krankenversicherung, so scheiden die bisher der aufgelösten BKK zugehörigen DienstnehmerInnen ex lege aus der Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Für eine Ausnahme aus der gesetzlichen Pflichtversicherung in der Krankenversicherung für die bisher in den BKK pflichtversicherten DienstnehmerInnen und deren Überleitung in ein betriebliches Versorgungssystem fehlt jede sachliche Rechtfertigung. Darüber hinaus werden die betroffenen DienstnehmerInnen, weil deren Leistung nur annähernd gleichwertig mit jener der gesetzlichen Krankenversicherung sein muss, gegenüber den in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Personen schlechter gestellt und dadurch in ihrem Recht auf Gleichheit vor dem Gesetz verletzt.

Die Ausnahme aus der gesetzlichen Pflichtversicherung in der KV hat zur Folge, dass die Arbeitslosenversicherung für die Beschäftigten der BKK nicht sichergestellt ist.

Durch die Auflösung der fünf BKK kommt es zu einem Entzug von Mitteln (§§ 5 Abs 1 Z 9, 5a, 7 Z 2 lit c, 8 Abs 1 Z 1 lit a sublit cc, 152 und 718 Abs 8 bis 10 ASVG). Bisher leisteten die BKK die Dienstgeberabgabe an den Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG. Die Dienstgeberabgabe fließt zukünftig direkt in das Budget der ÖGK. Diese Umverteilung zum Ausgleich unterschiedlicher Strukturen, Liquidität und zur Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs ist nun dem Gesundheitswesen entzogen.

Den Erläuterungen ist weiters zu entnehmen, dass die BKK derzeit für ca 49.000 Personen zuständig sind und ihr Beitrag zur Krankenanstaltenfinanzierung der öffentlichen Krankenanstalten laut Erfolgsrechnung im Jahr 2017 rd € 47 Mio betrug.

Übergang der Dienstverhältnisse (AVRAG Ja oder Nein)

Die Wahrung der Rechtsansprüche aller von der Reform betroffenen ArbeitnehmerInnen dient nicht nur deren individueller und familiärer Existenzsicherung, sie liegt auch im Interesse des Staates, der Versichertengemeinschaft und eines funktionierenden Sozialversicherungswesens insgesamt: Nur wenn erfahrene, routinierte und – motiviert und ohne Angst um ihre Arbeitsplatzsicherheit tätige – Beschäftigte die umfangreichen Aufgaben der Träger und des Hauptverbands (Dachverbands) tagtäglich erledigen, ist die Versorgungssicherheit sichergestellt.

Grundsätzlich geht der Entwurf von der Anwendbarkeit der Betriebsübergangsrichtlinie und des AVRAG für die Dienstverhältnisse der bisherigen GKK auf die ÖGK aus, da der Gesetzgeber für diesen Fall keine Sonderregelungen vorgesehen hat. Lediglich für die Arbeitsverhältnisse im Hauptverband sind rudimentäre Überleitungsnormen vorgesehen, dies mit dem Argument, dass die Richtlinie auf gegenständliche Arbeitsverhältnisse nicht anwendbar sei, da Tätigkeiten eines Verwaltungskörpers übergingen. Da der Dachverband aber wie bisher der Hauptverband aus den Versicherungsträgern gebildet wird, ist auch in der Systematik des Gesetzgebers der Novelle von der Anwendbarkeit der Betriebsübergangs-RL (insbesondere bei der Aufgabenbesorgung der Erstellung von Richtlinien, der Koordination, etc) auszugehen.

Unabhängig von der Frage, ob die maßgebende RL anwendbar ist, ist jedenfalls aufgrund seines Geltungsbereiches das AVRAG anwendbar. Es bedarf daher keiner Sonderregelungen im Gesetz.

Die Doppelregelung dieser Materie, insbesondere die Ausformulierung des Kündigungsschutzes in § 718 Abs 14, führt aber zur Verdrängung der allgemeinen Regelungen des AVRAG.

Durch die besondere Formulierung „*alleiniger Kündigungsgrund*“ ist zu befürchten, dass bei Vorliegen anderer Motivationen zur Beendigung der Kündigungsschutz entfällt, bzw die Regelung stark auslegungsbedürftig ist und es auf das Überwiegen einer Motivation zur Beendigung ankommen könnte. Allein aus Gründen der Rechtssicherheit wäre daher die Formulierung anzuraten: „*Ist der Betriebsübergang auf den Dachverband überwiegende Motivation der Kündigung des Arbeitsverhältnisses, ist die Kündigung durch den Dienstgeber nichtig.*“ Es steht auch zu befürchten, dass diese Formulierung in Abs 15 dem § 3 AVRAG widerspricht.

Überhaupt ist aber zu kritisieren, dass der Gesetzgeber in diesem Fall eine rudimentäre Doppelregelung (keine Regelung der Übernahme von zugesagten Betriebspensionen im Vergleich zum AVRAG) vornimmt, die auch sachlich nicht gerechtfertigt ist und damit den verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz verletzen könnte.

Es wird lediglich eine Rechtewahrungsklausel statuiert. Der Kollektivvertrag (KollIV) kommt daher nicht mehr unmittelbar zur Anwendung auf die Arbeitsverhältnisse, sondern Individualrechte fließen in den Einzelvertrag: Inwieweit dies mit Betriebspensionsregelungen stattfindet, ist aber unklar und nicht voraussagbar.

Die Rechtewahrungsklausel erstreckt sich auch nicht auf echte Betriebsvereinbarungen des Hauptverbandes. Diese fallen mit Übergang der Arbeitsverhältnisse zum Dachverband weg. Da kein Verschlechterungsverbot statuiert ist, besteht die Gefahr einer Verschlechterung der nicht rein individuellen Arbeitsbedingungen durch den Abschluss eines neuen KollIV, weil keine Kontinuität zum früher anwendbaren KollIV gegeben ist.

Die BAK fordert daher die Anwendung des AVRAG auf alle innerhalb der SV durch das SV-OG übertragenen Dienstverhältnisse durch eine entsprechende legistische Klarstellung. Eine Ungleichbehandlung, mit dem Ergebnis einer Schlechterstellung der ArbeitnehmerInnen der Sozialversicherung gegenüber ArbeitnehmerInnen der Privatwirtschaft wird abgelehnt. Es ist bei jedem Betriebsübergang und jeder Fusion privatrechtlicher Arbeitsverträge völlig selbstverständlich, dass das AVRAG zur Anwendung kommt und die Rechtspositionen der ArbeitnehmerInnen in allen Belangen gewahrt bleiben.

Die Abschaffung der Kontrollversammlung

Gem § 433 Abs 1 hat die Hauptversammlung die Aufgabe, den Jahresvoranschlag zu beschließen (Z 1), den Jahresbericht des Verwaltungsrates abzunehmen (Z 2) und schließlich den Verwaltungsrat zu entlasten (3). Gem § 426 Abs 2 Z 1 setzt sich die Hauptversammlung unter anderem auch aus den 12 Mitgliedern des Verwaltungsrates zusammen. Die Hauptversammlung besteht bei der ÖGK und PVA aus 42 Personen, bei der AUVA aus 32 Personen (§ 428). Damit besteht die Hauptversammlung zu knapp 29 % bzw 38 % aus Mitgliedern des

Verwaltungsrates, wenn alle Mitglieder anwesend sind. Diesen Mitgliedern kommt in der Hauptversammlung demnach die Aufgabe zu, sich selbst zu entlasten. Gem § 435 ist bereits die Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder zur Beschlussfähigkeit ausreichend. Das würde für ÖGK und PVA bedeuten, dass bereits 21 Mitglieder Beschlussfähigkeit herstellten, die 12 Mitglieder des Verwaltungsrates hätten dann sogar die Mehrheit, bei der AUVA würde sogar nur 16 Anwesende genügen.

Vor dem Hintergrund der notwendigen Trennung von Kontrolle und Vollziehung ist diese Regelung äußerst problematisch. Das Aktiengesetz kennt beispielsweise in seinem § 90 eine Unvereinbarkeit von Aufsichtsratsfunktion und Vorstandsfunktion. Da die Organisation einer Aktiengesellschaft augenscheinlich als Vorbild für die nunmehrigen Selbstverwaltungskörper diente, ist die im ASVG fehlende Inkompatibilität unverständlich.

Im „alten“ Recht kommt die Kontrolle der ebenso benannten Kontrollversammlung zu (§ 436). Der Kontrollversammlung sind weitreichende Prüfrechte übertragen, sie kann auch die Generalversammlung einberufen. Die Zustimmung der Kontrollversammlung ist unter anderem bei Vermögens- und Liegenschaftsfragen und bei Angelegenheiten des leitenden Personals erforderlich. Mit der letzten großen Novelle 1994 stellte der Gesetzgeber in den EB klar: „Die Versicherungsvertreter in der Kontrollversammlung gehören der Generalversammlung nicht an, um eine Vermengung von Geschäftsführungs- und Kontrollaufgaben zu vermeiden (Trennung von Vollziehung und Kontrolle)“ (1375 der Beilagen XVIII GP S 31).

Aus Sicht der BAK wird zugunsten des populistischen Ziels der bloßen Reduktion von Zahlen (hier Anzahl der Gremien, Anzahl der dort tätigen Personen) die wichtige Aufgabe der Kontrolle und das damit verbundene Prinzip der funktionalen Trennung aufgegeben. Dass dies bei einem System, das die Gesundheits- und Sozialversorgung sicherstellen soll und rund 60 Mrd Euro jährlich umsetzt, jedoch unbedingt erforderlich ist, liegt auf der Hand.

Die BAK fordert daher die Beibehaltung des bisherigen Prinzips der Trennung von Geschäftsführung und Kontrolle.

Überleitungsausschüsse

Der Überleitungsausschuss, welcher ab 1.4.2019 konstituiert wird, wandelt sich mit 1.1.2020 automatisch zum Verwaltungsrat des jeweiligen Trägers um. Dieses Gremium hat weitreichende Kompetenzen, ua die Bestellung von leitenden Organen, die Entscheidung über Dienstpostenpläne und EDV-Belange über € 100.000. Der Überleitungsausschuss kann sämtliche Beschlüsse der noch bestehenden Gremien (Vorstände) an sich ziehen. Da der Überleitungsausschuss und später der Verwaltungsrat Weisungen an die Landesstellen erteilen können, werden dadurch Beschlüsse auf regionaler Ebene in den Landes-Zielsteuerungskommissionen bereits ab diesem Zeitpunkt gefährdet. Auch bedeutet ein paritätisch besetztes Gremium mit einem DienstgeberInnen-Vorsitz eine Unsicherheit im Hinblick auf den Entzug von Mitteln aus dem Gesundheitswesen. Der Entwurf sieht eine massive Entmachtung der Arbeitnehmervertretung vor und räumt der Bundesregierung in unzulässiger Weise Eingriffsmöglichkeiten in sachlicher sowie personeller Natur ein. Die Intentionen hinter diesen Erwägungen

zeigen das tiefe Misstrauen in die – höchst effizienten und professionellen – Verwaltungsstrukturen der Selbstverwaltung der unselbstständig Erwerbstätigen und den Entschluss der Bundesregierung, die Arbeitnehmerinteressenvertretung massiv zu schwächen.

Dem ÜA dürfen keine Mitglieder anderer Verwaltungskörper (Träger, HV) angehören. Diese unsachliche Unvereinbarkeit wird aus demokratiepolitischen Gründen abgelehnt.

Der (die) jeweilige Vorsitzende des Verwaltungsrates (ÖGK, AUVA, PVA) bzw ÜA der anderen SV-Träger sowie deren StellvertreterIn sind ab 15.4.2019 Mitglieder der Überleitungskonferenz des Dachverbands (DV). Deren Aufgaben sind in § 538z Abs 7 ASVG umschrieben (Bestellung des Generalsekretärs, Erstellung des Voranschlags für 2020, Überstellung eines Teils der Mitarbeiter des HV in den DV). Anders als im Überleitungsausschuss der ÖGK (siehe § 538w Abs 2) kann die Überleitungskonferenz nicht sämtliche Angelegenheiten vor der Beschlussfassung an sich ziehen. Kommen keine entsprechenden Beschlüsse zustande, kann der Vorsitzende der Bundesministerin die Sache zur Entscheidung vorlegen, was im Hinblick auf die Selbstverwaltung verfassungsrechtlich bedenklich ist.

Die Materialien zum Entwurf machen keinen Hehl daraus, dass die Aufgaben des Überleitungsausschusses gewährleisten sollen, dass die GKK in den letzten Monaten ihres Bestehens keine Fusion zuwiderlaufende Beschlüsse fassen können.

Ferner hat dem Entwurf nach die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen für den Zeitraum von 1.4.2019 bis 1.7.2019 für die ÖGK eine/n kommissarische/n Leiter/-in zu bestellen, dem die Organisation der Bürogeschäfte bis zur Bestellung des/der leitenden Angestellten obliegt. Dies bedeutet, dass der Überleitungsausschuss (so auch die Erläuterungen) verpflichtet werden soll, die wichtigsten Personalentscheidungen für die ÖGK bereits im Vorhinein zu treffen.

In der Überleitungsphase wird somit in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise in die Selbstverwaltung eingegriffen!

Eignungsprüfung („Fit-and-Proper-Test“)

Die BAK unterstützt grundsätzlich bessere Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung von VersicherungsvertreterInnen, dazu kann auch die Teilnahme an Einführungsveranstaltungen zu den in § 420 Abs 8 genannten Fachgebieten gehören. Sie hält jedoch die Durchführung von Prüfungen vor einer Kommission aus Bediensteten des Ministeriums als Voraussetzung für die Entsendung für rechtspolitisch problematisch und verfassungsrechtlich bedenklich; die Anforderungen sind unsachlich und widersprechen dem Grundsatz des allgemeinen Wahlrechts, der auch für die Selbstverwaltung zu gelten hat. Niemand würde von einem Abgeordneten eines Landtages oder Gemeinderates trotz erheblicher fachlichen Herausforderungen in vielen Rechts- und Wirtschaftsbereichen, die mit diesem Mandat verbunden sind, einen Eignungstest verlangen. Dazu kommt, dass die im Entwurf genannten Ausnahmen sachlich nicht nachvollziehbar sind. Warum Geschäftsführer einer juristischen Person – gleichgültig welcher

Art und in welcher Branche –, wenn sie fünf Jahre diese Funktion ausgeübt haben, vom Eignungstest dispensiert sind, ist absurd. Wenig überzeugend ist auch die Ausnahme für JuristInnen und WirtschaftswissenschaftlerInnen, die in den meisten Fällen, wenn überhaupt, nur über Teilerfahrungen verfügen. Eine derartige Ausnahme würde dazu führen, dass nur mehr AkademikerInnen in den Verwaltungsräten sitzen, weil va andere ArbeitnehmerInnen dafür nicht mehr bereit sein werden, wodurch der unmittelbare Bezug zur Arbeitswelt und Versichertennähe verloren geht.

Nach § 538v gelten die für die Bestellung des Verwaltungsrates maßgeblichen § 420 auch bereits für die Entsendungen in die ÜA. Bereits in den nächsten Monaten müssten die Voraussetzungen für den Eignungstest geschaffen werden (VO der Ministerin betreffend Lehrplan, Anrechenbarkeit von Ausbildungen, usw. und Einrichtung der Prüfungskommission). Damit sind die Entsendungen in die ÜA nicht nur verfassungsrechtlich bedenklich, sondern auch mit einer hohen Rechtsunsicherheit behaftet.

Im Unterschied zum Eignungstest für VersichertenvertreterInnen kann die Dienstprüfung für Bedienstete der Sozialversicherung in Hinkunft im Rahmen von FH-Kolloquien abgehalten werden. Dies lässt vermuten, dass bereits erworbene andere FH-Abschlüsse, beispielsweise MBA, angerechnet werden könnten. Damit scheinen – anders als bei den VersichertenvertreterInnen – die fachlichen Anforderungen an die Führungskräfte zu sinken (§ 718 Abs 17).

Verhältnis Zentrale zu Landesstellen

Die Landesstellen haben die Hauptstelle in Angelegenheiten des allgemeinen Versicherten- und Dienstgeberservices zu unterstützen, weiters die Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere bei der regionalen Planung einschließlich der Entsendung von VertreterInnen in die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission (L-ZK) des jeweiligen Landesgesundheitsfonds (§ 434) vorzunehmen. Den Landesstellen obliegt die Verwendung der am 31.12.2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen GKK (Anmerkung: Wien, NÖ und Vbg haben keine freien Rücklagen) und die Entscheidung über die Verwendung der der Landesstelle zugewiesenen Mittel aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds nach § 447a für Gesundheitsreformprojekte. Die angeführten Punkte betreffen massiv die gemeinsamen Tätigkeiten der bisherigen GKK und der Länder in der regionalen Planung. Die Landesstellenausschüsse sind an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; der Verwaltungsrat kann Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben oder ändern. Somit ist seitens der Länder jeweils Unsicherheit im Hinblick auf regionale Beschlussfassungen in der L-ZK und somit finanzielle Unsicherheiten für in der L-ZK angelegte Projekte gegeben.

Den Versicherten im jeweiligen Bundesland soll eine Summe „entsprechend“ den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung stehen (§ 443). Der Begriff „entsprechend“ ist entgegen dem Begriff „gleich“ ein unbestimmter Rechtsbegriff; außerdem ist nicht geregelt, wer wie feststellt, was dem Bundesland Wien „entspricht“. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Beiträge der Versicherten nur rund 80 % des Budgets der GKK ausmachen, restliche Einnahmen stammen aus Sondereinnahmen wie zB der Rezeptgebühr (2017

allein in Wien € 70,8 Mio). Diese verbleiben aber zentral bei der ÖGK und können nach eigenen Vorgaben der ÖGK verteilt werden. Somit besteht keinerlei Garantie, dass die bisher im Land erwirtschafteten Beiträge auch dort verbleiben. Mangels Strukturausgleich kann es zu einer Verknappung der Mittel in den Landesstellen der SV kommen (für Wien bedeutet das nach Auskunft der WGKK ein Minus von rund € 24 Mio), was einen zusätzlichen Aufwand für die betroffenen Länder bedeutet. Diese Vorschriften lassen einen massiven Eingriff in den Finanzausgleich zu Lasten der Bundesländer vermuten, weshalb von weiterer Unsicherheit für die Bundesgebühr durch eine allfällige Auslösung des Konsultationsmechanismus auszugehen sein könnte.

Bisher gab es den „Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen“ und den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen der einzelnen GKK in den Ländern (§ 447a). Dies berücksichtigte zB eine negative Beitragsbilanz in Burgenland und Kärnten aufgrund einer hohen Zahl von PensionsbezieherInnen und einkommensschwachen LeistungsbezieherInnen in Wien.

Durch ersatzlose Streichung und Schaffung des neuen § 447a ASVG „Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse“ werden unterschiedliche Strukturen in den Ländern nicht mehr ausgeglichen. Weiters ist anzumerken, dass der Innovations- und Zielsteuerungsfonds auch der Zielsteuerung nach § 441f Abs 5 ASVG, also eines sozialversicherungsinternen Zielsteuerungssystems für das Verwaltungshandeln zwischen Hauptstelle und Landesstellen, dient. Mangels näher bekannter Geschäftsordnung ist der Anteil der Mittel dafür nicht abschätzbar.

Bisher wurden die Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstalten über den Ausgleichsfonds gesetzlich geregelt (§ 447f). Zwar werden auch zukünftig direkt die rd € 8,2 Mio. Euro vom Bundesministerium an den Ausgleichsfonds überwiesen. Jedoch birgt der neue § 447f Abs 18 ASVG Unsicherheiten für die Länder, da nicht mehr im Gesetz die Beträge und Aufteilungsschlüssel festgeschrieben sind, sondern die Beträge und Aufteilungsschlüssel des Pauschalbetrages für Leistungen der Krankenanstalten mittels Verordnung des Bundesministeriums festgesetzt werden. Diese Regelung ist für die Länder intransparent und die Beiträge und Aufteilungsschlüssel sind für die Länder nicht abschätzbar.

§ 434 Abs 4 entzieht defacto den Landesstellausschüssen der PVA sämtliche Aufgaben. Einzig die Gewährung von Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds, sowie die Entsendung von VertreterInnen in den Widerspruchsausschuss betreffend die Verfahren zur Pensions-Kontoerstgutschrift (mit überschaubarer praktischer Bedeutung) verbleiben. In den EB findet sich zwar die Ankündigung die Aufgaben des Widerspruchsausschusses auszudehnen, dies stellt jedoch keinen hinreichenden Ersatz für die entfallenen Kompetenzen dar. Konkret geht es um die Entscheidung über Anträge von Versicherten, beispielsweise über Invaliditätspensionen oder Rehabilitationen.

Mit der Beseitigung der Aufgaben der Landesstellausschüsse werden auch die durch Satzung bzw Geschäftsordnung dorthin übertragenen Aufgaben dem Verwaltungsrat zufallen. Damit entfallen in Zukunft jedoch auch eine große Anzahl von Leistungsausschüssen. Diese

Leistungsausschüsse werden idR aus Mitgliedern der Generalversammlung beschickt. Dies gilt freilich auch für die Tätigkeit von Rehabilitationsausschüssen.

Damit wandert also die bisher auch in der PVA regional organisierte, selbstverwaltete Entscheidungsstruktur in die Zentrale. Wo bisher lokal DienstgeberInnen und DienstnehmerInnen unter Bedachtnahme auf die regionale Wirtschaftslage und Anforderungen an Versicherte abgewogene Entscheidungen getroffen haben, entscheidet nun ein anonymer Verwaltungsaparat an einem anderen Ort. Damit geht gleichzeitig viel Wissen über regionale Rehabilitations-Möglichkeiten und Engagement für die Versicherten verloren.

Die BAK lehnt die augenfällige Entregionalisierung im Bereich der PVA entschieden ab, weil zu befürchten ist, dass die Entscheidungsdauer steigen, die Zugänglichkeit zu Beratung und Rechtsschutz sinken wird und der regionale Erfahrungsschatz verloren gehen wird.

Leistungsharmonisierung unter allen KV-Trägern abgesagt

Der Gesetzesentwurf sieht nicht vor, Leistungen, für die es noch keinen Kassenvertrag gibt, wie zB im festsitzenden Zahnbereich, auszubauen. Wenn entsprechende Verträge mit den ÄrztInnen aber fehlen, bleibt es dem einzelnen KV-Träger überlassen, je nach Finanzkraft Zuschüsse zu leisten oder nicht. So kann die mit hohen Beitragseinnahmen ausgestattete BVAEB für ihre Versicherten, etwa für eine Zahnlücke einen Zuschuss von € 200 oder für ein Implantat sogar einen Zuschuss von € 350 bezahlen. Eine Versicherte der ÖGK geht in beiden Fällen leer aus! Eine weitere Ungerechtigkeit bleibt dahingehend bestehen, dass die BVAEB für ihre Versicherten bei einem Spitalsaufenthalt in bestimmten Fällen einen Zuschuss für die Sonderklasse leistet. Diese Ungerechtigkeiten werden auch mit den Zusammenlegungen zur ÖGK bestehen bleiben bzw sogar verstetigt, weil der Gesetzesentwurf keine Leistungsharmonisierung unter allen KV-Trägern vorsieht, sondern im Gegenteil dazu eine Dreiklassen-Medizin droht.

Bundesweite Gesamtverträge

Die Beziehungen zwischen KV-Trägern und freiberuflich tätigen ÄrztInnen (ZahnärztInnen) bzw Gruppenpraxen sind gesamtvertraglich zu regeln. Diese sind durch den KV-Träger und der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) in Zukunft bundeseinheitlich abzuschließen, nur für Einzelverträge und die Auswahl der ÄrztInnen sind die Landestellen zuständig. Die Konferenz des DV könnte zwar beschließen, dass ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag für alle Träger abgeschlossen wird. Davon ist jedoch aufgrund der unterschiedlichen Risikostruktur und der damit verbundenen unterschiedlichen finanziellen Ausstattung nicht auszugehen.

Abschlüsse mit im sechsten Teil des ASVG explizit genannten sonstigen Vertragspartnern bedürfen nach § 432 Abs 3 einer Zweidrittelmehrheit im Verwaltungsrat, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung der Versicherungsträger bewirken. § 434 Abs 2 Z 2 ermächtigt Landestellenausschüsse zu Verhandlungen gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit freiberuflichen ÄrztInnen/Gruppenpraxen. Das bedeutet aber lediglich, dass die

Landestellen zwar regionale Abweichungen verhandeln, aber eben nicht auch vertraglich vereinbaren (abschließen) können.

Der Abschluss des Primärversorgungs-Gesamtvertrages und des Primärversorgungsvertrages (Primärversorgungs-Einzelvertrages) obliegt in Zukunft ebenfalls der ÖGK bzw trägerübergreifend dem DV. Es ist zu befürchten, dass der bisherige, ohnehin bescheidene Ausbauplan ins Stocken kommt.

Die zum 31.12.2020 geltenden Gesamt- und Einzelverträge der GKK mit ÄrztInnen und anderen VertragspartnerInnen gelten bis zu neuen Vertragsabschlüssen (ÄrztInnengesamtvertrag, Optikergesamtvertrag, etc) durch die ÖGK weiter. Sofern die ÖGK nicht ohnehin einen alle laufenden Verträge substituierenden Gesamtvertrag zustande bringt, ist unklar, welche „Vertragsabschlüsse“, mit welchen Modalitäten weitergelten. Dadurch entsteht eine hohe Rechtsunsicherheit für die vertraglichen Sachleistungen. Denn, erfolgt die Kündigung, gelten die Regelungen über den vertragslosen Zustand.

Wahlarzterstattung

Im Entwurf wird vorgeschlagen, dass es grundsätzlich bei der bisherigen Erstattung in Höhe von 80 % des Vertragstarifs bleibt. Allerdings ist zur bundesweiten Vereinheitlichung in der Satzung ein anderer Betrag, unter Bedachtnahme auf die Honorarordnungen, festzusetzen.

Die KV-Träger trifft hinsichtlich der Versorgung mit Sachleistungen ein „Sicherstellungsauftrag“. Wenn die KV-Träger keine flächendeckende Versorgung mit Vertragspartnern zustande bringen und die Versicherten vermehrt auf WahlärztInnen angewiesen sind, darf das nicht in der Satzung durch Festsetzung einer höheren Kostenerstattung letztlich zu Lasten der Versicherten gehen. Es gilt der gesetzliche Auftrag durch Vertragspartner, Sachleistungen ausreichend zur Verfügung zu stellen.

Hauptverband wird zum Dachverband

Dem DV der österreichischen SV-Träger gehören die fünf SV-Träger an. Ihm obliegt weiterhin die Beschlussfassung von Richtlinien zur Förderung der Zweckmäßigkeit und Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der SV-Träger, die Koordination der Vollziehungstätigkeiten der SV-Träger (zentrale Erbringung von Dienstleistungen) und die Wahrnehmung trägerübergreifender Verwaltungsaufgaben. Die im Entwurf vorgenommene Gliederung in die genannten Aufgabenbereiche folgt nicht immer der Zuteilungslogik (zB Subsumtion dienstrechlich relevanter Richtlinien unter § 30b oder die Zusammenführung von Rechenzentren unter § 30c), die dem DV zugewiesenen Aufgaben entsprechen jedoch weitgehend jenen des geltenden Rechts.

Hinsichtlich der genannten Aufgaben kann der DV mit Beschluss der Konferenz deren Vorbereitung ganz oder zum Teil auf einen oder mehrere Träger übertragen. Erfolgt die Übertragung nicht bis Ende Juni 2021, kann die Bundesministerin ersatzweise Übertragungen mit Verordnung vornehmen, wobei die Übertragung in diesen Fällen nur so lange gilt, bis die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst. Dem DV ist die Übertragung zwar freigestellt (arg „kann“), er

muss aber, wenn er sie aus welchen Gründen auch immer nicht vornehmen möchte, mit einer Übertragung durch die Bundesministerin rechnen. Das schränkt die Dispositionsmöglichkeiten des DV in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise ein. Außerdem erscheint generell die Übernahme von Koordinierungsaufgaben durch einen Träger anstelle des DV verfassungsrechtlich bedenklich.

Der DV hat zwei Verwaltungskörper, die Konferenz und die Hauptversammlung. Die Konferenz hat spätestens im Dezember eines Jahres nach Anhörung der SV-Träger im Rahmen der Zielsteuerung-Sozialversicherung gesundheits- und sozialpolitische Ziele zu beschließen. Die Neuregelung ist hinsichtlich der Zieldefinition stärker determiniert als in der alten Rechtslage. Die Abstimmung der Ziele mit der Bundesministerin schon vor der Beschlussfassung ist verfassungsrechtlich als Eingriff in die Selbstverwaltung zu beurteilen.

Die Hauptversammlung des DV besteht aus den Obmänner/Obfrauen, den Vorsitzenden der Hauptversammlung der in § 441a genannten SV-Träger und jeweils deren StellvertreterInnen sowie jeweils drei Senioren- und BehindertenvertreterInnen ohne Stimmrecht. Die Aufgaben der Hauptversammlung sind in § 441d aufgezählt (Beschlussfassung über Jahresvoranschläge des DV, Genehmigung des von beeideten Wirtschaftsprüfern geprüften Rechnungsabschlusses, Entlastung der Konferenz). Die Mehrheit der Dienstgeber-VertreterInnen im Dachverband ist aus verfassungsrechtlichen Gründen abzulehnen.

Auch für den Dachverband ist ein Überleitungsregime vorgesehen: Die Überleitungskonferenz, die ab 15.4.2019 aus den Vorsitzenden der Überleitungsausschüsse sowie deren StellvertreterInnen besteht (siehe bereits vorher im Abschnitt Überleitungsausschüsse), die Bürogeschäfte führt ein von der Sozialministerin im Einvernehmen mit dem Finanzminister eingesetzte/r kommissarischer Leiter/in. Die Entsendung eines kommissarischen Leiters stellt eine unzulässige Einschränkung der Selbstverwaltung dar.

Aufsicht des Bundes

Das geltende Recht differenziert zwischen einer Rechtmäßigkeits- und einer Zweckmäßigkeitsaufsicht. Die durchaus weitgehende vorhandene Aufsicht des Bundes im Bereich der sozialen Selbstverwaltung bedarf keiner weiteren Ausdehnung.

Das Aufsichtsrecht des Bundes wird im vorliegenden Entwurf massiv ausgebaut, bis hin zur Auflösung von Verwaltungskörpern (§ 449). Es stellt sich hiermit die Frage, inwieweit dieser Eingriff in die Selbstverwaltung verfassungskonform ist. Für die Länder ist hierbei von Bedeutung, dass der Bund auch die Aufsicht in „wichtigen Fragen“ im Sinne des § 423 Abs 3 ASVG (2/3-Mehrheit im Verwaltungsrat) in Bezug auf den Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen (L-ZÜK) nach dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz hat.

Bis dato wird beim Abschluss von L-ZÜK auf den Bundes-Zielsteuerungsvertrag Rücksicht genommen. Dieser und die 15a-Vereinbarungen „Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ und „Gesundheits-Zielsteuerung“ bilden den Rahmen für die L-ZÜK. Nunmehr verbleibt nicht einmal mehr auf regionaler Ebene eine Planungssicherheit für die Länder, da

der Bund die Aufsicht (Anordnung von amtlichen Untersuchungen, Einsichtnahme, etc) im Hinblick auf die L-ZÜKs hat.

Zudem wird eine zusätzliche Aufsicht des Finanzressorts zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes eingeführt, die sich künftig auf alle Versicherungsträger (so auch auf die ÖGK und AUVA) beziehen soll. Der Gesetzesentwurf zählt demonstrativ auf, wo die Aufsichtsbehörde und das Finanzressort in wichtigen Fragen die Prüfung der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vornehmen kann. Bei Verstoß gegen diese Gebote in wichtigen Fragen sollen VertreterInnen der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts befugt sein, in den Sitzungen der Gremien Einspruch gegen die entsprechenden Beschlüsse zu erheben. Völlig neu ist die Idee, dass die Aufsichtsbehörde und das Finanzressort zu Dienstpostenplänen, soweit sie sich auf Dienstposten der Führungsebene beziehen, zuzustimmen haben.

Diese Erweiterungen in ihrer Gesamtheit bedeuten aus Sicht der BAK eine unzulässige Einschränkung der Selbstverwaltung und sind deshalb abzulehnen. Das geltende Recht bietet ausreichende Möglichkeiten zur Gewährleistung einer effizienten und korrekten Aufsicht!

Mehrfachversicherung

Im Fall von Mehrfachversicherungen sollen „bürokratische Hürden“ beseitigt werden, indem sowohl die Beitragserstattung als auch die Differenzvorschreibung generell von Amts wegen erfolgen sollen.

Dagegen besteht von Seiten der BAK kein grundsätzlicher Einwand. Die Umsetzung der Maßnahmen im Detail muss jedoch auch hier kritisiert werden. In den Erläuterungen wird ausgeführt, dass den Versicherten in Zukunft der gesamte von ihnen zu tragende Beitrag in der Kranken- und Pensionsversicherung erstattet wird. In Wahrheit besteht gegenüber der derzeitigen Rechtslage sogar eine Verschlechterung, weil bisher in der KV 4 % (nur mehr 3,87 %) und in der PV der Beitrag in halber Höhe (nur mehr 45 %) erstattet wurden.

Die Erstattung in der KV soll durch den Träger erfolgen, der „am geringsten in Anspruch genommen worden ist“ (§ 70a Abs 3 ASVG). Es bleibt offen, ob damit der Träger mit dem geringsten finanziellen Aufwand gemeint ist; zur Feststellung des zuständigen Trägers müssen jedenfalls zuerst Leistungsabrechnungen verglichen werden – ein erheblicher Verwaltungsaufwand, der im Zusammenhang mit den angekündigten Personaleinsparungen und dem grundsätzlichen Ziel der Entbürokratisierung kritisch zu sehen ist. Die in § 35b GSVG vorgesehene Differenzvorschreibung in einer Höhe, die voraussichtlich die Höchstbeitragsgrundlage nicht überschreitet, erfordert einen Datenaustausch zwischen allen potenziell beteiligten Versicherungsträgern. Die SVS muss also Daten der (Mehrfach)Versicherten inklusive der Beitragsgrundlagen von den anderen Trägern anfordern. Die wäre richtiger bei dem Träger anzusiedeln, der künftig die zentrale Verwaltung der Versicherungskarrieren und Beitragsgrundlagen erhalten soll (bisher: Hauptverband).

2. SVSG

Mit dem SVSG werden die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) zur neuen Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS) fusioniert. Die SVS ist ein Allpartenträger für Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Die bisher in der AUVA unfallversicherten gewerblich Selbständigen sind somit ebenfalls in der SVS versichert, wodurch der AUVA über 500.000 Versicherte verloren gehen. Der Rentenstock (laufende Versehrtenrenten) wird ebenfalls von der SVS übernommen.

Aus verfassungsrechtlicher Sicht muss bezweifelt werden, ob es sich bei den GSVG- und den BSVG-Versicherten überhaupt um eine Versichertengemeinschaft mit den gleichen Risiken handelt, die in einem Träger zu einem Selbstverwaltungsträger zusammengefasst werden dürfen. Die bisherige Judikatur des VfGH (va „Ausgleichsfondserkenntnis“ vom 13.3.2004, G 279/02 ua) spricht dagegen. Es bestehen Unterschiede sowohl im Beitrags- als auch im Leistungsrecht. Die Beitragsgrundlage im BSVG beruht auf dem Versicherungswert eines landwirtschaftlichen Betriebes, der sich aus dem Einheitswert ergibt. Der Beitragssatz in der PV beträgt für Bauern 17 %, für Gewerbetreibende 18,5 %. Auch im Leistungsrecht bestehen Unterschiede, beispielsweise bei den Erwerbsunfähigkeitspensionen, bei der Gewerbetreibende ab Vollendung des 50. Lebensjahres einen erleichterten Zugang haben.

Im Bereich der KV gibt es unterschiedliche Selbstbehalte (Kostenanteil pro Behandlung im GSVG, Behandlungsbeitrag pro Behandlungsfall im Quartal im BSVG). Die SVA hat eigene Gesamtverträge mit den GesundheitsdienstleistungsanbieterInnen, für die BSVG Versicherten gelten die neun Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen, wobei die Honorierungssysteme beträchtliche Unterschiede aufweisen. Völlig unterschiedlich ist auch das Leistungsrecht in der Unfallversicherung: Im Bereich des BSVG werden Betriebsrenten gewährt, die anders als im ASVG nur bis zum Pensionsanfall ausgezahlt werden.

Der Verwaltungsrat der SVS besteht aus zehn VersicherungsvertreterInnen, die im Verhältnis der Zahl der in der KV Pflichtversicherten zu entsenden sind. Wie im ASVG ist auch hier die Absolvierung eines Eignungstests Voraussetzung und begegnet denselben Bedenken. Diese Anforderungen sind nicht nur unsachlich, sie widersprechen auch dem für die demokratische Legitimation der Selbstverwaltung geltenden fundamentalen Grundsatz des allgemeinen Wahlrechts, dh eines passiven Wahlrechts, welches unabhängig von Stand und Beruf zu sein hat; hier liegt wohl zusätzlich eine Ungleichbehandlung von BSVG und GSVG Versicherten vor, die mit größerer Wahrscheinlichkeit als GeschäftsführerInnen einer juristischen Person von der „Prüfung“ befreit sind.

Aufgrund der bestehenden Unterschiede werden nach der Fusion getrennte Rechnungskreise geführt. Unbestimmt ist, wie lange es die getrennten Rechnungskreise geben wird. Der Zeitpunkt für einen gemeinsamen Rechnungskreis ist von der Hauptversammlung zu beschließen, wenn die „beitrags- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen wurden“. Das Gesetz nennt die Vereinheitlichung von Beitrags- und Leistungsrecht als „Ziel“ und verpflichtet

die SVS über diesbezügliche Fortschritte halbjährlich an das BMASGK und BMF zu berichten. Diese Bestimmung ist völlig unbestimmt und aus diesem Grund verfassungsrechtlich bedenklich. Es kann nicht den beiden Versichertengruppen im neuen Träger überlassen werden, in welche Richtung die Vereinheitlichung vorgenommen werden soll, es können wohl nur die organisatorischen Voraussetzungen im neuen Träger geschaffen werden.

3. B-KUVG

Die VAEB und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) werden ebenfalls zusammengeführt. Die Regelungen der Kranken- und Unfallversicherung der bisher bei der VAEB versicherten Personen werden aus dem ASVG in das B-KUVG übertragen. Die Regelungen betreffend das Pensionsversicherungsrecht bleiben im ASVG (Teilversicherung in der PV), zuständiger Träger ist allerdings die neue BVAEB. Die BVAEB wird ein Allpartenträger mit Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sein.

Von einer unmittelbaren Leistungsharmonisierung wird – ähnlich wie bei der SVS – Abstand genommen; es findet sich ebenso eine halbjährliche Berichtspflicht über den Fortgang der Beitrags- und Leistungsharmonisierung an die Bundesministerin. Weiters sind gem § 151a B-KUVG getrennte Geburungsaufzeichnungen zu führen.

Die Entsendung in den Verwaltungsrat der neuen BVAEB, der aus zehn Mitgliedern besteht, und auch dessen Zusammensetzung sind aus Sicht der BAK kritisch zu sehen. Die Entsendung der sieben Dienstnehmer-VertreterInnen erfolgt gem § 133 B-KUVG durch die Bundesministerin (!) auf Vorschlag des ÖGB im Einvernehmen mit der in Betracht kommenden Gewerkschaft. Die Aufteilung auf die Gruppen erfolgt nach der Zahl der pflichtversicherten aktiven DienstnehmerInnen. Eine Entsendung durch die Bundesministerin von AK-zugehörigen DienstnehmerInnen bei Eisenbahnen, Seilbahnen und auch Bergbau ist verfassungsrechtlich bedenklich. Außerdem würde auf die Gruppe der Eisenbahner nur ein Mandat entfallen, weshalb die Gruppe im neuen Träger nicht ausreichend repräsentiert ist; für den Bereich Bergbau gibt es keine Sonderregelung.

Lediglich in einem Übergangszeitraum von 1.4.2019 bis 31.12.2024 ist ein zusätzliches Mitglied mit beratender Stimme durch die Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft zu entsenden (§ 255 Abs 6 B-KUVG). Nur für wenige im Gesetz definierte Angelegenheiten (ua Abschluss von Gesamtverträgen, Beschlussfassung über die eigenen Einrichtungen der VAEB) und nur bis zum 31.12.2024 ist die Zustimmung dieses Vertreters erforderlich. Dieses Zustimmungserfordernis kann allerdings nur gewährleistet werden, wenn auch eine StellvertreterIn entsendet wird, weil die mögliche Stimmrechtsübertragung gem § 132 Abs 4 dafür nicht geeignet ist, weil kein zweites „entsprechendes“ Mitglied vorhanden ist.

Ab 1.1.2020 soll die neue BVAEB auch für die UV der Beschäftigten im Bergbau zuständig sein. Vollkommen unklar ist, in welcher Höhe Leistungen für den Rentenstock zu erbringen sind; eine Abgeltung des Aufwands ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Zu Art 10 (GSBG)

Die Umschichtung der GSBG-Mittel zu Gunsten der LandwirtInnen in der SVS erfolgt in der Höhe von € 30 Mio. Diese steht jedoch in keinem Verhältnis zu den Versichertenzahlen von ÖGK und SVS.

Zu Art 12 (Zielsteuerung)

Mit der Entsendung von Landesstellenausschuss-Mitgliedern der ÖGK in die L-ZK werden nicht entscheidungsbefugte Organe der ÖGK in ein wichtiges, regionales Steuerungsgremium entsendet. Dass die entsprechende Freigabe aus der Zentrale die Entscheidungsfindung in den L-ZK verlangsamt, muss befürchtet werden.

Es wurden umfassende Mängel aufgezeigt, die die Gesundheitsversorgung aller ÖsterreicherInnen massiv beeinträchtigen können und die Rechtssicherheit gefährden. Die BAK ersucht daher die Bundesregierung die schwerwiegenden Einwände aufzugreifen und diese bei der Erstellung der Regierungsvorlage sorgfältig einzuarbeiten.

Renate Anderl
Präsidentin
F.d.R.d.A.

Alice Kundtner
iV des Direktors
F.d.R.d.A.