



An das
Präsidium des Nationalrats

Direktion

Martin Kocher

T +43 1 599 91 – 125

F +43 1 599 91 – 555

E kocher@ihs.ac.at

Wien, 18.10.2018

**Stellungnahme des Instituts für Höhere Studien im Rahmen des
Begutachtungsverfahrens zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei dürfen wir Ihnen umseitig eine Stellungnahme des IHS zum SV-OG im Rahmen des laufenden Begutachtungsverfahrens übermitteln. Wir danken für die Aufforderung zur Stellungnahme und stehen für weitere Fragen natürlich jederzeit zur Verfügung.

In der Hoffnung, Ihnen gedient zu haben,
verbleiben wir mit freundlichen Grüßen,

Thomas Czypionka

Martin Kocher

I. Generelle Anmerkungen zum Entwurf:

Die Neuorganisation und Vereinfachung der Struktur der Sozialversicherungsträger ist zu begrüßen. Ebenso werden mit einem Statut und einheitlichen Gesamtverträgen innerhalb der ÖGK gleiche Leistungen für die Versicherten ermöglicht. Eine noch stärkere Modernisierung könnte durch eine Abkehr von der berufsständischen Gliederung der Versicherungsträger erreicht werden. Diese hat sich in den meisten europäischen Ländern aufgelöst. Dafür gibt es mehrere Gründe. Zum einen empfiehlt die WHO zurecht, Risiken und Einkommensgruppen möglichst zusammenzufassen, um eine Leistungsanspruchnahme ausschließlich nach dem medizinischen Bedarf zu ermöglichen. Auch in der neu geplanten Struktur wird es jedoch weiter unterschiedliche Mittelausstattungen der einzelnen Krankenversicherungsträger geben, ebenso wie eine unterschiedliche Risikostruktur. Selbstständige, Beamte und Privatangestellte unterscheiden sich systematisch in ihren Einkommen und Gesundheitsrisiken, ein wie international mittlerweile üblicher Ausgleich findet nicht statt.

Zum anderen bleibt durch drei bundesweit zuständige Krankenversicherungsträger ein erheblicher Koordinationsbedarf vor Ort bestehen. Jeder der Träger ist für eine Fraktion von Versicherten an jedem Ort in Österreich zuständig, und dies, obwohl ohnehin keine Wahl des Versicherungsträgers möglich ist. Auch die regionalen Versorgungsstrukturen müssen demnach jeweils zwischen allen drei Trägern geplant werden.

II. Zu einzelnen Bestimmungen

§319a ASVG Beziehungen KV-UV

Die Organisationsreform sollte zum Anlass genommen werden, die finanziellen Beziehungen zwischen Kranken- und Unfallversicherungsträgern nach dem Prinzip der Kostenwahrheit zu gestalten und von Pauschalierungen abzugehen

§§341ff ASVG Gesamtverträge

Die Organisationsreform sollte zum Anlass genommen werden, die Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) flexibler zu gestalten. Die Pflicht zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung trifft die Krankenversicherungsträger, nicht die GDA, wofür auch regional passende Versorgungslösungen notwendig sind.

Eine Orientierung von Tarifhöhen an der Finanzkraft von Versicherungsträgern wirkt anachronistisch und führt zu Fehlanreizen bei der Behandlung von Versicherten unterschiedlicher Träger. Es kommt hier mutmaßlich zu Rentenabschöpfungen

zulasten der Versichertengemeinschaft, da auch mit einem Klientel, für das ausschließlich vergleichsweise niedrige Tarife gelten, die GDAs ein Auskommen finden können. Gleichzeitig wird dadurch die Attraktivität mancher Planstellen untergraben, die in Gegenden mit hohem Anteil solcher Versicherten liegen. Zudem ist aus ökonomischer Sicht zweifelhaft, warum ein und dieselbe Leistung bei ein und demselben Anbieter einen unterschiedlichen Erlös erbringen soll.

Auch die pauschale Anpassung von Tarifhöhen für ein Bundesland ist nicht sachgerecht. Es bestehen bzgl. Kosten für die GDA größere Gefälle zwischen Stadt-Land, also innerhalb eines Bundeslandes, denn zwischen den Bundesländern als solche. Umgekehrt erfordert weniger attraktive geografische Lage auch finanzielle Anreize, um eine Stelle besetzen zu können. Dies kann nicht notwendigerweise für ganz Österreich oder ein Bundesland pauschal festgelegt werden.

Um einen vertragslosen Zustand zu vermeiden, sollten zudem Regelungen implementiert werden, wie sie beispielsweise in der LSE-Effizienzstudie vorgeschlagen wurden.

§§419ff ASVG Arten der Verwaltungskörper und Versicherungsvertreter

Die Reduktion der Zahl der Gremien und der Versicherungsvertreter ist im Sinne einer Vereinfachung zu begrüßen. Ebenso erscheint es in Anbetracht der Entscheidungsbefugnisse richtig, fachliche Anforderungen zu normieren. Um die Legitimation der Selbstverwaltung zu erhöhen, sollte aber der Wahlmodus der Versicherungsvertreter verändert werden. Derzeit erscheint es so, dass den allermeisten Versicherten ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten gar nicht bewusst zu sein scheinen. Dementsprechend selten wird im Rahmen der entsprechenden Vertretungswahlen die Sozialversicherung thematisiert. Eine Abschaffung der Beiräte könnte insgesamt durch mehr Mitbestimmungs- bzw. Einbeziehungsmöglichkeiten kompensiert werden (siehe beispielsweise unsere Studien „Konsumentenschutz im Gesundheitswesen“ und „Bürgerorientierung im Gesundheitswesen“), insbesondere, da in Österreich keine Wahlmöglichkeit des Versicherungsträger möglich ist.

Es wird zudem angeregt, den Terminus „Versicherungsvertreter“ durch „Versichertenvertreter“ zu ersetzen.

§§430ff ASVG und §138 B-KUVG Verwaltungskörper und Versicherungsvertreter Träger

Die Parität zwischen Dienstnehmer- und Dienstgebervertretern ist nach internationalem Maßstab eine der möglichen Ausgestaltungen von Selbstverwaltung; es ist daher aber unverständlich, warum im Bereich des B-KUVG *keine* Parität festgelegt wird und die DN weiterhin die Mehrheit stellen. Ein Wechsel des Vorsitzes

in den Verwaltungskörpern zwischen DN und DG alle sechs Monate erscheint jedenfalls impraktikabel. Dies bedeutet ständige Übergaben und wechselnde Ansprechpartner für die Systempartner. Es sollten die Möglichkeiten einer gemeinsamen KandidatIn, eines gemeinsamen Vorsitzes oder eines verlängerten Turnus ausgelotet werden. Die Publizitätspflichten in §437 sind löblich und sollten auch in anderen Bereichen Anwendung finden.

§§441ff ASVG in Verbindung mit §30a(2) ASVG Verwaltungskörper und Richtlinien Dachverband

Es erscheint impraktikabel, dass der Vorsitz im Dachverband jedes Jahr wechselt, umso mehr, als dass die Obleute in der ÖGK und PVA alle sechs Monate wechseln. Dies erfordert häufige Übergaben und erzeugt Diskontinuität im Verhältnis zu den Systempartnern.

Zudem soll die Vorbereitung von Richtlinien an die einzelnen Sozialversicherungsträger delegiert werden. Die Formulierung im Gesetz §30a(3) ist dabei unschlüssig. Während der Dachverband diese Delegationen vornehmen *kann* (also nicht muss), kann das BMASGK diese per Verordnung durchsetzen, wenn diese nicht erfolgen.

Der bisherige Hauptverband wurde mit dem Zweck gegründet, mehr Einheitlichkeit zwischen den Versicherungsträgern herzustellen. Eine Übertragung der Vorbereitung mitsamt dem dazugehörigen Personal hat folgende ungünstige Konsequenzen:

Inhaltlich steigt der Einfluss eines Trägers, der dadurch die Möglichkeit erhält, primär seine Interessen zu verwirklichen. Gleichzeitig besteht der Anreiz für den Träger, gemeinschaftliche Aufgaben zugunsten seiner eigenen Bedürfnisse hintanzustellen. Für den Dachverband, der die Richtlinien dann beschließen soll, besteht mangels Ressourcen keine ausreichende Beurteilungsmöglichkeit der Vorbereitungen. Diese gemeinsamen Aufgaben sollten also von einem im Verhältnis zu den Trägern als Dritter wahrgenommenen Organisation erledigt werden. Die Probleme, die diese Art auf Träger ausgelagerte Kompetenzen mit sich bringen, zeigten sich schon bei den seinerzeit eingeführten Kompetenzzentren, die auch auf die Träger ausgelagert waren.

Zudem gehen durch die Auslagerung an Träger die Synergien zwischen den bestehenden Einheiten verloren. Fachinhaltliche Ansprechpartner für die Systempartner verteilen sich dann auf alle Träger, was auch einen erhöhten Koordinationsaufwand bedeutet.

Die Koordinationsaufgaben des Dachverbandes sind umso wichtiger, als dass regional jeweils alle drei Krankenversicherungsträger zuständig sind. Im Sinne einer aktiven

Gestaltung der Gesundheitsversorgung müssen die Krankenversicherungsträger aus den Versorgungs- und Versichertendaten gemeinsame Entscheidungsgrundlagen schaffen. Dafür ist ein Dritter wie der Dachverband die geeignetere Stelle.

§447a ASVG Innovationsfonds in Verbindung mit §443(1) ASVG

Dass die Mittel der Versicherten eines Bundeslandes weitgehend im entsprechenden Bundesland verwendet werden müssen steht in Widerspruch zu einem solidarischen Ausgleich in der Sozialversicherung und dem Bestreben, allen Anspruchsberechtigten der ÖGK die gleichen Leistungen zukommen zu lassen. Insofern werden auch die Mittel des Innovationsfonds möglicherweise vorwiegend nicht zweckgemäß eingesetzt werden können.