

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

Ihr Zeichen, Ihre Nachricht vom
BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018

Unser Zeichen, BearbeiterIn
Mag.RH/MW

Klappe (DW)
39172

Fax (DW)

Datum
18.10.2018

Entwurf eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes

Der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) dankt für die Übermittlung des oben angeführten Entwurfes und nimmt wie folgt dazu Stellung.

Die österreichische Sozialversicherung ist seit ihrer (Wieder)Einrichtung eine Institution, die sozialpartnerschaftlich organisiert, verwaltet und weiterentwickelt wurde. Eine sorgfältige und intensive Einbindung der Sozialpartner bei der Ausarbeitung dieses Gesetzes hätte manche Probleme vermeiden können. Die im Ministerratsvortrag gegebene Zusage: „Die Umsetzung erfolgt in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern als Träger der Selbstverwaltung“ wurde nicht eingehalten. Es fanden einige wenige Gesprächsrunden statt, aber echte Verhandlungen wurden nicht geführt.

Ziel der vorliegenden Änderungen war, laut Ministerratsvortrag vom 23.5.2018, die Bedürfnisse der PatientInnen, die Qualität der Versorgung sowie die Effizienz und Effektivität der Verwaltung in den Mittelpunkt des Handelns zu stellen. Um eine leistungsfähige, moderne und bürgernahe Sozialversicherung zu gewährleisten, wurden, ebenfalls im zitierten Ministerratsvortrag, bei gleichen Beiträgen den Menschen österreichweit die gleichen Leistungen in Aussicht gestellt. Des Weiteren sollten Verwaltungskosten gesenkt, sowie Einsparungs- und Optimierungspotenziale gehoben werden, um aus den dadurch freiwerdenden Mitteln den Menschen eine noch bessere und effizientere Versorgung zu gewährleisten.

Alles Ziele die der ÖGB unterstützt, die mit dem vorliegenden Entwurf aber leider nicht umgesetzt werden. Die Umgestaltung des Sozialversicherungssystems nach dieser Vorlage ist im Endeffekt ein Angriff auf die Rechte der ArbeitnehmerInnen im Rahmen der Selbstverwaltung sowie, durch die Zerschlagung bestehender, gut funktionierender Strukturen, eine Gefahr für die Versorgung von über 7 Mio. Versicherten.

Es kann daher seitens des ÖGB keine Zustimmung zum vorliegenden Entwurf geben, die berechtigten Anliegen der Gewerkschaftsbewegung werden im Folgenden ausführlich begründet und dargelegt.

Die Hauptkritikpunkte im Überblick:

1. Ende der Selbstverwaltung von ArbeitnehmerInnen für ArbeitnehmerInnen

Die Umstrukturierung der Verwaltungskörper in den großen Sozialversicherungsträgern der ArbeitnehmerInnen (AN), also in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und deren Landesstellen sowie in der Allgemeinen Pensionsversicherung (PV) entspricht nicht den Anforderungen einer echten Selbstverwaltung und ist verfassungsrechtlich bedenklich, da die VertreterInnen der Versichertengemeinschaft in den Entscheidungsgremien unterrepräsentiert sind.

Die Neuregelung der Aufsichtsbefugnisse von Sozial- und Finanzministerium haben mit Selbstverwaltung und bloßer Aufsichtspflicht der öffentlichen Hand nichts mehr zu tun. Die dem Ministerium zugebilligten Rechte und Kompetenzen schränken die Selbstverwaltung in verfassungsrechtlich bedenklicher Form ein. Es handelt sich nicht mehr um eine kontrollierende, sondern eine steuernde Aufsicht. Diese ist mit dem Wesen der Selbstverwaltung unvereinbar.

Der ÖGB fordert daher die Rückkehr bzw. das Beibehalten der echten Repräsentanz der Versicherten in den Gremien, d.h. weiterhin eine deutliche Mehrheit der ArbeitnehmerInnen in der Selbstverwaltung und die Streichung aller überschießenden Rechte für die Aufsicht sowie die Rückkehr zu den verfassungsmäßig vorgesehenen Aufsichtsrechten.

2. Schwächung des Hauptverbandes

Die Umgestaltung der Selbstverwaltung des Hauptverbandes und der Plan die operative Vorbereitung wesentlicher Aufgaben des Hauptverbands in die Träger zu verlagern erhöht das Risiko des Auseinanderdriftens der einzelnen Systemteile wesentlich, weil eine starke Koordination nicht mehr vorhanden ist.

Der ÖGB hält es für unbedingt notwendig, eine starke Dachorganisation in der Sozialversicherung beizubehalten, die echte Kompetenzen bekommt, um weitere Schritte in Richtung Leistungsharmonisierung, Aufgabenbündelung und Ausgleich der unterschiedlichen Risiken zu veranlassen. Gerade die zukünftigen Herausforderungen (demographischer Wandel, fortschreitende Technik) erfordern mehr statt weniger Koordination.

3. Stillstand und Handlungsunfähigkeit auf Landesebene

Die heutigen Gebietskrankenkassen (GKKs) werden zu Landesstellen degradiert und was als "Selbstverwaltung auf Landesebene" dargestellt wird, ist in Wirklichkeit ein Gremium (Landesstellenausschuss) ohne Möglichkeiten zur Gestaltung der regionalen Versorgung und ohne eigene Mittel.

Daher fordert der ÖGB weiterhin eine echte Selbstverwaltung auf Landesebene, die mit wirklichen Kompetenzen versehen ist und über ausreichend Entscheidungsbefugnis und Budget verfügt, um auf Landesebene Ansprechpartner auf Augenhöhe zu bleiben und die regionale Versorgung bestmöglich organisieren zu können.

4. Höhere Kosten statt versprochener Einsparungen

Bei der Vorstellung der Pläne wurde von einer "Patientenmilliarde" gesprochen, die durch Einsparungen im System lukriert werden soll. In Wahrheit wird eher das Gegenteil eintreten. Durch die Novelle wird dem Gesundheitssystem bis 2023 mehr als 1 Mrd. € entzogen und dazu kommen noch Kosten der Fusion und der neuen Verträge.

Der ÖGB fordert daher, dass das Sozialversicherungssystem nicht mit Kosten übereilter Fusionen und Beitragssenkungen zu Gunsten großer Industriebetriebe belastet wird. Statt kostentreibender Umstrukturierungen sollen Mittel zur weiteren Verbesserung der Versorgung eingesetzt werden (Aufgabenbündelung, Leistungsharmonisierung auf jeweils höherem Niveau, Primärversorgung usw.).

5. Zusammenlegung der Prüforganisationen

Dieser Punkt findet sich im **Entwurf eines Bundesgesetzes über die Prüfung lohnabhängiger Abgaben**, das vom Bundesministerium für Finanzen zur Begutachtung übermittelt wurde, er sei aber hier wegen des engen Zusammenhangs der Vollständigkeit halber erwähnt.

Die Schaffung eines neuen Prüfdienstes und dessen Eingliederung ins Bundesministerium für Finanzen bedeutet für die Sozialversicherung den Verlust ihrer Prüforgane, da die derzeitigen BeitragsprüferInnen der GKKs in diese neu geschaffene Einheit überstellt werden sollen. Diese Zuweisung, wie es der Entwurf ausdrückt, führt nicht nur zu arbeitsrechtlichen Problemen, sondern durch die Zerstörung funktionierender Strukturen auch zu Qualitätseinbußen bei der Prüfung und zu einer gravierenden Schwächung der Behörden im Kampf gegen Schwarzarbeit, illegale Beschäftigung, Scheinselbständigkeit sowie Lohn- und Sozialdumping.

Der ÖGB fordert daher den Ausbau der Prüforgane der Sozialversicherung bei gleichzeitiger Vertiefung der Zusammenarbeit mit den Prüforganen der Finanzverwaltung im Rahmen der Gemeinsamen Prüfung lohnabhängiger Abgaben (GPLA).

Zu den Kritikpunkten im Einzelnen:

1. Ende der Selbstverwaltung von ArbeitnehmerInnen für ArbeitnehmerInnen

Unter Selbstverwaltung versteht man, dass der Staat für einen bestimmten Bereich der Verwaltung auf die Führung durch staatliche Verwaltungsbehörden verzichtet und die Verwaltungsaufgaben durch Gesetz Selbstverwaltungskörpern überträgt, die aus VertreterInnen der unmittelbar betroffenen Personengruppen gebildet werden. Mit der Neugestaltung der Trägerlandschaft wird dieses Prinzip mehrfach, und zwar vor allem im Bereich der ÖGK und ihrer Landesstellen und in der PV, grob verletzt.

Nach dem Gesetzesentwurf soll die bisherige Gliederung der Verwaltungskörper in der Sozialversicherung (Vorstand, Kontrollversammlung, Generalversammlung) durch ein System aus Verwaltungsrat und Hauptversammlung abgelöst werden, wobei in der ÖGK, ihren Landesstellen, in der PV und in der AUVA eine Parität zwischen AG- und AN-VertreterInnen in den Verwaltungsgremien verankert wird.

Die bisherige Zusammensetzung der Selbstverwaltung in der Kranken- und Pensionsversicherung hat gute Gründe und hat sich bewährt. Der Vorstand mit AN-Mehrheit fungiert als geschäftsführendes Organ während die Kontrollversammlung mit Dienstgebermehrheit genau abgegrenzte Zustimmungs- und Prüfungskompetenzen hat, aber mangels Zugehörigkeit zur Versichertengemeinschaft keine inhaltlichen Entscheidungen treffen kann.

Durch den Entwurf käme es zu der absurdnen Situation, dass in der neuen ÖGK die DG im Verwaltungskörper sämtliche Entscheidungen blockieren können, obwohl sie gar nicht dort versichert und somit auch nicht direkt betroffen sind.

Auch das wiederholt vorgebrachte Argument, dass in der Selbstverwaltung die Beitragszahler eben gleichrangig vertreten sein müssten, weil DG und DN ja jeweils die Hälfte zahlen, überzeugt nicht. Selbst wenn man dieser Vorstellung anhängt, muss man feststellen, dass nicht einmal 30 % der Einnahmen einer GKK und somit auch einer neuen geschaffenen ÖGK, aus AG-Beiträgen stammen.

In Summe bewirken alle diese Regelungen, dass die Einflussmöglichkeiten der AN-VertreterInnen in der Selbstverwaltung ihrer Sozialversicherung reduziert und in Richtung AG verschoben werden, was nicht dem Prinzip der Repräsentanz der Versicherten entspricht.

In dieses Bild passt auch die in den beiden Trägern (ÖGK samt Landesstellen und PV) vorgesehene Rotation der Obmann-/Obfrauenschaft.

Durch § 430 Abs. 2, 3a und 4 wird die halbjährliche Rotation von Obmann/Obfrau bei ÖGK und PV neu eingeführt. Die Erläuterungen geben dazu als Begründung die „Ableitung aus der paritätischen Besetzung“ an. Der Ordnung halber sei erwähnt, dass dieses Rotationsprinzip sich nach den Erläuterungen zwar aus der Parität in der ÖGK und der PV ergibt, allerdings nicht für die ebenfalls paritätisch besetzte AUVA.

Mit der Rotation der Obleute werden der Kranken- und Pensionsversicherung der AN nicht nur ihre RepräsentantInnen genommen, es wird auch endgültig sichergestellt, dass die Versicherten-VertreterInnen keine einzige Entscheidung gegen den Willen der AG-VertreterInnen durchsetzen können. Im Gegensatz zur derzeitigen Regelung wird durch den neuen § 435 Abs. 3 ASVG das Dirimierungsrecht des/der Vorsitzenden für die Gremien der ÖGK und der PV nämlich aufgehoben.

Fraktionell, oder anders ausgedrückt, parteipolitisch betrachtet, führt die im Entwurf vorgesehene Zusammensetzung der Selbstverwaltungskörper zur willkürlichen Missachtung von Wahlergebnissen und des Systems von D'Hondt. Auch das ist im Rahmen der Selbstverwaltung verfassungsrechtlich unhaltbar. Die fraktionellen Mehrheitsverhältnisse innerhalb der Versichertengemeinschaft der AN spiegeln sich am ehesten in den Ergebnissen der Arbeiterkammerwahlen wieder. Demnach müsste in einer österreichweiten Betrachtung in der Selbstverwaltung einer Versichertengemeinschaft der AN die sozialdemokratische Fraktion eine etwa 60 %ige Mehrheit haben. Durch die vorliegende Konstruktion kommt es zu einer 60 %igen Mehrheit der ÖVP-nahen Gruppierungen. Damit werden die Ergebnisse der maßgeblichen Arbeiterkammerwahlen völlig außer Acht gelassen und auf den Kopf gestellt.

Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, dass nur in der bisher sozialdemokratisch geführten Kranken- und Pensionsversicherung Parität und Rotation eingeführt wird, nicht jedoch in

den Mehrpartenträgern. Die BVAEB ist weiter DN-dominiert. Und bei der SVS bleibt es bei einer Vertretung durch die Mitglieder, wie es der Art. 121 B-VG normiert.

Ein anderes Problem mit dem Prinzip der Selbstverwaltung entsteht dadurch, dass die Zahl der VersicherungsvertreterInnen im Verwaltungsrat der ÖGK in Zukunft nur zwölf betragen soll. Dies erscheint im Hinblick auf die Größe der in der ÖGK zusammengefassten Versichertengemeinschaft von beinahe 80 % der österreichischen Gesamtbevölkerung zu klein, um die Repräsentanz der Versicherten zu gewährleisten.

Ebenfalls bedenklich ist die gesetzliche Delegation bestimmter Aufgaben an das Büro.

Abgesehen davon, dass es in jeder Organisation der Geschäftsführung vorbehalten werden sollte, welche Angelegenheiten an Büro und Mitarbeiter delegiert werden, ist es hier ein unzulässiger Eingriff in die Kompetenzen der Selbstverwaltung, denn es fehlt auf der anderen Seite die Möglichkeit, dass die Selbstverwaltung diese Dinge wieder an sich ziehen kann. Im Zusammenhang mit der halbjährlichen Rotation wäre das in etwa so, als ob man in einer Gemeinde den Bürgermeister halbjährlich rotieren lassen würde und ausschließlich der/die nicht gewählte MagistratsdirektorIn auf Dauer bestellt ist.

Ein weiteres Beispiel für die Beschränkung der Selbstverwaltung stellt § 24 Abs. 4 dar, der für die AUVA die Einbringung der Eigenen Einrichtungen in eine Betreibergesellschaft gesetzlich anordnet. Die Wahl der Rechts- und Organisationsform sollte für die Selbstverwaltung frei wählbar sein.

Auch der vorgesehene "Eignungstest" für VersicherungsvertreterInnen widerspricht dem Prinzip der Selbstverwaltung. Die Mitglieder in den Selbstverwaltungsgremien sind demokratisch legitimiert und repräsentieren die Versicherten in den Gremien. Es ist daher Aufgabe der entsendenden Stellen, die richtige Auswahl unter den Personen zu treffen, die dafür in Frage kommen. Eine umfassende staatliche Prüfung, für eine großteils ehrenamtliche Tätigkeit, deren Inhalte noch dazu durch das Ministerium festgelegt werden, schließt trotz der Ausnahmebestimmungen (§ 420 Abs. 6 Z 5) den Großteil der AN-VertreterInnen vorerst einmal aus. Im Vergleich zu den jetzt beabsichtigten Regelungen sind die Zugangs-voraussetzungen für ein Nationalratsmandat oder ein Ministeramt geringer als für die Tätigkeit in einem Verwaltungskörper der Sozialversicherung.

Die Ausnahmebestimmungen (5 Jahre GeschäftsführerIn einer juristischen Person, Jus oder Wirtschaftsstudium) sind nicht nachvollziehbar und begünstigen in der Regel die Wirtschafts-VertreterInnen.

Auch mit den Überleitungsgremien, die ab 1.4.2019 ihre Tätigkeit aufnehmen sollen, wird klar, dass man auf verfassungsrechtliche Prinzipien der Selbstverwaltung keine Rücksicht nehmen will. Offenbar um zu verhindern, dass fachlich versierte AN-VertreterInnen in diesen Überleitungsgremien die Probleme, die sich aus den übereilten und planlosen Fusionen ergeben könnten, aufzeigen, baut die Regierung in ihrer Vorlage gleich mehrere Hindernisse ein (neben den oben erwähnten fachlichen Voraussetzungen):

- Die Mitglieder der Überleitungsgremien dürfen nicht gleichzeitig Mitglieder in anderen Verwaltungskörper sein (§ 538v Abs. 1, zweiter Satz und 538 y Abs. 2 letzter Satz).
- Die parallel bestehenden Vorstände der GKK werden per Gesetz faktisch entmachtet und haben nur noch eine Rest-Verwaltungskompetenz, denn der Überleitungsausschuss darf alle wichtigen Materien an sich ziehen.

- Per Gesetz wird ein/e DG-VertreterIn zum/zur Vorsitzenden des Überleitungsausschusses ernannt werden (§ 538v Abs. 3, § 538x Abs. 4).

Der Vorsitz der DG-Vertretung bleibt in der ÖGK gleich auch für die erste Periode der neuen Organe bestehen. Damit werden die maßgeblichen Weichen für die Zukunft der Organisationen in diesen ersten 15 Monaten (April 2019 bis Juli 2020) in einer Versicherungsgemeinschaft von ArbeitnehmerInnen, Angestellten und deren Angehörigen unter der Führung eines DG-Vertreters gestellt werden. Dadurch wird mit den fundamentalsten Grundsätzen der Selbstverwaltung und den demokratischen Prinzipien gebrochen.

Zur Missachtung der Selbstverwaltung mit dieser Novelle trägt aber auch die Ausweitung der Aufsichtsrechte bei. Die neuen Strukturen bringen eine Reihe von neu geschaffenen Kompetenzen der Bundesministerien mit sich, die im Endeffekt die Rechte der Versicherten schwächen und die Entscheidungsbefugnisse an das Sozialministerium übertragen.

Das scheint auch den VerfasserInnen der Bestimmungen über die Aufsicht des Bundes klar gewesen zu sein, da in den Erläuterungen ausdrücklich festgehalten werden musste, dass "an den Prinzipien der Selbstverwaltung, nicht gerüttelt, sondern diese im Sinne der verfassungsrechtlichen Bestimmungen weiterentwickelt werden sollen (partizipative Selbstverwaltung)."

Die österreichische Bundesverfassung kennt eine "partizipative Selbstverwaltung" jedoch nicht. Laut Duden bedeutet das Wort partizipativ "unter Beteiligung der Betroffenen [stattfindend, ausgeführt]", was aber dem Begriff Selbstverwaltung immanent ist.

Durch die erweiterten Befugnisse der Aufsicht kommt es zu einem massiven Eingriff in die Kompetenzen der Selbstverwaltungskörper. Die Möglichkeiten, in die Entscheidungen der Gremien der Sozialversicherungsträger einzutreten, sind weitreichend und unserer Meinung nach verfassungswidrig:

- Genehmigung von Personalentscheidungen ab Gehaltsstufe F
- Einberufung von Sitzungen und Sitzungsleitung
- zweimalige Streichung von Tagesordnungspunkten
- Eignungstests für VersichertenvertreterInnen
- Abstimmung bei der Zielsteuerung
- Mustergeschäftsordnungen erlassen

Besonders aufschlussreich ist auch die Bestimmung betreffend Übergangsphase im Hauptverband/Dachverband. Obwohl dort eine erfahrene, hoch angesehene Generaldirektion vorhanden ist, will die Regierung eine/n kommissarische/n LeiterIn bestellen. Und diese/r wird vom Sozialministerium im Einvernehmen mit dem Finanzministerium bestellt (§ 538z Abs. 8).

Besonders bedenklich finden wir auch die Schaffung einer neuen zweiten Aufsichtsbehörde in der ÖGK, nämlich das BMF. Dadurch kommt es zu zusätzlichen Aufwänden an Funktions- und Aufsichtsgebühren, was im klaren Gegensatz zum verkündeten Ziel „Sparen im System“ steht. Bei dieser Gelegenheit möchten wir auch noch einmal darauf hinweisen, dass die Aufsicht des Bundes, dort, wo sie bereits heute neben dem Sozial- bzw. Gesundheitsministerium auch dem Finanzministerium obliegt, schon bisher deutlich mehr kostet als die Selbstverwaltung (z. B. in der PV 1,4 Mio. im Vergleich zu 500.000 Euro).

2. Schwächung des Hauptverbandes

Eines der Hauptargumente der Regierung für Strukturreformen in der Sozialversicherung war ursprünglich, dass es in Zukunft "gleiche Leistung für gleiche Beiträge" geben soll. Dieses Ziel wurde aber bereits mit der Präsentation des vorliegenden Entwurfes aufgegeben. Zu diesem Zeitpunkt wurde, anders als im Ministerratsvortrag, nur noch von österreichweit gleichen Leistungen für die ÖGK-Versicherten gesprochen, womit eine Dreiklassengesellschaft in der österreichischen Krankenversicherung akzeptiert wird. Unterschiedliche Leistungen, zumeist bessere, für Beamten und in Zukunft auch EisenbahnerInnen, Selbstständige und Bauern, und, das zumeist niedrigste Leistungsniveau für die in der ÖGK versicherten ArbeiterInnen und Angestellten, werden nicht nur durch den Entwurf nicht bestätigt, sondern wie auch die Unterschiede in der Beitragsaufwendung durch die Schwächung des Hauptverbandes verfestigt.

In Zukunft wird es in der Krankenversicherung drei Welten geben. Und weil der koordinierende Überbau in Gestalt des Hauptverbandes fehlt und nicht mehr koordinieren kann, wird eine wirkliche Leistungsharmonisierung für alle Versicherten nicht stattfinden. Das ist für den ÖGB inakzeptabel. Unser erklärtes Ziel ist es die Leistungen der ÖGK-Versicherten auf das Niveau der Beamten anzuheben, ohne deren Leistungen einzuschränken oder deren Weiterentwicklung zu beeinträchtigen.

Eine Organisation mit wenigen, starken Trägern benötigt ein starkes Dach. Nur so kann ein Auseinanderdriften der Leistungen und Vorgangsweisen verhindert werden. Dies umso mehr, als viele Partner der zukünftig bundesweiten Träger noch regional gegliedert sind (Bundesländer, Ärztekammern, Wirtschaftskammern usw.). Der Entwurf sieht aber gegenwärtiges vor. Er "erlaubt" dem Dachverband, die Vorbereitung der ihm zugewiesenen Materien an Träger zu übertragen (§§ 30a Abs. 2, 30b Abs. 3, 30c Abs. 3).

Die Erläuterungen gehen "... jedenfalls davon (aus), dass derartige Übertragungen erfolgen". Für den Fall, dass die Selbstverwaltung aber nicht dementsprechend agiert, wurde ein absolutes Novum in den Text eingebaut: In den entsprechenden Paragraphen findet sich die unmissverständliche Bestimmung, dass ab 1.7.2021 die Bundesministerin eine solche Übertragung per Verordnung vornehmen kann, wenn diese bis dorthin noch nicht erfolgt ist.

Diese Verordnungsermächtigung ist rechtlich höchst problematisch. Sie stellt unseres Erachtens einen unzulässigen Eingriff in das verfassungsrechtlich normierte Recht auf Selbstverwaltung dar. Die Beschlusskompetenz der Verwaltungskörper wird dadurch ausgehöhlt, weil sie ständig damit rechnen müssen, dass die Aufsichtsbehörden eine Aufgabe dem Dachverband entzieht und die Vorbereitungshandlungen an einen Träger überträgt. Da wahrscheinlich auch die dementsprechenden Abteilungen dann an den Träger transferiert werden, kommt dem Verwaltungsgremium keinerlei Befugnis zur Steuerung der Vorbereitung zu.

Die Verordnungsermächtigung ist aber auch im Hinblick auf eine einheitliche Vorgangsweise innerhalb der Sozialversicherung problematisch. Das Hauptinteresse der Träger, denen die Vorbereitung von Entscheidungen übertragen wird, liegt darin, dass sie in ihrer Autonomie möglichst wenig eingeschränkt werden.

Da die Versichertengemeinschaften unterschiedlich zusammengesetzt sind, sie dadurch eine unterschiedliche Einnahmenstruktur haben und ein Risikostrukturausgleich nicht vorgesehen ist, trägt das zur Auseinanderentwicklung der verschiedenen Versichertengruppen bei.

Die Einrichtung eines alle Träger umfassenden Risikostrukturausgleichs ist dringend nötig und kann nur auf Ebene der Dachorganisation erfolgen. Dies war auch eine klare Empfehlung der LSE-Studie. Alle Systeme mit mehreren KV-Trägern in anderen Ländern (z. B. Deutschland mit dem „morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich“) sehen einen Risikostrukturausgleich vor.

Aber auch die Gestaltung der Selbstverwaltung im zukünftigen Dachverband steht einer künftigen Leistungsharmonisierung im Wege.

Interessanterweise gibt die Regierung das von ihr favorisierte Modell der Parität in den Gremien genau dort auf, wo es bisher schon gegeben war - nämlich im Verbandsvorstand des Hauptverbandes. Die Entsendung der Obleute und Stellvertreter von ÖGK, PV, AUVA, BVAEB und SVS in das Entscheidungsgremium des neuen Dachverbands garantieren dort eine Mehrheit der AG-VertreterInnen gegenüber den ArbeitnehmerInnen im Verhältnis 6:4, was mit Repräsentanz der Versicherten nicht einmal mehr ansatzweise vereinbar ist. Über 8 Mio. versicherte ArbeitnehmerInnen in ÖGK und BVAEB, PV und AUVA stehen knapp 1,2 Mio. Selbständige und Bauern in der SVS gegenüber. Die Unternehmer als Minderheit haben jedoch zwingend die Mehrheit.

Damit wird die Einführung allgemeiner Selbstbehalte für alle Versicherten wahrscheinlicher. Die Abstimmungs- und Mehrheitserfordernisse erleichtern eine solche Maßnahme. Die ArbeitgeberInnen können mit ihrer Mehrheit in Zukunft in der Konferenz die Einführung von allgemeinen Selbstbehalten auf die Tagesordnung setzen. Zwar ist für die erste Beschlussfassung Einstimmigkeit vorgesehen, aber für eine eventuelle zweite Abstimmung nur eine Mehrheit von 7 Stimmen gefordert (§ 441a Abs. 2). Das ist keinesfalls abwegig, denn alle Positionspapiere von Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung fordern die Einführung von Selbstbehalten.

Aber auch die Koordinationsfunktion des Dachverbandes wird durch eine derartige Zusammensetzung der Selbstverwaltung beeinträchtigt. Leiten die Obleute der Träger gleichzeitig den Dachverband der sie koordinieren soll, haben sie natürlich Interesse an einer schwachen Position des Dachverbandes, damit der sich in die Angelegenheiten ihrer Träger möglichst wenig einmischt. Ein weiterer Punkt der eine künftige Leistungsharmonisierung unmöglich macht.

Die geplante Vorsitzrotation im Jahrestakt verstärkt das Problem. Sie nimmt dem Dachverband nach außen hin jegliche Kontinuität, was insbesondere gegenüber Vertragspartnern zu dessen massiver Schwächung führen wird. Dazu kommt noch, dass durch den jährlich wechselnden Vorsitz (§ 441a Abs. 4) auf Grund der halbjährlichen Rotation in ÖGK und PV in den 5 Jahren der Funktionsperiode dann wohl insgesamt 7 Vorsitzende amtieren.

Besonders bedenklich stimmt auch hier, dass in der gesamten Überleitungsphase ein zwingender Vorsitz durch eine/n Arbeitgeber-VertreterIn festgeschrieben ist (Vorsitzende/r des Überleitungsausschusses der ÖGK, der/die jedenfalls ein/e AG-VertreterIn sein muss).

Anzumerken ist darüber hinaus, dass im Gegensatz zu den verschiedenen Trägern beim Dachverband und den Überleitungsausschüssen keine Einbindung der Betriebsvertretung vorgesehen ist. Wir gehen davon aus, dass es sich hierbei um ein Redaktionsverssehen handelt und die Betriebsvertretung bzw. der Zentralbetriebsrat natürlich an den Sitzungen der Verwaltungskörper teilnehmen kann.

3. Stillstand und Handlungsunfähigkeit auf Landesebene

Die Landesstellenausschüsse verfügen im Vergleich zu den heutigen Gremien der Gebietskrankenkassen über minimalste Kompetenzen und haben weder Gestaltungsmacht noch verfügen sie über tatsächlich nennenswerte eigene finanzielle Mittel. Überdies sind sie weisungsgebunden gegenüber den Anordnungen aus der Zentrale. Echte Selbstverwaltung sieht anders aus.

Die jetzigen Gebietskrankenkassen werden zur ÖGK zusammengefasst und zu Landesstellen "degradiert". Von dem von der Regierung im Ministerratsvortrag verankerten Versprechen, bei der Reform „länderspezifische Versorgungsinteressen“ zu berücksichtigen, ist im vorliegenden Entwurf wenig übriggeblieben. Den Landesstellen soll künftig lediglich Unterstützungsfunction (§ 418 Abs. 4) zukommen,

- sie sind weisungsgebunden, der Verwaltungsrat kann Beschlüsse aufheben oder ändern,
- sie werden als nachgelagerte weisungsgebundene Dienststellen organisiert – es fehlt jegliche Autonomie.

Das bedeutet, dass alle relevanten Entscheidungen künftig von der ÖGK direkt getroffen und relevante Verträge von ihr abgeschlossen werden. Die Landesstellen verfügen künftig über wenige bis gar keine eigenen Kompetenzen. Den vorgesehenen Landesstellenausschüssen der ÖGK obliegt ausschließlich die Geschäftsführung hinsichtlich der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben.

Die Kompetenzen der Landesstellenausschüsse der PV wurden so reduziert, dass von Selbstverwaltung nicht mehr gesprochen werden kann.

Insgesamt bringt der Entwurf ein unklares Zusammenspiel, vieles ist undeutlich formuliert und trägt damit nicht zur Sicherstellung einer reibungslosen Versorgung bei.

- So ist der Landesstellenausschuss zwar für die Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere bei der regionalen Planung einschließlich der Entsendung von VertreterInnen in die Gremien zuständig, die Kompetenz zum Abschluss von Vereinbarungen liegt aber in der Zentrale.
- Die Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit den freiberuflich tätigen ÄrztInnen und den Gruppenpraxen auf regionaler Ebene erfolgen auf Landesebene, der zu Grunde liegende Gesamtvertrag (und damit auch die inhaltlichen Positionen) wird von der Zentrale der ÖGK abgeschlossen.

Klar erscheint aber, dass die Landesstellen kein ernst zu nehmender Verhandlungspartner für die Ansprechpartner in den Bundesländern sein werden. Da alle wichtigen Entscheidungen in der Zentrale gefällt werden, müssen auch alle Vertragspartner sich in die Zentrale begeben, um dort ihre Verhandlungen zu führen.

Den Bundesländern wurde versprochen, dass die Einnahmen der Kassen weiterhin im Bundesland bleiben werden. Die dementsprechende Bestimmung im § 443 ist allerdings nur eine buchhalterische Vorschrift, die außerdem noch deutlicher gefasst werden müsste. Dort wird nur festgehalten, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht. Die Budgets werden allerdings von der Zentrale erstellt und auch die Zahlungshoheit liegt in der Kompetenz der Zentrale.

Für die Landesstellenausschüsse verbleiben nur die

- Verhandlung und Entscheidung über die Verwendung der am 31. Dezember 2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Verwendung der Rücklagen für Gesundheitsreformprojekte im Einvernehmen mit der Landeszielsteuerungskommission und die
- Entscheidung über die Verwendung der der Landesstelle zugewiesenen Mittel aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds nach § 447a für Gesundheitsreformprojekte.

Doch ist auf Grund der Weisungsgebundenheit auch diese Verfügung nicht unbeschränkt.

Über die regionalen Strukturen konnte bisher gewährleistet werden, dass die regionale Versorgung anhand der konkreten Bedürfnisse vor Ort sichergestellt wird (z. B. Versorgung mit konkret benötigten niedergelassenen ÄrztlInnen), eine Aufgabe die unmöglich zentral von Wien aus in selber Qualität wahrgenommen werden kann.

Die Abschaffung dieser regionaleren Strukturen hat somit gravierende Auswirkungen auf die regionale Versorgung und Leistungserbringung. Eine massive Verschlechterung für die Versicherten, vor allem in ländlichen Regionen, droht.

Zum drohenden Stillstand in der Versorgung trägt auch bei, dass die ÖGK mit gekürzten Mitteln einen bundesweiten Gesamtvertrag verhandeln und abschließen soll. Abgesehen davon, dass dieser teurer werden wird als die bisherigen Verträge (wie man aus den Ankündigungen der Ärztekammer schließen darf), bleiben die bestehenden Verträge bis auf weiteres gültig.

Da das Ziel ein österreichweiter Gesamtvertrag ist, erscheint es unwahrscheinlich, dass bis zum Abschluss eines solchen die „alten“ Verträge dauernd angepasst werden. Dies würde außerdem auch dem Ziel der Angleichung widersprechen.

Das bedeutet im Ergebnis einen Stillstand in der Versorgung, eventuell sogar eine Verschlechterung durch Ausscheiden moderner medizinischer Leistungen (z. B. durch Auslaufen oder Kündigung von Verträgen) aus dem Leistungskatalog der Versicherungen. Ohne Neuverhandlungen bzw. dem rechtzeitigen Abschluss neuer Verträge bliebe dann oft nur mehr der Einkauf privater Leistungen in der medizinischen Versorgung übrig.

4. Höhere Kosten statt versprochene Einsparungen

Von den konkreten finanziellen Bestimmungen des Entwurfes profitieren nicht etwa die Versicherten, sondern hauptsächlich UnternehmerInnen (Senkung der Unfallversicherungsbeiträge) und private Krankenanstalten (Höherdotierung des PRIKRAF-Fonds).

Auch die angekündigten Einsparungen im System werden so nicht eintreten, es wird im Gegenteil vorerst teurer. Durch die überhasteten Zwangsfusionen werden Ressourcen gebunden, die anderswo fehlen und es werden, wie man bei der SVS bereits feststellen kann, zahlreiche externe Berater beschäftigt und bezahlt werden. Dazu kommen noch neue Verträge, die laut Gesetz österreichweit einheitlich geschlossen werden müssen, wobei die Kosten aufgrund der guten Verhandlungsposition der Ärztekammern zwangsläufig eher nach oben als nach unten angeglichen werden, ohne dass dadurch die Leistungen besser würden.

Eines der zentralen Versprechen der Regierung bei der Vorstellung des Entwurfes war die Aussage, man werde 1 Milliarde im System (FunktionärInnen und Verwaltung) sparen und diese den PatientInnen zur Verfügung stellen.

Eher wird wohl das Gegenteil der Fall sein. Im vorliegenden Entwurf sind mehrere Maßnahmen enthalten, die eher Geld aus dem System herausziehen. Es kommt zu Mehrkosten, die in dieser Rechnung berücksichtigt werden müssen:

- Es erfolgt eine einmalige Erhöhung der Dotierung in der Höhe von 14,7 Mio. € für den Fonds der privaten Krankenanstalten, die sich natürlich durch die Erhöhung der Rechnungsgrundlage auch bei den Valorisierungen der Fondsmittel in den folgenden Jahren auswirkt.
- Der besondere Pauschalbetrag nach § 319a wird gesetzlich eingefroren und bis 2022 nicht mehr valorisiert. 2023 wird er gänzlich gestrichen.
- Der Beitrag zur Unfallversicherung wird um 0,1 % gesenkt, von 1,3 auf 1,2 %.
- Die Zahlungen des Finanzministeriums nach den Bestimmungen des GSBG werden reduziert.

Alleine die in diesem Vorschlag vorgesehenen Maßnahmen kosten dem System Sozialversicherung rund 1 Milliarde €. Allerdings ist damit noch nicht das Ende der Kostenbelastung erreicht.

Dazu kommen noch Fusionskosten in unbekannter Höhe.

Es sollte niemanden überraschen, wenn diese Kosten einen dreistelligen Millionenbetrag ausmachen werden. Ausgehend von der vom Rechnungshof eingehend untersuchten Fusion zwischen PVAng und PVArb könnten die Fusionskosten zwischen 500 Mio. € und 1 Mrd. € liegen.

Ein weiterer Kostenfaktor werden wohl die neuen Verträge sein, die abgeschlossen werden müssen.

Vorauszusehen ist auch, dass sich die Vertragspartner (allen voran die Österreichische Ärztekammer) bei einem bundeseinheitlichen Vertrag am besten Tarif orientieren werden und nicht am billigsten. Alles in allem könnten dadurch nochmals rund 500 Mio. € Mehrkosten entstehen.

Wie die Regierung diese Mehrkosten bedecken will und trotzdem die versprochene "Patientenmilliarde" lukrieren will, ist nicht ersichtlich. Die Regierung hat – wie auch den Medien zu entnehmen ist – den Versicherten-VertreterInnen den Kampf angesagt und verortet hier ein Einsparungspotential.

Die Zahl der VersicherungsvertreterInnen soll von 2.000 auf rund 400 gesenkt werden. Diese Zahl ist aber so nicht richtig. Wenn die Mitglieder aller derzeitigen Gremien addiert werden, ergibt das rund 950 VersicherungsvertreterInnen. Nur durch das Hinzuzählen der StellvertreterInnen kommt man in die Nähe der kolportierten Zahl 2.000. Da allerdings pro Sitzung nur ein/e VersichertenvertreterIn anwesend sein kann, wird auch die mögliche Einsparung durch deren Verringerung nicht so hoch sein können.

Es entfallen gerade einmal 5,67 Mio. jährlich und damit 0,009 % der Aufwendungen (aller Träger gemeinsam) auf Ausgaben für VersicherungsvertreterInnen (Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage durch BM Hartinger-Klein). Wie damit eine Milliarde für die PatientInnenversorgung zustande kommen soll, ist mathematisch nicht nachvollziehbar.

Die einzige im Regierungsentwurf erkennbare reale Einsparung beläuft sich auf jährlich 33 Mio. Euro durch „Nicht-Nachbesetzung“ von Beschäftigten (WFA Seite 3). Dabei wird von einer linearen Einsparung von bis zu 10 % der Personal- und Sachaufwendungen des Verwaltungsbereiches ausgegangen.

Klar ist, dass das Nicht-Nachbesetzen aller Personalabgänge und Pensionierungen unweigerlich zu einer Verschlechterung der Servicequalität und Bearbeitungsqualität (z. B. längere Wartezeiten) führt und die Versicherten davon unmittelbar betroffen sein werden. Tatsächlich entfällt ein nicht unwesentlicher Teil der Personalkosten auf die Gesundheitsbetriebe der GKK oder die Servicestellen – wenn dort am (Verwaltungs)Personal gespart wird, ist das eine direkte Einsparung bei den Leistungen für die Versicherten. Es kommt zu längeren Wartezeiten bei Anträgen bzw. Gewährung von Leistungen.

Zusammenfassend muss in aller Deutlichkeit darauf hingewiesen werden, dass bei Umsetzung der aus den Entwürfen ersichtlichen Regierungsvorhaben, in Zukunft für die derzeitigen GKK- und zukünftigen ÖGK-Versicherten, jährlich um einige 100 Millionen Euro weniger für Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, als bei unveränderter Rechtslage. Die Folge für die PatientInnen sind Verschlechterungen im Service, Leistungseinschränkungen, eine Erhöhung der Zuzahlungen, die Einführung allgemeiner Selbstbehälte, die Privatisierung und damit Verteuerung von Gesundheitseinrichtungen oder eine Kombination aus all diesen Maßnahmen.

5. Zusammenlegung der Prüforganisationen

Die Bundesregierung will mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf die Prüforgane der Sozialversicherungen zum Bundesministerium für Finanzen transferieren. Zu diesem Zweck soll ein eigener Prüfdienst gegründet werden, der dann für die „Sozialversicherungsprüfung“ (Art. 4 Z 1 § 41a Abs. 1 ASVG) verantwortlich ist.

Die Beitragsautonomie ist vollkommen unstrittig wesentlicher und untrennbarer Teil der Selbstverwaltung. Durch die Verfassungsnovelle 2008 wurde die finanzielle Autonomie der

„sonstigen“ Selbstverwaltung (Art. 120a bis 120c B-VG) ausdrücklich anerkannt und garantiert. Durch den vorliegenden Entwurf wird dieses Prinzip verletzt.

Aus den Unterlagen zur Wirkungsorientierten Folgenabschätzung (WFA) kann man weiters schließen, dass die Einrichtung eines solchen Dienstes und die Durchführung der Prüfungen durch den selben noch weitere unmittelbare Nachteile mit sich bringen wird.

So führt die Bundesregierung in der WFA selbst an, dass die Prüfung im Rahmen der GPLA zu verschiedenen Schwerpunktsetzungen je nach Prüforgan geführt hat und unterschiedliche Prüfkulturen gelebt würden (WFA Seite 2). Es gibt allerdings Gründe für die unterschiedlichen Schwerpunkte und unterschiedliche Prüfkulturen. Das hat seinen Hintergrund in den unterschiedlichen Prüfmaßstäben. Diese wiederum resultieren daraus, dass die Prüfung der Sozialversicherungsbeiträge nach dem Anspruchsprinzip erfolgt, wohingegen die Steuer nach dem reinen Zuflussprinzip berechnet wird. Das bedeutet, dass im Zuge der SV-Beitragsprüfung auch berücksichtigt wird, welche Ansprüche ArbeitnehmerInnen tatsächlich zustehen, nicht nur, ob für die tatsächlich (aber vielleicht falsch) abgerechneten Bezüge auch die entsprechenden Abgaben entrichtet worden sind. Diese Prüfung berücksichtigt daher auch jene Entgeltbestandteile, die dem/der ArbeitnehmerIn – oft vorsätzlich – vorenthalten wurden.

Wenn mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf auch der Fokus, welche Ansprüche nach welchen Gesichtspunkten, ja mitunter sogar wer geprüft wird, mit all seinen Konsequenzen in Richtung Finanzamt verschoben wird, entgehen damit den Kassen und dann der ÖGK mittel- bis langfristig Millionen an Beitragseinnahmen.

Der WFA ist auch zu entnehmen, dass eine eigene Rechtsauslegung des sozialversicherungsrechtlichen Beitragsrechts durch die Sozialversicherung den ArbeitgeberInnen zum Nachteil gereichen würde (WFA Seite 3) und diese daher zu unterbinden sei.

Die ArbeitnehmerInnen sowie insgesamt die Versichertengemeinschaft, werden jährlich im Ausmaß von mehreren Millionen Euro durch ArbeitgeberInnen geschädigt, die ihrer Beitragsabfuhrpflicht nicht nachkommen. Die Prüfkompetenz, welche bis dato erfolgreich von den GKKs selbst wahrgenommen wurde, nun an das Finanzamt zu übertragen, um ArbeitgeberInnen „zu entlasten“ ist in höchstem Grade bedenklich. Denn von den Grundlagen für die Zahlungspflichten hängen nicht nur die Einnahmen ab, sondern auch direkt über die Bemessungsgrundlagen die Höhe der Leistungen der Sozialversicherung für jede/n Einzelne/n.

Die vorgesehene Verschiebung der Beitragsprüfung bringt also Nachteile für Versicherte, Unternehmen und die Republik.

Auch die Abläufe werden unübersichtlicher, bürokratische und damit ineffizient:

- Die Zuständigkeit für die Beitragsvorschreibung bzw. Bescheiderlassung, für Einhebung- und Einbringungsmaßnahmen und für die Durchführung von Rechtsmittelverfahren wird mit vorliegendem Gesetzesentwurf nicht berührt und verbleibt bei den bisher zuständigen Stellen.

Weiters wird festgehalten (Seite 2 der Erläuterungen), dass

- dem Prüforgan die Funktion eines Sachverständigen zukommt. Die Finanzämter, die ÖGK und die Gemeinden sind an das Prüfergebnis des Prüforgans nicht gebunden

und können – etwa bei der Bescheiderstellung – davon abweichen (betreffend Sachverhaltsfeststellungen jedoch nur in begründeten Fällen).

Gleichzeitig wird allerdings der Art. 41a ASVG (Sozialversicherungsprüfung) derart geändert, dass für alle Prüfungen im Zusammenhang mit der Einhaltung aller für das Versicherungsverhältnis maßgebenden Tatsachen nun das Finanzamt zuständig ist. Dafür spricht auch die Passage aus den Erläuterungen, wonach „Dem Prüfdienst [...] insbesondere die Prüfung von lohnabhängigen Abgaben und Beiträgen (wie bisher bestehend aus Lohnsteuerprüfung, Sozialversicherungsprüfung und Kommunalsteuerprüfung) sowie die Durchführung von allgemeinen Aufsichtsmaßnahmen für Zwecke der Erhebung lohnabhängiger Abgaben und Beiträge“ obliegt.

Das bedeutet im Endeffekt, dass die ÖGK nicht mehr von selbst tätig werden kann, wenn Verdachtsfälle vorliegen, sondern nur mehr auf das Anregungsrecht in § 11 ZPFG zurückgreifen kann. Ob diese Anregungen aufgegriffen werden, entscheidet allerdings das zuständige Finanzamt.

In der Praxis führt das dazu, dass auch Fälle von Schwarzarbeit und Lohn- und Sozialdumping und Scheinselbständigkeit nicht mehr auf eigene Initiative hin untersucht werden können. Das wird sowohl für Versicherte im Hinblick auf Versicherungszeiten und sonstigen Leistungen als auch für den Staat im Hinblick auf diverse Abgaben zu empfindlichen Nachteilen führen.

Die Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) war 2012 auch Prüfungsgegenstand des Rechnungshofes (BUND 2012/6). Nach den Berechnungen des Rechnungshofes erzielte jede/r GPLA–PrüferIn Einnahmen für die Krankenversicherungsträger und die Finanzverwaltung in jedenfalls mehr als achtfacher Höhe dessen was er kostete. Hinzu kamen die Präventivwirkung und die Sicherung von Versicherungszeiten und Beitragsgrundlagen (TZ 32). Dabei wurde auch die bessere Organisation der SV-PrüferInnen angeführt, was nicht nur mit ihrer Ausbildung, sondern auch mit dem einschlägig geschulten Backoffice in den GKKs zu tun hat.

Wenn nun die SV-PrüferInnen unter der Oberhoheit der Finanz zusammengefasst werden, leidet die Effizienz und den Ertrag. Für die Republik ist eine solche Lösung nicht vorteilhaft, und nicht zuletzt leiden vor allem die Versicherten, deren Ansprüche nicht mehr korrekt nachverfolgt werden. Das führt zu Leistungsreduktionen bei Krankengeld, Wochengeld, Pension, Arbeitslosengeld, u.a.

An dieser Stelle sei noch einmal ein schon öfter verwendetes Beispiel dargestellt, das anschaulich verdeutlicht, welche Auswirkungen dies für einzelne Ansprüche haben kann:

- Es wird bei der Prüfung eine unterkollektivvertragliche Entlohnung von 100 € monatlich, sowie zu wenig Urlaubs- und Weihnachtsgeld in der Höhe von 100 € jährlich festgestellt.
- Für 5 Jahre Nachverrechnung ergibt dies für den Versicherten eine Erhöhung der Beitragsgrundlage von 7.000 € und eine Beitragsnachzahlung durch den Dienstgeber von 2.873,90 €.
- Für die Pension des Versicherten bedeutet dies eine um ca.140 € höhere jährliche Pension für immer. Dazu kommt noch die zusätzliche fixe Abfertigungsgutschrift von 107,10 €.

Auch arbeitsrechtlich ist der Entwurf höchst problematisch. Bedienstete der Sozialversicherung, die in definierten Bereichen „überwiegend“ tätig waren, werden dem Finanzministerium zugewiesen. Es handelt sich um 5 Gruppen von Beschäftigten (administrativer GPLA-Bereich, PrüferInnen, als Erhebungs- und Kontrollorgan Tätige, juristische bzw. Leitungstätigkeiten, IT samt deren Steuerung und Weiterentwicklung im CC-GPLA), die davon betroffen sind. Nach dieser Formulierung ist es ziemlich unklar, welche Personen aus welchen Organisationseinheiten „überwiegend“ im § 15 Abs.1 Z 1 bis 5 angeführten Tätigkeitsbereichen eingesetzt sind.

Zuweisung ist kein arbeitsrechtlich definierter Begriff, was damit gemeint ist bleibt offen. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass das Arbeitskräfteüberlassungsgesetz uneingeschränkt anzuwenden und vollinhaltlich zu beachten ist. Zwar wird hier durch den Entwurf versucht das Prinzip der Freiwilligkeit zu umgehen, § 2 Abs 1 AÜG bestimmt jedoch, dass bei jeglicher Überlassung keine Arbeitskraft ohne ihre ausdrückliche Zustimmung überlassen werden darf.

Unklar ist auch, wie die betriebsverfassungsrechtlichen (kollektiv-arbeitsrechtlichen) und personalvertretungsrechtlichen Rechtsquellen und Rechtsansprüche miteinander in Einklang gebracht werden können (v.a. Kollektivverträge und Betriebsvereinbarungen betreffend).

Als letzter Punkt sei noch auf die Ungleichbehandlung zwischen ÖGK, BVAEB und SVS hingewiesen. Lediglich der ÖGK wird die Prüfkompetenz entzogen, während die BVAEB und die SVS weiter für die Beitragsprüfung in ihrem Bereich zuständig bleiben.

Aus den angeführten Überlegungen steht der ÖGB dem Entwurf des Gesetzes über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung (ZPFSG) gänzlich ablehnend gegenüber. Der ÖGB fordert den Ausbau der Prüforgane der Sozialversicherung bei gleichzeitiger Vertiefung der Zusammenarbeit mit den Prüforanen der Finanzverwaltung im Rahmen der Gemeinsamen Prüfung lohnabhängiger Abgaben (GPLA).

6. Zur Änderung des Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes

Die VAEB soll in ihrer bestehenden Form aufgelöst werden und durch Fusion mit der BVA wird ein neuer Versicherungsträger entstehen. Dieser wird hinkünftig im Beamten-Kranken- und Unfallgesetz (B-KUVG) geregelt.

Der vorliegende Gesetzesentwurf ist in der bestehenden Form aus folgenden Gründen abzulehnen:

- Für die Versicherten der Versicherungsanstalt für Eisenbahn- und Bergbau (VAEB) besteht KEINE mittel- und langfristige Beitrags- und Leistungsgarantie.

Anpassungen des Leistungsrechts sind ganz grundsätzlich durch (einfach-)gesetzliche Regelungen durchführbar. In Bezug auf Leistungen und Beiträge wird statt einer Garantie im vorliegenden Gesetzesentwurf ein Harmonisierungsauftrag erteilt. Eine entsprechende Berichtspflicht an die Bundesregierung soll dies ab 30.6.2020 sicherstellen (§ 255 Abs. 5 B-KUVG). Die Schlussbestimmungen des § 255 Abs. 3 B-KUVG schreiben der BVAEB eine neue Krankenordnung bis 31.12.2020 vor. Das Zustimmungserfordernis des Vertreters/der

Vertreterin der Gewerkschaft, welches sich auch auf die Krankenordnung bezieht, erlischt mit 31.12.2024 (§ 255 Abs. 7 B-KUVG). Daher besteht nach dem Begutachtungsentwurf bereits ab Mitte 2020 keine Bestandsgarantie mehr.

§ 22 Beitragslast: Um eine Entlastung der Versicherten zu erreichen, wäre hier eine Verschiebung in Richtung ArbeitgeberInnen notwendig.

- Es besteht KEINE mittel- und langfristige Garantie für den Erhalt der bestehenden Einrichtungen.

Die bestehenden Einrichtungen der VAEB (Josefhof, Bad Schallerbach, Zahnambulatorien, ...), sowie auch die Wellcon und das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) verfügen durch den vorliegenden Begutachtungsentwurf – entgegen der Vorgaben der Bundesregierung – über keinen dauerhaften Bestandsschutz. Bereits ab Mitte 2020 sollen die Leistungen harmonisiert (§ 255 Abs. 5 B-KUVG) werden und ab 1.1.2024 entfällt das derzeit verankerte Zustimmungserfordernis für den/die VersichertenvertreterIn der Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft nach § 255 Abs. 7. Eine Ausweitung der bestehenden Einrichtungen, kann in Zukunft nur nach einer Analyse innerhalb der gesamten Sozialversicherung erfolgen. Diese Vorgehensweise schmälert die Handlungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger und erhöht den Aufwand zur Entscheidungsfindung enorm. § 24 Abs. 3 Z 2 ASVG sieht eine Berechtigung der AUVA und SVS zum Betrieb eines Arbeitsmedizinischen Zentrums (AMZ) vor. Das B-KUVG sieht keine entsprechende Parallelbestimmung für die BVAEB vor. Diese ist allerdings für die Weiterführung der Wellcon notwendig.

- Die Mitbestimmungsmöglichkeiten der Versicherten in den Selbstverwaltungskörpern werden durch den vorliegenden Gesetzesentwurf deutlich reduziert und die Minderheitenrechte der Versicherten der VAEB sind nicht ausreichend gewahrt.

Die §§ 133 ff B-KUVG regeln die Entsendung und Zusammensetzung der Verwaltungskörper. Das bestehende Entsendungsmodell benachteiligt die Versicherten der VAEB, da deren Anzahl deutlich unter jener der BVA liegt und daher im Verwaltungsrat voraussichtlich nur ein Mitglied (bisher 10) und in der Hauptversammlung nur noch zwei Mitglieder (bisher 40) auf DN-Seite vertreten sein werden. In Summe wird der Sektor auf Seiten der DN und der DG nicht ausreichend repräsentiert. Beispielsweise finden sich keine Sonderregelungen in Bezug auf die Vertretung der Beschäftigten des Bergbaus. § 142 sieht eine deutliche Reduktion der Aufgaben der Hauptversammlung vor, obwohl diese jenes Gremium ist, dass die Gemeinschaft der Versicherten am deutlichsten repräsentiert.

Aufgrund der in § 132 B-KUVG normierten Bestimmungen hinsichtlich der Stimmrechtsvertretung ist das Zustimmungserfordernis bei Verhinderung des Vertreter/der Vertreterin der VAEB-Versicherten im Verwaltungsrat nicht gewährleistet.

Die VAEB verfügt derzeit über diverse Ausschüsse bzw. Beiräte (u.a. §§ 440 ASVG §§ 149a ff B-KUVG), wie beispielsweise den Unterstützungsausschuss, in denen unterschiedliche Angelegenheiten der Versicherten behandelt werden. Die Ausschuss- und Beiratsstruktur hat eine schnelle, unkomplizierte und an das persönliche Schicksal angepasste Bearbeitung der Anliegen der Versicherten sichergestellt. Im vorliegenden Gesetzesentwurf sind Ausschüsse und Beiräte nicht vorgesehen.

7. Auflösung bzw. Umwandlung der Betriebskrankenkassen

Damit am Ende auf jeden Fall die Zahl von 5 SV-Trägern verkündet werden kann, wurden kreative Lösungen geschaffen. Der Entwurf ermöglicht den fünf Betriebskrankenkassen (BKKs) per Betriebsvereinbarung die Umwandlung in Wohlfahrtseinrichtungen. Die Krankenfürsorgeanstalten von Bund und Ländern bleiben gänzlich unberücksichtigt. Somit wird es auch zukünftig mehr als fünf Krankenversicherungsträger mit unterschiedlichem Leistungsniveau geben.

Wir sprechen uns in aller Schärfe gegen die Auflösung der bestehenden BKKs aus.

Die derzeitigen BKKs sind vollwertige Krankenversicherungsträger, mit einer entsprechenden Stellung durch das ASVG. Diese Stellung ist jedenfalls zu erhalten, ebenso wie die derzeit bestehenden Kooperationen und Vereinbarungen. Eine Einbindung der BKKs in die beabsichtigte Strukturreform der Sozialversicherung ist sachlich nicht gerechtfertigt. Zudem ergeben sich verfassungsmäßige Bedenken, etwa vor dem Hintergrund eines Eingriffs in Eigentumsrechte und in das Recht auf Privatautonomie.

Die BKKs haben nun bis 30.6.2019 die Option ins ASVG (respektive in die ÖGK) zu wechseln oder die BKK in Form einer Wohlfahrtseinrichtung weiterzuführen. Die Wohlfahrtseinrichtung soll mittels Betriebsvereinbarung geregelt werden. Die Regelungen sind lückenhaft und widersprüchlich – den derzeit in den BKKs Versicherten drohen nicht nur der Wegfall ihres bisherigen Leistungsniveaus, sondern auch Lücken im Versicherungsschutz. Abgesehen von der grundsätzlichen Fragwürdigkeit dieses Vorschlags ist er rechtlich unausgegoren:

- Die Rechtsnatur der Betriebsvereinbarung (BV) ist völlig unklar. Es wird ein eigener BV-Tatbestand abseits der §§ 95 ArbVG im ASVG geschaffen, ohne diesen näher auszuführen. Völlig offen bleibt, warum es sich bei derartigen Wohlfahrtseinrichtungen nicht um solche nach dem ArbVG handeln sollte und was der Gesetzgeber mit der Anordnung der lediglich sinngemäßen Geltung der Abs 1 und 3 des § 95 ArbVG bezwecken will.
- Eine derartige BV kann vom Betriebsrat nicht über die Schlichtungsstelle erzwungen werden. Damit liegt die Entscheidung, ob eine Wohlfahrtseinrichtung geschaffen wird oder nicht, in der Hand der ArbeitgeberInnen.
- Die BKKs werden ausschließlich von den Beiträgen ihrer Versicherten und dem jeweiligen Betriebsunternehmer finanziert, welcher auch die Ausfallhaftung übernimmt. Unseres Erachtens bietet jedoch das Instrument einer Betriebsvereinbarung keine Rechtsgrundlage den Versicherten Beiträge vorzuschreiben.
- Ausnahme aus der KV (§ 8 ASVG): Aus der Formulierung schließen wir, dass die Wohlfahrtseinrichtung weder Rehabilitationsgeld noch Übergangsgeld auszahlt und dies hinkünftig wohl von der Pensionsversicherungsanstalt übernommen wird.
- Gleichstellung der betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen als Vertragspartner (§ 152 ASVG): Unbedingt muss klargestellt werden, dass die Wohlfahrtseinrichtungen bei Erfüllung der Voraussetzungen jedenfalls am allgemeinen Versorgungssystem durch Krankenanstalten und am Verrechnungssystem des Landesgesundheitsfonds teilnehmen! Die Geltung eines Gesamtvertrags wird nur nach Gutdünken der Vertragspartner auf die Wohlfahrtseinrichtungen erstreckt. Hier bedarf es einer eindeutigen Verpflichtung oder automatischen Teilnahme. Einzelverträge hat der Gesetzgeber offenbar gänzlich vergessen.

Die Sicherstellung des bisherigen Leistungsniveaus kann durch Gründung einer Stiftung (Zusatzversicherung) sichergestellt werden – auch hier bleiben zahlreiche Fragen offen, wie der konkrete Prozentsatz übertragbaren Vermögens und die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrats. Eine nähere Ausgestaltung bleibt teilweise einer Verordnung des Ministeriums vorbehalten, es stellen sich schwere Bedenken hinsichtlich der Bestimmtheit dieser Verordnungsermächtigung.

Der Vermögensübergang auf die ÖGK ist verfassungsrechtlich bedenklich und daher abzulehnen. Die Versicherten haben es nicht in der Hand, über die Errichtung einer Wohlfahrtseinrichtung oder gar einer Stiftung zu entscheiden, beides liegt in der Hand des „Betriebsunternehmers“. Bei einem Wechsel in die ÖGK fallen sie auf das idR niedrigere Leistungsniveau der ÖGK zurück.

8. Zusammenfassung

Eine unveränderte parlamentarische Beschlussfassung der vorliegenden Entwürfe würde gravierende Verschlechterungen, vor allem für derzeit GKK-versicherte Personen mit sich bringen. Darüber hinaus würde die Funktionsfähigkeit des bewährten österreichischen Sozialversicherungssystems, vor allem im Bereich der Krankenversicherung, gefährdet.

Es wird daher abschließend festgehalten, dass der ÖGB diesen Gesetzesvorschlag zur Gänze ablehnt und einen Neustart mit einer Rückkehr zu intensiven Verhandlungen mit ExpertInnen für angebracht hält. Der ÖGB steht weiterhin für echte Verhandlungen jederzeit zur Verfügung.



Wolfgang Katzian
Präsident



Mag. Bernhard Achitz
Leitender Sekretär