

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

Der vorliegende Entwurf ist der Umsetzung der im Regierungsprogramm vorgesehenen und im Ministerratsbericht vom 23. Mai 2018 näher determinierten großen Organisationsreform des österreichischen Sozialversicherungssystems gewidmet.

Im Regierungsprogramm wird unter dem Titel „Reform der Sozialversicherungen“ wie folgt ausgeführt:

„Um leistungsfähige, moderne und bürgernahe Sozialversicherungen zu gewährleisten, ist es unser Ziel, für jetzt schon eingehobene, gleiche Beiträge den Menschen auch österreichweit die gleichen Leistungen anbieten zu können. Weiters sollen Mehrfachversicherungen generell abgeschafft werden. Darüber hinaus müssen die sich aus der Struktur der derzeit bestehenden 22 Sozialversicherungsträger und ihrer Doppel- und Mehrgleisigkeiten ergebenden Verwaltungskosten gesenkt sowie Einsparungs- und Optimierungspotenziale gehoben werden, um aus den dadurch frei gewordenen Mitteln den Menschen einen Gesundheitsbonus und eine noch bessere Versorgung zu sichern. Deshalb wollen wir eine nachhaltige Reduktion der Sozialversicherungsträger auf maximal 5 Träger erreichen, wobei die Prinzipien einer partizipativen Selbstverwaltung, die Wahrung der länderspezifischen Versorgungsinteressen sowie die speziellen Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen in den einzelnen Versicherungssparten berücksichtigt werden. Dazu wird ein organisatorisch, personell, finanziell und inhaltlich nachhaltiger Umsetzungsprozess mit den Bundesländern aufgesetzt. Dabei ist eine länderspezifische Budgetautonomie gesetzlich festzulegen. Die bisherigen Rücklagen verbleiben im jeweiligen Bundesland für die Zielsteuerung. Die nachhaltige Leistungsharmonisierung ist als integraler Bestandteil der Trägerzusammenlegung sicherzustellen. Die neu zu errichtende Österreichische Krankenkasse (ÖKK) hat in der Übergangsphase die bisher in den Ländern durch die GKKs finanzierten Leistungen weiterhin sicherzustellen.

Um die Verwaltungskosten nachhaltig zu senken und Synergien zu heben, soll zudem innerhalb der ÖKK eine Aufgabenbündelung (Vertragspartnerabrechnung, Lohnverrechnung etc.) festgeschrieben werden, die bei gleichzeitiger Beibehaltung des Leistungsniveaus für die Menschen eine Optimierung der Strukturen und Aufgaben zum Ziel hat. In weiterer Folge muss ein österreichweiter Ärztesgesamtvertrag mit der Möglichkeit von regionalen Zu- und Abschlägen verhandelt werden. Eine einheitliche Prüfung der Lohnabgaben sowie eine einheitliche Abgabenstelle für die Einhebung aller lohnabhängigen Abgaben werden die Erreichung der Zielsetzungen nachhaltig unterstützen.“

In einem Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 wird die Sozialversicherungsorganisation der Zukunft im Wesentlichen wie folgt dargelegt:

„Die Sicherung und der weitere Ausbau unseres hochwertigen Gesundheitssystems erfordern Initiativen, die den Bedarf und die Bedürfnisse der Patienten, die Qualität der Versorgung sowie die Effizienz und Effektivität der Verwaltung in den Mittelpunkt des Handelns stellen. Die diesbezügliche Studie der London School of Economics (LSE) sowie zahlreiche andere wissenschaftliche Arbeiten haben einen Reformbedarf in unserem Sozialversicherungssystem aufgezeigt.

Um eine leistungsfähige, moderne und bürgernahe Sozialversicherung zu gewährleisten, ist es unser Ziel, bei gleichen Beiträgen den Menschen auch österreichweit die gleichen Leistungen anbieten zu können. Auch die Probleme und die bürokratischen Hürden, die sich aus den unverständlichen und lästigen Mehrfachversicherungen ergeben, sollen der Vergangenheit angehören. Des Weiteren müssen die sich aus der Struktur der derzeit bestehenden 21 Sozialversicherungsträger und ihrer Doppel- und Mehrgleisigkeiten ergebenden hohen Verwaltungskosten gesenkt sowie Einsparungs- und Optimierungspotenziale gehoben werden, um aus den dadurch frei gewordenen Mitteln den Menschen eine noch bessere und effizientere Versorgung zu gewährleisten. Um die Verwaltungskosten nachhaltig zu begrenzen, wird ein Verwaltungskostendeckel vorgesehen. Im Sinne der Kostenwahrheit ist Transparenz sowie eine klare Zuordnung von Mittelaufbringung und -verwendung sicherzustellen.

Das derzeitige System der Sozialversicherungen ist eine über Jahrzehnte gewachsene Struktur. Es gab in der Vergangenheit immer wieder den Ansatz, diese komplizierte und ineffiziente Struktur zu reformieren. Bis auf kleine Reformen in einzelnen Bereichen ist es allerdings nicht gelungen, das System gesamthaft, nachhaltig und zukunftsorientiert neu zu organisieren. Mit den heute vorgestellten Eckpunkten wird diese große Reform des Sozialversicherungssystems in Österreich jetzt endlich eingeleitet.

Dabei soll die Organisationsstruktur neu geordnet werden, indem die Anzahl der Träger auf vier, maximal fünf, reduziert wird. Kosten in der Verwaltung und Privilegien werden durch die

Zusammenlegung nachhaltig reduziert bzw. abgeschafft. Letztendlich bleibt dadurch mehr Gesundheitsleistung für den Patienten und ein einfacheres, bürgernahes System wird geschaffen. Dies ist auch das erklärte Ziel der Reform, denn wir sparen im System und nicht bei den Menschen.

Die Prinzipien einer partizipativen Selbstverwaltung, die länderspezifischen Versorgungsinteressen sowie die speziellen Anforderungen der unterschiedlichen Berufsgruppen in den einzelnen Versicherungssparten werden bei der Reform auch weiterhin berücksichtigt. Die partizipative Selbstverwaltung rüttelt dem Grunde nach nicht an den Prinzipien der Selbstverwaltung im Sinne der Art. 120a ff B-VG, vielmehr wird an einer Weiterentwicklung im Sinne der verfassungsrechtlichen Bestimmungen gearbeitet und das Aufsichtsrecht des Bundes nachhaltig gestärkt. Die bisherigen Selbstverwaltungsgremien (Vorstand, Kontrollversammlung, Generalversammlung) werden in ein einziges Selbstverwaltungsgremium übergeführt und deutlich verschlankt. Die Anzahl der Mitglieder und die Zusammensetzung der Versicherungsvertreter differiert je nach Art des Trägers (Besonderheiten der Träger sind zu berücksichtigen). In der Österreichischen Gesundheitskasse ist eine paritätische Besetzung durch Dienstgeber und Dienstnehmer vorgesehen. Eine Funktion in einem neuen Selbstverwaltungsgremium ist mit einem politischen Mandat analog § 441c Abs. 3 ASVG unvereinbar. Zudem sollen die Mitglieder der Selbstverwaltung zukünftig auch neben den persönlichen Voraussetzungen eine fachliche Eignung für die Ausübung ihrer verantwortungsvollen Funktion darlegen.

Der Dachverband nimmt die gemeinsamen Interessen wahr und koordiniert die trägerübergreifenden Aufgaben der Sozialversicherungsträger.

Die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) zielt als bundesweiter Träger auf eine moderne Gesundheitsförderung und österreichweit qualitativ hochwertige Versorgung ab und ersetzt die derzeit bestehenden Gebietskrankenkassen in den jeweiligen Bundesländern.

Die nachhaltige Leistungsharmonisierung ist als integraler Bestandteil der Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen sicherzustellen. Die neu zu errichtende Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) mit ihrer solidarischen österreichischen Versichertengemeinschaft hat in der Übergangsphase die bisher in den Ländern durch die GKKs finanzierten Leistungen weiterhin sicherzustellen. Die Gesamtbudgethoheit und die Gebarungsvorschaurechnung werden zukünftig von der Hauptstelle der ÖGK wahrgenommen. Zudem obliegt ihr die Steuerung inklusive der strategischen, gesamthaften und bundesländerübergreifenden Gesundheitsplanung.

Entscheidend ist dabei auch, dass jeder Versicherte im Bundesland die Leistungen bekommt, die er braucht. Eine Änderung der Einnahmenverantwortung (innerhalb der ÖGK) ändert nichts am Leistungsanspruch der jeweiligen Versicherten.

Die ÖGK hat für eine bundesweit ausgeglichene Gebarung zu sorgen und den Landesstellen ausreichende Mittel entsprechend den von ihnen zu verantwortenden Aufgaben (RSG) zur Verfügung zu stellen. Jedenfalls soll sichergestellt werden, dass den Versicherten in jedem Bundesland die Beitragseinnahmen der jeweiligen Gebietskrankenkasse im Jahr 2017 entsprechen. Die ÖGK ist zuständig für die Verhandlung eines österreichweiten Gesamtvertrages und der entsprechenden Honorare. Die Landesstellen der ÖGK sind weiterhin für die regionale Versorgungsplanung zuständig und es wird ihnen die Möglichkeit gegeben Zu- und Abschläge auf Grundlage des österreichweiten Gesamtvertrages zu verhandeln. Budget- und Personalhoheit erhält damit die ÖGK. Zusätzlich ist eine länderweise Budgetautonomie festzulegen, die allerdings nur den Einsatz der im Land bis 31. Dezember 2018 frei verfügbaren allgemeinen, nicht gebundenen, Rücklagen umfasst, sowie die Verwendung der Mittel für Gesundheitsreformprojekte (Innovations- und Projektbudget). Die Höhe des Innovations- und Projektbudgets ist von der wirtschaftlichen Gesamtsituation abhängig. Die Bundesländer sind in die Umsetzung einzubeziehen.

Um die Verwaltungskosten nachhaltig zu senken und Synergien zu heben, soll beispielsweise innerhalb der ÖGK eine Aufgabenbündelung (Vertragspartnerabrechnung, Lohnverrechnung etc.) festgeschrieben werden, die bei gleichzeitiger Beibehaltung des Leistungsniveaus für die Menschen eine Optimierung der Strukturen und Aufgaben zum Ziel hat. Dabei spielen auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung eine bedeutende Rolle. Es wird daher aufgrund der Strukturreformen zu keinen betriebsbedingten Kündigungen kommen.

In weiterer Folge muss ein österreichweiter Ärztesgesamtvertrag verhandelt werden. Die regionalen Unterschiedlichkeiten werden dabei auch regional verhandelt bzw. vereinbart.

Festgehalten wird auch, dass die bestehenden Verträge mit den Vertragspartnern von der ÖGK übernommen werden.

Die Beitragseinhebung wird auch zukünftig einheitlich und zentral durch die ÖGK erfolgen. Anstelle der Gebietskrankenkassen werden die Beiträge durch die ÖGK eingehoben. Die derzeitige Beitragsprüfung wird effizienter organisiert und erfolgt zukünftig ausschließlich durch das Bundesministerium für Finanzen (BMF).

Die fünf Betriebskrankenkassen bekommen die Möglichkeit in die ÖGK hinein zu optieren. Andernfalls sind sie gesetzlich als private Wohlfahrtseinrichtungen zu etablieren.

Die Pensionsversicherungsanstalt ist jetzt schon als österreichweiter Träger organisiert und bleibt als eine der Säulen des zukünftigen Sozialversicherungssystems erhalten.

Die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates wird in eine eigenständige berufsständische Versorgungseinrichtung übergeführt.

Die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau schließen sich zu einem Träger zusammen. Dieser umfasst die Sparten Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung/Ruhegenüsse. Es ist ein adäquater Übergangszeitraum (analog zur ÖGK) für die Anpassung des Leistungsrechts vorzusehen. In dieser Zeit werden die Sparten Schienenverkehr und öffentlicher Dienst eigenverantwortlich geführt. Außerdem ist sicherzustellen, dass alle Versicherten des neuen Trägers gleichberechtigten Zugang zu Leistungen haben.

Die Sozialversicherungsanstalten der gewerblichen Wirtschaft und der Bauern schließen sich zu einem „Selbständigen-Träger“ (SVS) zusammen und umfassen für alle selbständig Erwerbstätigen die Sparten Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Für die Anpassung des Leistungsrechtes wird ein adäquater Übergangszeitraum vorgesehen.

Wie im Regierungsprogramm vereinbart, ist eine nachhaltige Neuorganisation der AUVA (unter anderem mit dem Auftrag zur Aufgabenüberprüfung, zur Hebung von Synergien, zur Strukturanalyse und zur Bündelung der Zahlungsströme) notwendig. Die AUVA wurde bereits aufgefordert, entsprechende Strukturerneuerungsvorschläge zu präsentieren.“

Der vorliegende Entwurf enthält demgemäß im Wesentlichen folgende Maßnahmen:

1) Reduktion der Versicherungsträger von 21 auf 5

Die Gebietskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen werden zur Österreichischen Gesundheitskasse, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern werden zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau werden zur Versicherungsanstalt öffentlichen Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zusammengeführt. Darüber hinaus wird die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates in eine eigenständige berufsständische Versorgungseinrichtung übergeführt.

2) Umgestaltung des Hauptverbandes zu einem Dachverband

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wird durch einen schlanken Dachverband ersetzt, der ausschließlich gemeinsame Interessen der Versicherungsträger wahrnimmt und trägerübergreifende Aufgaben koordiniert.

3) Verkleinerung der Selbstverwaltungskörper

Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Haupt- bzw. Dachverbandes werden nicht nur hinsichtlich ihrer Zahl, sondern auch hinsichtlich ihrer Größe bedeutend reduziert. Zukünftig wird es etwa keine Kontrollversammlungen mehr geben. Anstelle der Beiräte werden Senior/inn/envertreter/innen und Behindertenvertreter/innen mit beratender Stimme in die Hauptversammlungen integriert.

4) Neuordnung der Beitragsprüfung

Die Sozialversicherungsprüfung erfolgt zukünftig ausschließlich durch das Bundesministerium für Finanzen. Ein diesbezüglicher Gesetzentwurf des Bundesministeriums für Finanzen wird parallel zum vorliegenden Gesetzentwurf einer Begutachtung unterzogen werden.

5) Stärkung des Aufsichtsrechtes des Bundes

Die Vertreter/innen der Aufsichtsbehörde können zukünftig auch Beschlüsse der Selbstverwaltung beeinspruchen, die in wichtigen Fragen gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen; darüber hinaus können sie verlangen, Punkte von der Tagesordnung der Verwaltungskörpersitzungen abzusetzen.

Zukünftig sind die Grundsätze für die Bedarfsprüfung bei Bauvorhaben durch die Versicherungsträger vom Sozialministerium mit Verordnung festzulegen. Darüber hinaus werden Beschlüsse des

Verwaltungsrates über die Erstellung von Dienstpostenplänen für die höchsten Gehaltsgruppen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Finanzressort bedürfen.

6) Novellierung der Bestimmungen über die Mehrfachversicherung

Im Fall von Mehrfachversicherungen werden bürokratische Hürden beseitigt, indem sowohl die Beitragserstattung als auch die Differenzvorschreibung zukünftig generell von Amts wegen zu erfolgen haben.

7) Ausbildung der Versicherungsvertreter/innen

Die angehenden Versicherungsvertreter/innen haben sich einem „Fit-und-Proper-Test“ vor einer vom Sozial- und Finanzressort nominierten Kommission zu unterziehen.

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das im Entwurf vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG.

Allgemeines zur B-KUVG-Novelle

Im Ministerratsvortrag ist der Zusammenschluss der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) mit der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) zu einem Dreipartenträger vorgesehen. Für die Anpassung des Leistungsrechts ist laut Ministerratsvortrag ein adäquater Übergangszeitraum vorzusehen. Während dieses Übergangszeitraumes werden die Sparten Eisenbahnen und Bergbau und öffentlicher Dienst eigenverantwortlich geführt. Zudem ist sicherzustellen, dass alle Versicherten des neuen Trägers gleichberechtigt Zugang zu Leistungen haben.

Entsprechend dieser Vorgaben wurden folgende Maßnahmen getroffen:

- Umbenennung der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in den neuen Dreipartenträger „Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau“;
- Übertragung des bislang bei der VAEB in der Kranken- und Unfallversicherung versicherten Personenkreises inklusive freier Dienstnehmer/innen und Lehrlinge in das B-KUVG unter Mitaufnahme der im öffentlichen Dienst beschäftigten freien Dienstnehmer/innen und Lehrlinge;
- Übertragung der bisher bei der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe krankenversicherten Personen in das B-KUVG;
- Verankerung der neuen Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Pensionsversicherungsträger nach dem ASVG.

Allgemeines zum SVSG

Im Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 zur „Sozialversicherungsorganisation der Zukunft“ ist die Zusammenführung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) in eine neu zu errichtende Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen vorgesehen: „Die SVA und die SVB schließen sich zu einem „Selbständigen-Träger“ (SVS) zusammen und umfassen für alle selbständig Erwerbstätigen die Sparten Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Für die Anpassung des Leistungsrechts wird ein adäquater Übergangszeitraum vorgesehen.“

Besonderer Teil

Zu Art. 1 Z 1 bis 3 (§ 3 Überschrift, Abs. 1 und 4 ASVG):

Im Hinblick auf die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse kann § 30 ASVG, in dem bisher die örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen geregelt war, entfallen. Da jedoch eine Definition des Beschäftigungsortes weiterhin erforderlich ist, wird die entsprechende Bestimmung (bisher § 30 Abs. 2 ASVG) als neuer Abs. 4 in den § 3 ASVG transferiert. Im Abs. 1 wird eine entsprechende Zitatkorrektur vorgenommen.

Zu Art. 1 Z 4, 11, 14, 19, 27, 33, 43, 44, 52, 61, 62, 63, 88 und Art. 4 Z 1, 24 bis 27, 60 und 77 (§§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. b, 7 Z 4 lit. d, 8 Abs. 1 Z 3 lit. e, 15 Abs. 3 Z 3, 42a, 53b Abs. 1 und 3, 73 Abs. 2 und 4, 99 Abs. 3 Z 1 lit. b, 231 Z 1 lit. b, 232 Abs. 3, 307g Abs. 4, 343b Abs. 1 ASVG; §§ 1 Abs. 1 Z 5, 20, 22 und 24, Überschrift zu § 9, 9 Abs. 1 und 2, 10 Abs. 1, 55a Abs. 3, 128 Z 2 und 3 B-KUVG):

Aufgrund der Zusammenführung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zur neuen Versicherungsanstalt öffentlich

Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau werden die Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau in die „Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau“ umbenannt sowie der Entfall des Ausdruckes „Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau“ angeordnet.

Zu Art. 1 Z 5 (§ 5 Abs. 1 Z 3 lit. c ASVG):

Da die bisher nach dem ASVG bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau vollversicherten Personen nunmehr der Kranken- und Unfallversicherung nach dem B-KUVG unterliegen, bedarf es im ASVG einer generellen Ausnahme dieser Personengruppe von der Vollversicherung.

Zu Art. 1 Z 6, 7, 9, 13, 60 und 145 (§§ 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):

Im Zuge der Bereinigung der Trägerlandschaft der gesetzlichen Krankenversicherung sollen auch die fünf – seit Überleitung durch das ASVG in seiner Stammfassung verbliebenen – Betriebskrankenkassen aufgelöst werden. Den Betrieben soll es allerdings ermöglicht werden, eine eigene betriebliche Wohlfahrtseinrichtung für die Versorgung ihrer Betriebsmitarbeiter- und -mitarbeiterinnen sowie deren Angehöriger einzurichten. Hierzu ist eine außerhalb des Arbeitsverfassungsgesetzes, aber vom Kompetenztatbestand des Art. 10 Abs. 1 Z 11 B-VG „Arbeitsrecht“ umfasste Regelung zu treffen. Die entsprechende Grundlage wird im § 5a ASVG geschaffen.

Eine Wohlfahrtseinrichtung soll nur dann möglich sein, wenn durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die Gleichwertigkeit, aber nicht nur hinsichtlich des Leistungsrechtes – wie bei den Ausnahmen von der Pflichtversicherung für die freiberuflich selbständig Erwerbstätigen nach § 5 GSVG – sondern auch hinsichtlich der beitrags- und versicherungsrechtlichen Bestimmungen als gegeben festgestellt wird. Das bedeutet, dass entsprechend der Regelung des ASVG die Anspruchsberechtigung der Angehörigen und der Umfang der Beitragsleistung bei der Feststellung mit zu berücksichtigen sind.

Es soll den betroffenen Betrieben frei stehen, bis längstens 30. Juni 2019 zu entscheiden, ob sie eine Wohlfahrtseinrichtung gründen wollen, die so wie die Österreichische Gesundheitskasse die gesamte Krankenversorgung abdeckt, im Rahmen einer Stiftung eine Zusatzversicherung planen wollen oder ihre Betriebskrankenkassen gänzlich im System der Krankenversicherung aufgehen sollen. Es sind daher umfangreiche Übergangsbestimmungen erforderlich.

Den neu gegründeten Wohlfahrtseinrichtungen soll die Möglichkeit gegeben werden, so wie die Betriebskrankenkassen oder so manche Krankenfürsorgeanstalt am LKF-System oder am Vertragsregime gegenüber den Privatkrankeanstalten oder den sonstigen Vertragspartnern teilzunehmen. Erfüllt eine solche Wohlfahrtseinrichtung dieselben Regelungen wie sie für einen Krankenversicherungsträger gelten, insbesondere jene der Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Landesgesundheitswesens, BGBl. I Nr. 98/2017, so soll die Teilnahme am System nicht in der Ingerenz der Landesgesundheitsfonds liegen, wodurch der geltenden Vereinbarung zwischen Bund und Ländern so weit wie möglich Rechnung getragen werden soll. Um dies sicherzustellen und die Bedingungen klar zu stellen, soll eine Gleichstellung im § 152 ASVG erfolgen.

Die Finanzierungsregelungen für die privaten, über den PRIKAF finanzierten Krankeanstalten sind derzeit im § 149 ASVG, jene für die LKF-finanzierten Krankeanstalten im § 447f ASVG geregelt. Durch die Verschiebung diverser Versichertengruppen müssen die Finanzierungsschlüssel neu berechnet werden. Da es im Hinblick auf die Betriebskrankenkassen jedoch noch erhebliche Unklarheiten bezüglich der Wohlfahrtseinrichtungen gibt, sollen die Beträge und Aufteilungsschlüssel ab dem Jahr 2020 durch Verordnung der Bundesministerin festgesetzt werden. Ziel ist jedenfalls, die seitens der Sozialversicherung zu leistenden Beitragsteile im bisherigen Umfang beibehalten zu können. Nicht möglich sein wird das, falls eine Betriebskrankenkasse eine Wohlfahrtseinrichtung gründet, an der Teilhabe am LKF-System jedoch kein Interesse zeigt.

Die Betriebskrankenkassen sind derzeit für ca. 49 000 Personen zuständig. Ihr Beitrag zur Krankeanstaltenfinanzierung der öffentlichen Krankeanstalten betrug laut Erfolgsrechnung im Jahr 2017 rd. 47 Mio. Euro.

Zu Art. 1 Z 8 (§ 7 Z 2 lit. a ASVG):

Im Hinblick auf die Überführung dieser Personengruppe in das B-KUVG und damit auch in die Unfallversicherung nach dem B-KUVG ist eine Teilversicherung in der Unfallversicherung nach dem ASVG nicht mehr erforderlich. Daher wird die derzeit im § 7 Z 2 lit. a ASVG geregelte Teilversicherung in der Unfall- und Pensionsversicherung aufgehoben. Die nach wie vor erforderliche Teilversicherung in der Pensionsversicherung wird durch die Anführung dieser Personengruppe in der neuen lit. f des § 7 Z 4

ASVG geregelt. Siehe dazu auch die Erläuterungen zur Übertragung dieser bislang im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung im ASVG erfassten VAEB-Versicherten in das B-KUVG.

Zu Art. 1 Z 10 (§ 7 Z 3 lit. b ASVG):

Die bisher aufgrund dieser Bestimmung in der Unfallversicherung teilversicherten Dienstnehmer/innen der Österreichischen Bundesbahnen mit Anwartschaft auf Ruhe- und Versorgungsgenuss nach dem Bundesbahn-Pensionsgesetz unterliegen nunmehr der Pflichtversicherung in der Unfallversicherung nach dem B-KUVG, weshalb der Teilversicherungstatbestand entfallen kann.

Zu Art. 1 Z 12 (§ 7 Z 4 lit. f bis o ASVG):

Die bisher nach dem ASVG bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau vollversicherten Personen unterliegen nunmehr der Kranken- und Unfallversicherung nach dem B-KUVG. Für den Bereich der Pensionsversicherung sind für diese Personengruppe jedoch weiterhin die Bestimmungen des ASVG maßgeblich, weshalb entsprechende Teilversicherungstatbestände geschaffen werden. Die Auflistung entspricht jener Personengruppe, die bisher im § 26 Abs.1 Z 4 ASVG der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sachlich zugeordnet war inklusive der Bediensteten der WIENER LINIEN GmbH & Co KG. Des Weiteren werden auch die nunmehr nach dem B-KUVG versicherten freien Dienstnehmer/innen und Lehrlinge mit in die Teilversicherung in der Pensionsversicherung nach dem ASVG aufgenommen.

Zu Art. 1 Z 16, 18, 28, 29, 30, 35, 51, 139 (§§ 11 Abs. 2, 12 Abs. 7, 42b Abs. 2 und 4, 49 Abs. 6, 67c Abs. 1, 85 Abs. 2 und 471i ASVG):

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse.

Zu Art. 1 Z 20 (§ 16 Abs. 4 und 5 ASVG):

Im Hinblick auf die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse und die Auflösung der Betriebskrankenkassen wird klargestellt, dass der Antrag auf Selbstversicherung bei der Österreichischen Gesundheitskasse einzubringen und diese auch für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig ist.

Zu Art. 1 Z 22 (§§ 23 bis 29 ASVG):

Durch die sich aus der Auflösung der Betriebskrankenkassen und der Transferierung der bisher bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten Personen ins B-KUVG ergebende Umgestaltung der Trägerlandschaft ab 1. Jänner 2020 werden die Bestimmungen über die Träger der (Kranken-, Unfall- und Pensions-)Versicherung sowie deren jeweilige sachliche Zuständigkeit entsprechend angepasst.

Als (sachlich zuständigen) Träger der Krankenversicherung nach dem ASVG gibt es ab 1. Jänner 2020 nur mehr die Österreichische Gesundheitskasse. Träger der Unfallversicherung sind weiterhin die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt sowie die (neue) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen, die für bestimmte nach dem BSVG versicherte Personen sowie alle selbständig Erwerbstätigen sachlich zuständig ist. Träger der Pensionsversicherung sind die Pensionsversicherungsanstalt sowie die (neue) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, die – so wie bisher bereits die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau – ein „Dreipartenträger“ ist, wobei für bestimmte, taxativ aufgelistete Personengruppen trotz ihrer Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem B-KUVG nicht die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, sondern die Pensionsversicherungsanstalt sachlich zuständig ist.

Zu Art. 1 Z 22 (§ 24 Abs. 4 ASVG):

Das vom Vorstand der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt am 21. August 2018 beschlossene Reformkonzept sieht die Zusammenfassung ihrer eigenen Einrichtungen in einer Betreibergesellschaft vor. Durch die gesetzliche Neuregelung soll diese Zusammenfassung ab dem Jahr 2020 gesetzlich verpflichtend vorgesehen werden, wobei jedoch gewährleistet bleiben soll, dass diese Gesellschaft bei Gründung und auch in weiterer Folge zur Gänze im Eigentum der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt zu stehen hat.

Zu Art. 1 Z 23 und 145 (§§ 30 ff. ASVG, § 718 Abs. 12, 17 und 18):

Im Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 zum Thema „Sozialversicherungsorganisation der Zukunft“ wird zur künftigen Rolle des Hauptverbandes ausgeführt, dass dieser unter dem neuen Namen „Dachverband“ die gemeinsamen Interessen der Sozialversicherungsträger wahrzunehmen hat und die trägerübergreifenden Aufgaben koordiniert.

Im Hinblick darauf, dass es künftig nur mehr fünf Sozialversicherungsträger geben wird, kann diese Koordinationstätigkeit durch einen deutlich verkleinerten Dachverband bewerkstelligt werden: Des weiteren wird wie auch bei den Versicherungsträgern die Struktur der Verwaltungskörper des Dachverbandes geändert.

Zu den Aufgaben des Dachverbandes (§§ 30 bis 30d ASVG):

Die Aufgaben des Dachverbandes werden an dessen neue, schlankere Struktur angepasst. Wohl bleiben die Grundaufgaben des Dachverbandes (Erlassung von Richtlinien, Koordination der Vollziehungstätigkeit der Sozialversicherungsträger und Wahrnehmung koordinierender und trägerübergreifender Agenden) erhalten, ihre Erarbeitung oder Vorbereitung wird aber neu geregelt.

So bleibt die Beschlussfassung der (aus § 31 Abs. 5 ASVG übernommenen) Richtlinien weiterhin dem Dachverband (der Konferenz) vorbehalten, die Vorbereitung dieser Richtlinien kann aber mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen werden. Dem Dachverband ist jedoch die Möglichkeit eingeräumt, auch die ihm zur Vorbereitung zugeordneten Richtlinien mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger zu übertragen (generelle Ermächtigung zur Delegation der ihm zugeordneten Richtlinienvorbereitung). Erkennt der Dachverband etwa, dass bestimmte, in seine Vorbereitungskompetenz fallende Richtlinien von einem Versicherungsträger (zum Beispiel im Zusammenhang mit einer verwandten Materie) effizienter vorbereitet werden können, so steht ihm jederzeit die Übertragung der Richtlinienvorbereitung auf diesen Versicherungsträger offen.

Auch im Zusammenhang mit der Koordination der Vollziehungstätigkeit der Versicherungsträger (die diesbezüglichen Agenden wurden weitgehend aus § 31 Abs. 3 ASVG übernommen) ist dem Dachverband die Beschlussfassung über die entsprechenden Vorschriften vorbehalten, während deren Vorbereitung wiederum größtenteils den Versicherungsträgern übertragen werden kann:

Bezüglich der Wahrnehmung trägerübergreifender Aufgaben ist festzuhalten, dass diese größtenteils aus § 31 Abs. 4 ASVG übernommen wurden. Auch diese Aufgaben kann der Dachverband mit Beschluss der Konferenz ganz oder teilweise auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Anzumerken ist, dass bezüglich der Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechtes (SOZDOK) in Aussicht genommen ist, diese mittelfristig mit der Rechtsinformation des Bundes (RIS) zusammenzuführen, um auf diese Weise Doppelgleisigkeiten bei der Rechtsdokumentation zu vermeiden.

Der Selbstverwaltung ist es überlassen zu entscheiden, welche Vorbereitungen und Aufgaben an welchen Versicherungsträger übertragen werden. Ausgegangen wird jedenfalls davon, dass derartige Übertragungen erfolgen. Um dies auch sicherzustellen, wird eine Ermächtigung zur Erlassung einer Übertragungsverordnung für die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz vorgesehen, wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bzw. Aufgaben bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt. Die in dieser Verordnung übertragene Vorbereitung bzw. Aufgabe gilt nur so lange, bis die Konferenz einen eigenen Übertragungsbeschluss fasst.

Eine weitere Aufgabe des Dachverbandes im Zusammenhang mit der Ausbildung der Sozialversicherungsbediensteten ist im § 718 Abs. 17 ASVG normiert. Die besondere Fach- und Führungskräfteausbildung der Sozialversicherungsbediensteten einschließlich der Abschlussprüfungen sollen ab 1. Jänner 2021 als Kolloquien in Kooperation mit bestehenden Fachhochschulen erfolgen.

Die Regelung über den Datenschutz und die künftig vom Dachverband zu erlassende Datenschutzverordnung entspricht inhaltlich der geltenden Rechtslage (derzeitige Zuständigkeit: Hauptverband, vgl. § 31 Abs. 11 und 12 ASVG).

Nicht übernommen aus § 31 ASVG wurde die Regelung des Abs. 7, wonach Beschlüsse der Verwaltungskörper der Versicherungsträger in Liegenschaftsangelegenheiten bzw. über die Erstellung von Dienstpostenplänen betreffend den höheren und leitenden Dienst der Zustimmung des Hauptverbandes bedürfen. In Liegenschaftsangelegenheiten haben nunmehr die Versicherungsträger vor Beschlussfassung in ihren Gremien selbst eine Bedarfsprüfung (nach Grundsätzen, die mit Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz festzulegen sind) durchzuführen, während die Genehmigung der einschlägigen Dienstpostenpläne künftig durch die Aufsichtsbehörde zu erfolgen hat (vgl. § 432 Abs. 4 und 5 ASVG).

Als Konsequenz aus der Übertragung von Agenden des Hauptverbandes auf die Versicherungsträger wird auch der Wechsel der mit diesen Aufgaben befassten Bediensteten des Hauptverbandes zu den künftig mit diesen Aufgaben betrauten Versicherungsträgern normiert (§ 718 Abs. 12 ASVG). Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, die derzeit beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestehenden, funktionellen Organisationseinheiten in sich nicht zu zersplittern, sondern als Ganzes bestehen zu lassen. Es wird daher ein Übergang ganzer Abteilungen normiert:

Die Dienstverhältnisse der in den in § 718 Abs. 18 ASVG aufgezählten Abteilungen beschäftigten Bediensteten gehen mit 1. Jänner 2020 auf den Dachverband über, die übrigen im Rahmen ihrer Abteilung auf die Österreichische Gesundheitskasse. Dem/Der Bediensteten bleiben die ihm/ihr aus dem bisherigen Dienstverhältnis und der auf ihn/sie anzuwendenden Dienstordnung zustehenden Rechte jedenfalls unverändert gewahrt.

Zur Struktur des Dachverbandes (§§ 441 ff ASVG):

Wie auch bei den Versicherungsträgern wird die Struktur der Verwaltungskörper des Dachverbandes geändert: Anstelle des bisherigen Verbandsvorstandes, der aus 14 Mitgliedern bestand, setzt sich das neue geschäftsführende Organ, die Konferenz der Sozialversicherungsträger, aus einer geringeren Zahl von Versicherungsvertreter/inne/n zusammen, die unmittelbar aus den verbandsangehörigen Versicherungsträgern rekrutiert werden, nämlich den Obleuten dieser Versicherungsträger und ihren Stellvertreter/inne/n. Die Konferenz besteht somit aus zehn Mitgliedern, wobei der Vorsitz jeweils für ein Jahr vom Obmann/von der Obfrau eines Sozialversicherungsträgers geführt wird (Rotationsprinzip); vertreten wird der/die Vorsitzende auch im Verwaltungsrat durch seinen/ihren Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin beim Versicherungsträger.

Der Konferenz obliegt die Geschäftsführung in allen Angelegenheiten, soweit diese nicht gesetzlich der Hauptversammlung zugewiesen sind, sowie die Vertretung des Dachverbandes nach außen. Sie fasst ihre Beschlüsse nach dem Einstimmigkeitsprinzip bei Anwesenheit von mindestens sieben Mitgliedern. Kommt auf diese Weise kein gültiger Beschluss zustande, so kann in einer weiteren Sitzung auf Antrag eines Mitglieds über denselben Gegenstand abgestimmt werden, wobei jedoch nur mehr eine Mehrheit von sieben Stimmen für die Beschlussfassung erforderlich ist. Die Beschlüsse der Konferenz sind im Internet zu veröffentlichen, soweit datenschutzrechtliche Gründe einer Veröffentlichung nicht entgegenstehen.

Die bisher von der Trägerkonferenz wahrgenommene Aufgabe der Zielsteuerung wird von der Konferenz wahrgenommen werden. Abweichend zum bisherigen § 441e ASVG hat bereits vor Beschlussfassung die Abstimmung der Ziele mit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen zu erfolgen und der/die Vorsitzende der Konferenz hat laufend über die Erarbeitung der Ziele zu berichten. Für die Österreichische Gesundheitskasse ist auch zwischen der Hauptstelle und den Landesstellen ein Zielsteuerungssystem für das Verwaltungshandeln einzurichten.

Auch der Dachverband wird einen zweiten Verwaltungskörper aufweisen, der wie bei den Versicherungsträgern als Hauptversammlung bezeichnet wird: Diese setzt sich aus sämtlichen Obleuten der Verwaltungsräte der Versicherungsträger und deren Stellvertreter/inne/n, den Vorsitzenden der Hauptversammlungen der Versicherungsträger und deren Stellvertreter/inne/n, drei Senior/inn/envertreter/inne/n sowie drei Behindertenvertreter/inne/n zusammen, umfasst also 26 Mitglieder. Den Senior/inn/en- und Behindertenvertreter/inne/n kommt beratende Stimme zu, sodass die Hauptversammlung des Dachverbandes aus 20 stimmberechtigten Mitgliedern besteht. Den Vorsitz in der Hauptversammlung führt der/die jeweilige Vorsitzende der Hauptversammlung jenes Trägers, der auch den Vorsitz in der Konferenz führt; das Gleiche gilt für seinen/ihren Stellvertreter bzw. seine/ihre Stellvertreterin.

Aufgabe der Hauptversammlung ist die Beschlussfassung des Budgets und des Jahresabschlusses samt Entlastung der Konferenz (nach Prüfung des Rechnungsabschlusses durch eine/n beedete/n Wirtschaftsprüfer/in).

Das Büro des Dachverbandes wird nach § 441e ASVG durch einen/eine an die Weisungen der Konferenz gebundene/n Generalsekretär/Generalsekretärin geleitet. Die Funktion des Generalsekretärs/der Generalsekretärin ist von der Konferenz öffentlich auszuschreiben, und zwar für eine vierjährige Funktionsperiode (Wiederbestellungen sind zulässig). Die Bestellung eines Stellvertreters/einer Stellvertreterin des Generalsekretärs kann, muss aber nicht erfolgen. Dem Büro können nach § 441c ASVG bestimmte laufende Angelegenheiten zur selbständigen Erledigung durch die Konferenz delegiert werden; jedenfalls zu delegieren sind laufende Verwaltungsgeschäfte, sofern im Einzelfall das Eineinhalbfache des für das jeweilige Jahr festgesetzten Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz nicht überschritten wird, sowie Personalangelegenheiten, die nicht die Führungsebene betreffen.

Zu Art. 1 Z 31 und 32 (§§ 51 Abs. 1 Z 2 und 53a Abs. 1 ASVG):

Entsprechend dem Arbeitsprogramm der Bundesregierung für die Jahre 2017 bis 2022 soll zur Reduktion der Lohnnebenkosten der Beitrag zur gesetzlichen Unfallversicherung ab 1. Jänner 2019 von 1,3% auf 1,2%, sohin um 0,1 Prozentpunkte, gesenkt werden.

Zu Art. 1 Z 33 (§ 53b Abs. 1 und 3 ASVG):

Da die (neue) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau – im Gegensatz zur bisherigen Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau – kein Träger der Unfallversicherung nach dem ASVG mehr ist, kommt die Zuschussregelung des § 53b ASVG nur mehr für die Dienstgeber/innen der bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt versicherten Dienstnehmer/innen zur Anwendung. Da die Dienstgeber/innen jener Dienstnehmer/innen, die bisher bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versichert waren, weiterhin Anspruch auf diese Zuschüsse haben sollen, wird im B-KUVG ein entsprechender Verweis aufgenommen. Siehe dazu auch die Erläuterungen zu § 27c B-KUVG.

Zu Art. 1 Z 34 und 70 (§§ 67a Abs. 5a und 321 Abs. 2 ASVG):

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen.

Zu Art. 1 Z 36 bis 41, Art. 2 Z 5 bis 8, 21 bis 24, Art. 3 Z 4 bis 7, 19 bis 22 und Art. 4 Z 46 und 47 (§§ 70 Abs. 1 bis 4 und 70a Abs. 1 und 3 ASVG; §§ 35a Abs. 1, 35b Abs. 1, 36 Abs. 1 und 3 sowie 127b Abs. 1 bis 4 GSVG; §§ 33a Abs. 1, 33b Abs. 1, 33c Abs. 1 und 3 sowie 118b Abs. 1 bis 4 BSVG; § 24b Abs. 1 und 3 B-KUVG):

Im zitierten Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 ist unter Punkt 1 vorgesehen, dass durch Änderungen im Zuge der Organisationsreform „auch die Probleme und die bürokratischen Hürden, die sich aus den unverständlichen und lästigen Mehrfachversicherungen ergeben, ... der Vergangenheit angehören“ sollen.

Zur Umsetzung dieses Zieles ist zum einen vorgesehen, dass bei Zusammentreffen einer Pflichtversicherung in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung nach dem ASVG und dem GSVG bzw. nach dem ASVG und/oder GSVG und dem BSVG von Amts wegen eine Differenzvorschreibung vorzunehmen ist, wenn vorhersehbar ist, dass die Beitragsgrundlagen aus diesen Pflichtversicherungen ohne eine solche Differenzvorschreibung die Summe der monatlichen Höchstbeitragsgrundlagen im betreffenden Kalenderjahr überschreiten werden. Einer Glaubhaftmachung dieser Überschreitung durch die versicherte Person bedarf es nicht mehr, vielmehr sind die entsprechenden Erhebungen von Amts wegen durchzuführen. Die Beitragsvorschreibung erfolgt in diesen Fällen (vorläufig) im Ausmaß der Differenz der monatlichen Höchstbeitragsgrundlage und der Beitragsgrundlage nach dem ASVG bzw. ASVG und/oder der (vorläufigen) Beitragsgrundlage nach dem GSVG. Bei der Differenzvorschreibung in der Krankenversicherung ist auch eine allfällige Pflichtversicherung nach dem B-KUVG zu berücksichtigen.

Zum anderen erfolgt die Beitragserstattung in der Kranken- und Pensionsversicherung künftig von Amts wegen bis zum 30. Juni des Kalenderjahres, das dem Jahr der vollständigen Zahlung der in Betracht kommenden Beiträge (für ein Kalenderjahr) folgt. Erst mit der Zahlung sämtlicher Beiträge ist nämlich die Rückerstattung bei Überschreitung der maßgeblichen Jahresbeitragsgrundlage gerechtfertigt.

Künftig wird den Versicherten der gesamte von ihnen zu tragende Beitrag (Beitragsteil, Zusatzbeitrag) in der Kranken- bzw. Pensionsversicherung, der auf den Überschreibungsbetrag entfällt, von Amts wegen erstattet, und zwar zeitnah nach der Zahlung dieser Beiträge (mit Jahresbetrachtung). Dazu ist im Gegensatz zur geltenden Rechtslage weder ein Antrag noch der Anfall der Leistung – wie derzeit in der Pensionsversicherung – nötig oder die Einhaltung einer Ausschlussfrist – von drei Jahren wie derzeit in der Krankenversicherung – vorgesehen.

Lediglich für Kalenderjahre vor dem Jahr 2019 ist auf Grund entsprechender Übergangsbestimmungen weiter nach der alten Rechtslage vorzugehen, wenn für diese Kalenderjahre die vollständige Entrichtung der Beiträge nicht erst im Jahr 2019 erfolgte; ist dies der Fall, so ist auch für diese Kalenderjahre nach dem neuen Erstattungsregime vorzugehen.

Zu Art. 1 Z 42 (§ 71 ASVG):

Die bisher nach dem ASVG bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau vollversicherten Personen unterliegen in der Kranken- und Unfallversicherung dem B-KUVG. Die Bestimmung über die Ermittlung der Beiträge in der Unfallversicherung kann daher im ASVG entfallen; im B-KUVG wird eine entsprechende Bestimmung aufgenommen. Siehe dazu auch die Erläuterungen zu § 26d B-KUVG.

Zu Art. 1 Z 43 bis 45 (§ 73 Abs. 2, 4 und 5 ASVG):

Unter Beibehaltung der bestehenden Hebesätze erfolgen sprachliche Anpassungen an die neuen Trägerbezeichnungen. Darüber hinaus erfolgt redaktionell die Entfernung eines Verweises.

Zu Art. 1 Z 46 (§ 75a ASVG samt Überschrift):

Die gegenständliche Regelung über den Aufwändersatz des Bundes für die in die Krankenversicherung einbezogenen Bezieher/innen von Leistungen der bedarfsorientierten Mindestsicherung ist an die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse anzupassen. Der vom Bund zu leistende Unterschiedsbetrag ist folglich nicht mehr im Wege des Hauptverbandes an die Gebietskrankenkassen, sondern direkt an die Österreichische Gesundheitskasse zu überweisen.

Zu Art. 1 Z 47 (§ 79c ASVG):

Die Pflicht zur alljährlichen Erstattung eines Rehabilitations- und Härtefallregelungsberichtes nach § 79c ASVG soll entfallen, zumal der Verwaltungsaufwand für die Ermittlung der einschlägigen Werte in keinem Verhältnis zu deren Aussagekraft steht.

Zu Art. 1 Z 48 und 119 (§§ 82 Abs. 1 und 445 ASVG):

Es erfolgt eine Anpassung im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen.

Zu Art. 1 Z 49 (§ 84 Abs. 6 ASVG):

Für den von der Österreichischen Gesundheitskasse einzurichtenden Unterstützungsfonds sind zur Sicherstellung eines einheitlichen Leistungsniveaus innerhalb des Trägers vom Verwaltungsrat bundesweit einheitliche Richtlinien für Unterstützungen in besonders berücksichtigungswürdigen Fällen zu erlassen.

Zu Art. 1 Z 50 (§ 84a Abs. 3 ASVG):

Den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern obliegt die Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerungs-Gesundheit, insbesondere auch durch die Entsendung von Vertretern/Vertreterinnen in die Gesundheitsplattform sowie in die Landes-Zielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds. Das Recht der jeweiligen Gebietskrankenkasse, vier Vertreter/Vertreterinnen in diese Gremien zu entsenden, soll künftig in der Weise ausgeübt werden, dass ein Vertreter/eine Vertreterin durch die Österreichische Gesundheitskasse, die weiteren drei Personen jedoch durch die örtlich zuständige Landesstelle der Österreichischen Gesundheitskasse entsendet werden. Jedenfalls ist der/die Vorsitzende des jeweiligen Landesstellenausschusses zu entsenden.

Zu Art. 1 Z 53 (§ 129 ASVG):

§ 129 ASVG stellt Regelungen über die Leistungsanspruchnahme außerhalb des Sprengels des zuständigen Krankenversicherungsträgers (der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse) auf. Aufgrund der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen in eine bundesweit zuständige Österreichische Gesundheitskasse kann diese Bestimmung entfallen.

Zu Art. 1 Z 54 und 145 (§ 131 Abs. 1 ASVG und § 718 Abs. 4 ASVG):

Die Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung erfolgt nach geltender Rechtslage im Ausmaß von 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner/Vertragspartnerinnen des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre. Die Kostenerstattung an die Versicherten der verschiedenen Gebietskrankenkassen erfolgt aufgrund der unterschiedlichen Gesamtverträge samt Honorarordnungen somit in unterschiedlichem Ausmaß.

Auch nach Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse bleibt aufgrund der Möglichkeit zum Abschluss neun differenzierter gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen eine unterschiedliche Honorierung der ärztlichen Vertragspartner/Vertragspartnerinnen aufrecht. Um auch im Bereich der Erstattung von Kosten der Krankenbehandlung nach § 131 Abs. 1 ASVG an die Versicherten eine Vereinheitlichung mittels bundesweit einheitlicher Kostenerstattung zu erzielen, soll künftig abweichend von der bisherigen Regelung bei ärztlicher Hilfe in der Satzung die Höhe der Kostenerstattung unter Bedachtnahme auf die in den Honorarordnungen festgelegten Grundvergütungen und Zuschläge festzusetzen sein.

Zu Art. 1 Z 55, 64, 69 und 70 (§§ 132a Abs. 6, Überschrift zum Fünften Teil, Überschrift zum 4. Unterabschnitt des Fünften Teiles sowie 321 Abs. 2 ASVG):

Es erfolgt eine sprachliche Anpassung im Zusammenhang mit der Umbenennung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in Dachverband der Sozialversicherungsträger. Im § 132a Abs. 6 erfolgt darüber hinaus eine Korrektur des Verweises sowie eine Anpassung der Ministeriumsbezeichnungen.

Zu Art. 1 Z 56, 121 und 122 (§§ 132b Abs. 4, 446a, 447 Abs. 1 und 1a ASVG):

Es erfolgt eine Anpassung der Ministeriumsbezeichnungen.

Zu Art. 1 Z 57 und 58 (§§ 144 Abs. 1 und 149 Abs. 1 ASVG):

Die Gewährung der Pflege in Krankenanstalten nach den Bestimmungen der §§ 144 Abs. 1 und 149 Abs. 1 ASVG ist außerhalb des Sprengels des Versicherungsträgers (somit außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse) nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Da die Österreichische Gesundheitskasse bundesweit und nicht lediglich innerhalb eines bestimmten Sprengels zuständig ist, soll in den beiden Regelungen forthin auf den Wohnsitz der erkrankten Person abgestellt werden.

Zu Art 1 Z 59 (§ 149 Abs. 3a ASVG):

Durch die Neuregelung der Finanzierung der Prikräf-Krankenanstalten werden für diesen Bereich ab dem Jahr 2019 die zur Verfügung stehenden Mittel um 14,7 Millionen Euro erhöht. Dies bedeutet, dass der endgültig für das Jahr 2019 festgestellte valorisierte Betrag erhöht wird und die Valorisierung für die folgenden Jahre auf Basis des erhöhten Betrages erfolgt. Mit dieser Erhöhung der Mittel des PRIKRAF soll auch eine Erweiterung der Mitglieder um die Privatklinik Währing verbunden sein.

Zu Z 65 bis 67 und 145 (§ 319a Abs. 1, 2 und 6 ASVG und § 718 Abs. 6 ASVG):

Die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen den Trägern der Kranken- und Unfallversicherung werden grundsätzlich durch die Bestimmungen der §§ 315 bis 319 ASVG geregelt. § 319a ASVG (Besonderer Pauschbetrag) sieht jedoch vor, dass die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen den Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen ausgenommen, sowie der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zu der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt durch einen jährlichen Pauschbetrag abgegolten werden. Der besagte Pauschbetrag wurde wiederholt als nicht die tatsächlichen Aufwendungen abbildend kritisiert und soll daher nur noch bis zum Ablauf des Jahres 2022 geleistet werden. Durch die Aufhebung der bisherigen Regelung über den Pauschbetrag sind in weiterer Folge die Ersatzansprüche nach den Bestimmungen der §§ 315 bis 319 ASVG grundsätzlich auf Einzelabrechnungsbasis zu berechnen. Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 soll die Valorisierung entfallen und der Pauschbetrag mit einem Fixbetrag festgelegt werden. Durch die Zusammenführung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter mit 1. Jänner 2020 ist der im § 319a Abs. 6 ASVG vorgesehene Pauschbetrag von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau letztmalig für das Jahr 2019 an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt zu überweisen.

Im § 319a Abs. 1 ASVG erfolgt für den Zeitraum bis 31. Dezember 2022 (somit bis zu seiner Aufhebung) eine sprachliche Anpassung im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse und der Auflösung der Betriebskrankenkassen.

Zu Art. 1 Z 71 bis 87 und 145 (Überschrift zum Sechsten Teil, Überschrift zu Abschnitt II des Sechsten Teils, §§ 341 Abs. 1, 342 Abs. 1, 342 Abs. 1 Z 3, 6, Abs. 2b und 2c, 342a Abs. 4, 342b Abs. 4, 342c Abs. 3, 7 und 12, 342d Abs. 2, 343 Abs. 1 und 1a, 718 Abs. 6 und 7 ASVG):

In Beibehaltung des bestehenden grundsätzlichen Rahmenwerks im Vertragspartnerbereich sind Anpassungen an die mit 1. Jänner 2020 erfolgende Zusammenführung der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse vorzunehmen. Die zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den freiberuflich tätigen Ärztinnen/Ärzten sowie den Gruppenpraxen abzuschließenden Gesamtverträge sollen künftig nicht mehr durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die jeweiligen Träger der Krankenversicherung, sondern im Sinne einer Vereinheitlichung von Verhandlungs- und Abschlusskompetenz durch diese selbst abgeschlossen werden.

Hinzuweisen ist darauf, dass die Gesamtverträge aufgrund der bundesweiten Struktur der verbleibenden Krankenversicherungsträger mit der Österreichischen Ärztekammer und bundeseinheitlich abzuschließen sind. In den Fällen, in denen auch bisher bereits der Hauptverband einen Gesamtvertrag für alle Träger abgeschlossen hat, wie dies zB im Bereich der Kieferorthopädie, der Durchführung der Jugendlichen- sowie der Vorsorgeuntersuchungen sowie der sonstigen Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit der Fall ist, soll diese Abschlusskompetenz (des künftigen Dachverbandes) zwecks Bundeseinheitlichkeit der Regelungen auch weiterhin erhalten bleiben. Da es zweckmäßig sein kann, auch für sonstige ärztliche Bereiche außerhalb dieser ausdrücklich normierten Abschlusskompetenz des Dachverbandes bundeseinheitliche Regelungen vorzusehen, soll es durch Beschluss der Konferenz des Dachverbandes möglich sein, dass ein für alle Träger der Krankenversicherung verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

Um auch weiterhin regionale Besonderheiten in der Versorgung nach der Zusammenführung zur Österreichischen Gesundheitskasse bestmöglich berücksichtigen zu können, soll durch § 342 Abs. 2b ASVG eine Ermächtigung geschaffen werden, wonach die Beziehungen der Österreichischen Gesundheitskasse auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen geregelt

werden können, welche gegebenenfalls zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb des für die Honorierung vorgegebenen Rahmens des § 342 Abs. 2 und 2a ASVG abzuschließen sind. Die neu zu schaffenden Kündigungsbestimmungen (§ 342 Abs. 2c ASVG) orientieren sich an jenen im Bereich der bereits bei Primärversorgungseinheiten bestehenden Regelungen zu den gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen, wonach die Kündigung einer solchen je Bundesland nur durch die Österreichische Gesundheitskasse und die jeweilige Landesärztekammer erfolgen kann. Der Bestand des bundeseinheitlichen Gesamtvertrages bleibt jedoch davon unberührt, dieser ist allerdings folglich für die Vertragspartner/innen in diesem Bundesland nicht anwendbar.

Um Kontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, wird gesetzlich angeordnet, dass die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen mit der Österreichischen Ärztekammer oder den örtlich zuständigen Ärztekammern sowie die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Verträge dieser Versicherungsträger mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die Österreichische Gesundheitskasse weitergelten. Die gesetzlichen Kündigungs- und Erlöschensstatbestände (so zB auch der Erlöschensstatbestand des Erreichens der jeweiligen Altersgrenze nach § 342c Abs. 4 Z 7 bzw. § 343 Abs. 2 Z 7 ASVG) mit Ausnahme der §§ 342c Abs. 4 Z 1 und 2 sowie 343 Abs. 2 Z 1 und 2 ASVG (Auflösung des Trägers der Krankenversicherung bzw. Einschränkung in der örtlichen und sachlichen Zuständigkeit des Trägers) bleiben von diesem Rechtsübergang unberührt.

Im Übrigen erfolgen in den entsprechenden Bestimmungen sprachliche Anpassungen an die neue Trägerstruktur.

Zu Art. 1 Z 72 (§ 339 Abs. 1 ASVG):

Die gegenständliche Anordnung dient der redaktionellen Richtigstellung eines Verweises.

Zu Art. 1 Z 89 bis 92 und 94 bis 97 (§§ 343d Abs. 2 Z 2, 346 Abs. 5, 347 Abs. 2, 4, 6 sowie 348 Abs. 1, 2 und 4 ASVG):

Die Bestimmungen im vertragspartnerrechtlichen Schiedsverfahren sind sprachlich an die neuen Bezeichnungen der Träger und des bisherigen Hauptverbandes anzupassen.

Da die Abschlusskompetenz für Gesamtverträge ab Inkrafttreten der neuen Rechtslage je nach Teilbereich sowohl bei den einzelnen Trägern als auch beim Dachverband liegen wird, sind auch die Regelungen im Bereich der Festsetzung eines aufgekündigten Gesamtvertrages zu adaptieren. Weiters soll durch die Aufnahme des Verweises auf § 342 Abs. 2b ASVG in den ersten Satz des § 348 Abs. 1 ASVG auch klargestellt werden, dass im Fall einer Kündigung einer gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung das Regime der Festsetzung eines aufgekündigten Vertragswerkes durch die Bundesschiedskommission zur Anwendung gelangt.

Zu Art. 1 Z 93 (§ 347 Abs. 5 ASVG):

Die Bestimmung über eine bis dato nicht erlassene Richtlinie des Hauptverbandes nach § 347 Abs. 5 ASVG soll mangels Praxisrelevanz ersatzlos entfallen.

Zu Art. 1 Z 98 bis 100 (Überschriften zu Abschnitt III und IV des Sechsten Teiles sowie § 349 Abs. 2 ASVG):

Es erfolgen sprachliche Anpassungen im Bereich der Apotheker/innen sowie der anderen Vertragspartner.

Zu Art. 1 Z 101 und 131 (Überschrift zu § 351d ASVG sowie § 413 samt Überschrift):

Die Regelungen dienen der sprachlichen Anpassung im Zuge der Umbenennung des Hauptverbandes in Dachverband.

Zu Art. 1 Z 102 (§ 351g ASVG):

Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission kommt im Verfahren zur Aufnahme einer Arzneispezialität oder einer diesbezüglichen Änderung in den Erstattungskodex die wichtige Aufgabe zu, wissenschaftlich fundierte Empfehlungen auszusprechen. Durch die Miteinbeziehung der Zulassungsbehörde „Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen-BASG“ können wichtige Synergien genutzt und die Qualität der Entscheidung verbessert werden (zB bezüglich der Erfahrung der Zulassungsbehörde in HTA-Verfahren). Von einem/einer Vertreter/in der Patientenanwaltschaften könnte durch ihren Input ebenfalls ein Mehrwert für die Qualität der Empfehlung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission erwartet werden.

Zu Art. 1 Z 103 (§ 354 Z 1 ASVG):

Es erfolgt die Richtigstellung eines Verweises.

Zu Art. 1 Z 104 und 105 (§ 360 Abs. 5 ASVG):

Es erfolgen sprachliche Anpassungen im Zuge der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse.

Zu Art. 1 Z 106 bis 112 (§ 412a, 412a Z 2 lit. a, 412b Abs. 1, 2, 412c Abs. 1 bis 4 sowie 412d Z 1 und 2 ASVG):

Durch die Zusammenführung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern sind sprachliche Anpassungen in den betreffenden Bestimmungen vorzunehmen.

Zu Art. 1 Z 114 bis 117 (§§ 418 bis 441e ASVG):

Wie schon nach geltendem Recht werden als Verwaltungsstellen der Versicherungsträger im § 418 ASVG die jeweilige Hauptstelle, die Landesstellen und die (fakultativ einzurichtenden) Außenstellen festgeschrieben. Die Aufgaben der Landesstellenausschüsse sind nunmehr im § 434 ASVG geregelt.

In den §§ 420 ff. ASVG ist folgende Neuordnung der Selbstverwaltungskörper vorgesehen:

Anstelle der bisherigen Selbstverwaltungsgremien „Vorstand“, „Kontrollversammlung“ und „Generalversammlung“ liegt künftig der Schwerpunkt der Tätigkeit der Selbstverwaltung bei einem einzigen Organ, nämlich dem Verwaltungsrat. Dieser setzt sich sowohl bei der Österreichischen Gesundheitskasse als auch bei der Pensionsversicherungsanstalt und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt aus 12 Versicherungsvertreter/innen zusammen, die je zur Hälfte aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen stammen (Grundsatz der Parität).

Wie bisher werden die Gremien der Selbstverwaltung nach § 420 ASVG aus Vertreter/innen der bei den einzelnen Trägern pflichtversicherten Dienstnehmer/innen und ihren Dienstgeber/innen gebildet (Versicherungsvertreter/innen). Kommen für einen Träger mehrere (gesetzliche) berufliche Vertretungen als entsendeberechtigte Stellen seitens der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen in Betracht, so wird nach § 421 ASVG die Entsendeberechtigung wie bisher auf die einzelnen Stellen aufgeteilt, nämlich unter Heranziehung des sogenannten d'Hondtschen Systems (Bildung einer Wahlzahl entsprechend dem jeweils zuzuordnenden Versichertenstand zu einem bestimmten Zeitpunkt). Für die Entsendung innerhalb einer entsendeberechtigten Stelle sind unverändert die jeweiligen Kammerwahlen bzw. die Wahlen zum satzunggebenden Organ maßgeblich. Auch die Modalitäten der Entsendung bleiben unverändert (Aufforderung zur Entsendung durch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Frist für die Bekanntgabe der als Versicherungsvertreter/innen zu entsenden Personen, bei nicht fristgerechter Entsendung Bestellung der Versicherungsvertreter/innen durch die Aufsichtsbehörde).

Bei der Entsendung der Versicherungsvertreter/innen in die Landesstellenausschüsse sind die jeweiligen Wahlergebnisse auf Landesebene zu berücksichtigen.

Weiterhin können nur Personen als Versicherungsvertreter/innen entsendet werden, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Sie dürfen nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sein und müssen zum Zeitpunkt ihrer Entsendung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben und eine Nahebeziehung zu dem Versicherungsträger (als Versicherte oder Dienstgeber/innen solcher Versicherter) aufweisen, sofern sie nicht Bevollmächtigte der Dienstgeber/innen, Bedienstete einer Gebietskörperschaft oder Funktionäre/Funktionärinnen bzw. Bedienstete einer (öffentlich-rechtlichen) beruflichen Vertretung sind (§ 420 Abs. 1 bis 3 ASVG).

Bestimmte Personen sind ausdrücklich vom Amt des Versicherungsvertreter/der Versicherungsvertreterin ausgeschlossen (vgl. § 420 Abs. 6 ASVG):

So sind weiterhin Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Dachverbandes ebenso von der Entsendung ausgeschlossen wie Personen, die in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen mit einem Versicherungsträger oder dem Dachverband stehen (berufliche Inkompatibilität); wie bisher sind auch Personen in einem laufenden Insolvenzverfahren ausgeschlossen.

Neu hinzu kommt (als Z 1 des § 420 Abs. 6 ASVG), dass – wie schon bisher für Versicherungsvertreter/innen beim Hauptverband – auch Personen ausgeschlossen sind, die ein politisches Mandat auf Bundes- oder Landesebene ausüben (das sind Mitglieder der Bundesregierung oder einer Landesregierung, Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Nationalrates, des Bundesrates oder eines Landtages); damit soll eine Vermengung der als Versicherungsvertreter/in zu verfolgenden Interessen mit jenen aus einem politischen Amt hintangehalten werden.

Neben diesen persönlichen bzw. wirtschaftlichen Inkompatibilitäten ist nunmehr die Entsendung als Versicherungsvertreter/in auch an einen besonderen Nachweis der Befähigung zu diesem Amt gebunden (§ 420 Abs. 6 Z 5 sowie Abs. 7 und 8 ASVG):

Im Rahmen einer speziellen Schulung (Grundausbildung) haben Personen, die als Versicherungsvertreter/innen entsandt werden sollen, grundlegende Kenntnisse für die Ausübung dieser Tätigkeit zu erwerben und nachzuweisen. Es wird eine Kommission aus Vertreter/inne/n des Sozial- und Finanzressorts eingerichtet, die im Wege eines „Fit-und-Proper-Tests“ zu prüfen haben wird, ob die angehenden Versicherungsvertreter/innen über die in den entsprechenden, vom Dachverband abgehaltenen, Informationsveranstaltungen erworbenen Kenntnisse verfügen (Nachweis der fachlichen Eignung für das angestrebte Amt).

Wie nach geltendem Recht erhalten nur die Obleute und Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse bzw. ihre Stellvertreter/innen (zu denen bei Rotation – siehe unten – auch der/die gerade nicht den Vorsitz führende Obmann/Obfrau bzw. Landestellen-Vorsitzende zählt) eine besondere Vergütung des Zeit- und Arbeitsaufwandes (bislang als „Funktionsgebühr“ bezeichnet); unverändert ist deren Höhe durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz festzusetzen, und zwar unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches und der Versichertenstärke des jeweiligen Versicherungsträgers sowie nach Anhörung des Dachverbandes; dabei darf die Grenze nach dem Bezügebegrenzungs-BVG (40% der Bezüge eines Nationalratsmitglieds) nicht überschritten werden (§ 420 Abs. 5 ASVG).

Für alle anderen Versicherungsvertreter/innen ist – wie nach geltendem Recht – nur der Ersatz- der Reise und Aufenthaltskosten (entsprechend den Richtlinien des Dachverbandes) sowie Sitzungsgeld (in Höhe laut Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) vorgesehen.

Nicht mehr vorgesehen ist hingegen die Bestellung von Stellvertreter/inne/n der Versicherungsvertreter/innen, die in der Vergangenheit zu einer exorbitanten Erhöhung der zu entsendenden Personen geführt hat. Vielmehr wird nunmehr in § 420 Abs. 4 ASVG vorgeschlagen, dass sich Versicherungsvertreter/innen – die grundsätzlich bei der Beschlussfassung nur eine Stimme führen – im Fall ihrer Verhinderung durch schriftliche Betrauung von einem anderen Mitglied des betreffenden Gremiums vertreten lassen können; der/die Betraute kann dann (höchstens) zwei Stimmen führen. Für das Anwesenheitsquorum wird die Stimmübertragung nicht angerechnet, auch kann die Vorsitzführung nicht übertragen werden (hier ist durch eigene Stellvertreter/innen – bei Rotation: durch den/die gerade nicht Vorsitzführende/n – vorgesorgt).

Auch die Regelungen über die Ablehnung des Amtes bzw. das Recht zur Amtsausübung, die Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter/innen, ihre Enthebung und die Amtsdauer der Gremien (fünf Jahre) bleiben inhaltlich unverändert (vgl. die §§ 422 bis 425 ASVG).

Dem Verwaltungsrat obliegt nach § 432 ASVG die gesamte Geschäftsführung, soweit einzelne Angelegenheiten nicht durch Gesetz einem anderen Gremium zugewiesen sind, sowie die Vertretung des Versicherungsträgers.

Neben der Delegation einzelner Aufgaben an den Obmann/die Obfrau kann der Verwaltungsrat bestimmte laufende Angelegenheiten dem Büro übertragen. Diese Delegationen sind im Anhang zur Geschäftsordnung festzuschreiben.

Nach der demonstrativen Aufzählung des § 432 Abs. 1 ASVG sind dem Büro jedenfalls laufende Verwaltungsgeschäfte mit einem Volumen von weniger als dem Eineinhalbfachen des Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz (das sind nach der Kundmachung BGBl. II Nr. 411/2017 im Jahr 2018 331 500 €), Personalangelegenheiten, die nicht den (bereichs)leitenden und höheren Dienst betreffen, weiters Leistungsangelegenheiten (nach Richtlinien des Verwaltungsrates) sowie die Vertretung des Trägers nach außen in den genannten Angelegenheiten zu übertragen. Das Büro hat dem Verwaltungsrat mindestens halbjährlich im Nachhinein über die laufenden Verwaltungsgeschäfte zu berichten; dies ist auch in der Geschäftsordnung vorzusehen.

Grundsätzlich fasst der Verwaltungsrat seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. In bestimmten Angelegenheiten ist künftig nach § 432 Abs. 3 ASVG eine Zweidrittelmehrheit für die Beschlussfassung im Verwaltungsrat erforderlich.

Neben dem Verwaltungsrat wird als weiteres Organ eine Hauptversammlung eingerichtet (vgl. § 426 Abs. 2 ASVG), die aus den Mitgliedern des Verwaltungsrates, zwölf weiteren Versicherungsvertreter/inne/n, den Vorsitzenden der Landestellenausschüsse und ihren Stellvertreter/inne/n und je drei Vertreter/inne/n der Senior/inn/en und der Behinderten zusammensetzen. Dieser Selbstverwaltungskörper hat die Aufgabe, das Budget und den Jahresabschluss zu beschließen

sowie die Entlastung des Verwaltungsrates vorzunehmen. Mit der Prüfung des Rechnungsabschlusses, der einen Teil des Jahresabschlusses bildet, hat die Hauptversammlung einen beeideten Wirtschaftsprüfer/eine beeideten Wirtschaftsprüferin zu beauftragen (vgl. § 433 Abs. 2 ASVG). Die Hauptversammlung muss mindestens zweimal im Jahr zusammentreten.

Schließlich sind auf Landesebene wie bisher Landesstellenausschüsse vorgesehen, und zwar bei der Österreichischen Gesundheitskasse und der Pensionsversicherungsanstalt in jedem Bundesland, während bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt – wie schon bisher – für die Länder Wien, Niederösterreich und Burgenland, für Oberösterreich, für Salzburg, Tirol und Vorarlberg sowie für Steiermark und Kärnten jeweils eine (gemeinsame) Landesstelle mit einem Landesstellenausschuss vorgesehen sind (§ 418 Abs. 3 ASVG).

Diesen Landesstellenausschüssen sind für die einzelnen Träger spezifische Aufgaben übertragen (vgl. § 434 Abs. 2 bis 4 ASVG): Während bei der Österreichischen Gesundheitskasse und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eine Reihe von Aufgaben, die den Gesundheits- bzw. den Vertragspartner/innen/bereich betreffen, diesen Ausschüssen übertragen sind, erfüllen die Landesstellen der Pensionsversicherungsanstalt Aufgaben in den Bereichen Unterstützungsfonds und Widerspruchsausschuss nach § 367a Abs. 3 ASVG.

Anmerkung: Es ist geplant, das Widerspruchssystem nach § 367a Abs. 3 ASVG bis zum Jahr 2020 auf allgemeine Leistungsangelegenheiten auszubauen.

Die Landesstellenausschüsse der Österreichischen Gesundheitskasse wirken bezüglich der Zielsteuerung-Gesundheit namens der Österreichischen Gesundheitskasse mit.

Die Landesstellenausschüsse bestehen bei der Pensionsversicherungsanstalt und bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt aus jeweils 6 Versicherungsvertreter/inne/n und bei der Österreichischen Gesundheitskasse aus 10 Versicherungsvertreter/inne/n, die sich je zur Hälfte aus Vertreter/inne/n aus der Gruppe der Dienstnehmer/innen und der Dienstgeber/innen zusammensetzen. Sie sind nach dem gleichen Schema zu entsenden wie die Versicherungsvertreter/innen des Verwaltungsrates.

Als besondere Ableitung aus der paritätischen Besetzung der Gremien erfolgt die Vorsitzführung in den Gremien der Österreichischen Gesundheitskasse und der Pensionsversicherungsanstalt nach dem „Rotationsprinzip“ (vgl. § 430 Abs. 2, 3a und 4 ASVG):

Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt wird der Obmann/die Obfrau hingegen wie bisher für die Dauer der Amtsperiode gewählt (§ 430 Abs. 3 ASVG). Das Gleiche gilt für die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. Der Obmann/die Obfrau muss – wie bisher – der Kurie der Dienstgeber/innen angehören.

Zu Art. 1 Z 120 (§ 446 Abs. 3 ASVG):

Es erfolgt eine Anpassung im Zusammenhang mit der Auflösung der Betriebskrankenkassen sowie der Ministeriumsbezeichnungen.

Zu Art. 1 Z 123 und 124 (§§ 447a und 447b ASVG):

Die Bestimmungen über den bisherigen Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen können mit Zusammenführung der Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse mit 1. Jänner 2020 als gegenstandslos entfallen.

An dessen Stelle soll ein Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse eingerichtet werden, der der Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten dienen soll. Die Mittel werden aus Beitragseinnahmen und der pauschalen GSBG-Beihilfe aufgebracht.

Zu Art. 1 Z 125 bis 128 (§§ 447f Abs. 3 Z 4, Abs. 6a und 18 sowie 447h ASVG samt Überschrift):

Die nach § 447a Abs. 10 ASVG in der geltenden Fassung bisher im Wege des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen zu 2/3 an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447f ASVG) sowie zu 1/3 an den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung (§ 447h ASVG) geflossenen Mittel des Bundesministeriums für Finanzen sollen künftig direkt an die beiden Fonds überwiesen werden.

Weiters soll vorgesehen werden, dass die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre jene Beträge und Aufteilungsschlüssel der §§ 149 und 447f ASVG festsetzt, wie sie in Folge der Strukturreform der Sozialversicherungsträger und der daraus sich ergebenden (Neu-)zuordnung von Versichertengruppen durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. xx/2018 zu berechnen sind.

Zu Art. 1 Z 129 (§§ 448 bis 452a ASVG):

Im einschlägigen Ministerratsvortrag wird ausgeführt, dass im Zuge der Organisationsreform das Aufsichtsrecht des Bundes nachhaltig gestärkt werden soll, wobei ausdrücklich festgehalten wird, dass an den Prinzipien der Selbstverwaltung im Sinne der Art. 120a ff. B-VG nicht gerüttelt, sondern diese im Sinne der verfassungsrechtlichen Bestimmungen weiterentwickelt werden sollen (partizipative Selbstverwaltung).

Abgesehen von formalen Anpassungen, die zum einen durch den Wegfall der Notwendigkeit der Aufteilung der Aufsichtssachen zwischen Sozial- und Gesundheitsressort bedingt sind (samt der nunmehr nicht mehr notwendigen Herstellung des Einvernehmens in zuständigkeitsüberschneidenden Fragen) und zum anderen auf Grund der Bezeichnungsänderung „Dachverband“ statt „Hauptverband“ enthalten die §§ 448 ff. ASVG über die Aufsicht des Bundes folgende Neuerungen zur Stärkung des Aufsichtsrechtes:

1. Die Aufsicht des Finanzressorts zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes soll sich künftig auf sämtliche Versicherungsträger (also auch auf die Österreichische Gesundheitskasse und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) beziehen; dies erscheint schon deshalb als gerechtfertigt, da die Gebarung der Krankenversicherungsträger unmittelbare Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich hat, der zu einem nicht unbeträchtlichen Teil auch durch Bundesmittel finanziert wird. Darüber hinaus beteiligt sich der Bund direkt durch Übernahme eines fiktiven Dienstgeberanteils zu den Beiträgen in der Krankenversicherung der Pensionist/inn/en an der Finanzierung der Krankenversicherung. Ebenso sind in der Unfallversicherung Zahlungsströme des Bundes zu verzeichnen.

2. Zur Klarstellung vieler Zweifelsfälle in der Vergangenheit, wie weit die Zweckmäßigkeitprüfung der Aufsichtsbehörde gehen darf (sie soll sich zum Schutz der Selbstverwaltung laut Judikatur auf wichtige Fragen beschränken), soll nunmehr normiert werden, dass die Aufsichtsbehörde und das Finanzressort jedenfalls in gesetzlich demonstrativ aufgezählten wichtigen Fragen die Prüfung der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit vornehmen können. Bei Verstoß gegen diese Gebote in wichtigen Fragen sind daher die Vertreter/innen der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts befugt, in den Sitzungen der Gremien Einspruch gegen die entsprechenden Beschlüsse (mit Sistierung des Vollzugs und nachfolgender Entscheidung durch die Aufsichtsbehörde) zu erheben (§ 448 Abs. 4 ASVG).

Bei den erwähnten wichtigen Fragen handelt es sich um die Einhaltung der vom Dachverband im Sinne der Zielsteuerung nach § 441f ASVG abgestimmten Ziele, weiters um Maßnahmen, die Auswirkungen auf eine nachhaltig ausgeglichene Gebarung des jeweiligen Versicherträgers (bzw. des Dachverbandes) haben, sowie Beschlüsse, die finanzielle Auswirkungen im Ausmaß von 10 Millionen Euro innerhalb eines oder mehrerer Kalenderjahre übersteigen. Auch Angelegenheiten, die nach § 432 Abs. 3 ASVG vom Verwaltungsrat nur mit Zweidrittelmehrheit beschlossen werden können, zählen zu den wichtigen Fragen.

3. Auf Verlangen des Vertreters/der Vertreterin der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts können einzelne Tagesordnungspunkte zweimal von der Tagesordnung abgesetzt werden (§ 449 Abs. 4 letzter Satz ASVG); dies ist vor allem deshalb nötig, weil sich in der Vergangenheit gezeigt hat, dass einzelne hochkomplizierte Gegenstände ohne ausreichende Vorbereitungszeit zur Beurteilung durch die Vertreter/innen der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts – mitunter noch mit mangelhaften Unterlagen – auf die Tagesordnung der Sitzungen gesetzt wurden; dem soll diese Absetzungsmöglichkeit auf Initiative der erwähnten Vertreter/innen des Bundes vorgebeugt werden.

4. Die Bedarfsprüfung in Bauangelegenheiten (geregelt bei den Beschlusserfordernissen des Verwaltungsrates) soll künftig bereits vom Versicherungsträger selbst durchgeführt werden, sodass die Aufsichtsbehörde (wie bisher) bei Erteilung der Zustimmung in bestimmten Fällen bereits vom Vorliegen des geprüften Bedarfs ausgehen kann (Wegfall der Zwischenschaltung des Hauptverbandes/Dachverbandes, dem bislang die Bedarfsprüfung oblag). Zu prüfen ist der Bedarf nach Grundsätzen, die von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Verordnung festzulegen sind (vgl. § 432 Abs. 4 ASVG).

5. Neu ist das Erfordernis der Zustimmung der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts zu Dienstpostenplänen, soweit sie sich auf Dienstposten der Führungsebene beziehen (ebenfalls bei den Beschlusserfordernissen des Verwaltungsrates geregelt). Da die Personalkosten ein besonders sensibler Bereich für die kostenbewusste Verwaltung sind, sollen die Dienstpostenpläne für das führende Personal jedenfalls von der Aufsichtsbehörde und dem Finanzressort geprüft werden können (vgl. § 432 Abs. 5 ASVG).

Darüber hinaus sind in § 448 ASVG Anpassungen der Aufwandsentschädigungen für die Vertreter/innen der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts vorgesehen, zumal die Bemessung von der Funktionsgebühr

des/der Vorsitzenden der jeweiligen Kontrollversammlung (durch Entfall dieses Gremiums) nicht mehr möglich ist; die derzeitige Höhe dieser Aufwandsentschädigungen bleibt unverändert.

Zu Art. 1 Z 136 (§ 456a ASVG):

Nach geltendem Recht hat der Hauptverband für die Generalversammlung, den Vorstand und die Kontrollversammlung der Versicherungsträger gesonderte Mustergeschäftsordnungen aufzustellen und Bestimmungen daraus für verbindlich zu erklären, wenn dies zur Wahrung der Einheitlichkeit der Durchführung sozialversicherungsrechtlicher Bestimmungen notwendig erscheint. Die Mustergeschäftsordnungen bedürfen der ministeriellen Genehmigung.

Um die sofortige Handlungsfähigkeit der im Zuge der Organisationsreform neu zu errichtenden Verwaltungskörper sicherzustellen, sollen in Abweichung von den bisherigen Regelungen Mustergeschäftsordnungen für die neuen Gremien durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (also durch die Aufsichtsbehörde) erlassen werden.

Die neuen Mustergeschäftsordnungen, die bis längstens 1. April 2019 zu erlassen sind, sollen für die neuen Gremien, also den Verwaltungsrat und die Hauptversammlung, so lange als Geschäftsordnungen gelten, bis diese „eigene“ Geschäftsordnungen erlassen haben. Diese unterliegen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde hat die Genehmigung zu erteilen, wenn die neu erlassenen Geschäftsordnungen mit den Grundsätzen der Mustergeschäftsordnung übereinstimmen.

Zu Art. 1 Z 140 (1. und 2. Unterabschnitt des Abschnittes II des Neunten Teiles des ASVG):

Die unkündbaren Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen und die ihnen gleichgestellten Personen waren schon bisher nach den gesetzlichen Vorschriften über die Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert. Nunmehr wurden sie ins B-KUVG transferiert, weshalb die Sonderbestimmungen entfallen können.

Zu Art. 1 Z 141 (§ 479 Abs. 2 Z 4 ASVG):

In dieser Bestimmung sind Anpassungen der Aufwandsentschädigungen für die Vertreter/innen der Aufsichtsbehörde und des Finanzressorts vorgesehen.

Zu Art. 1 Z 142 (Abschnitt IIa des Neunten Teiles des ASVG):

Durch die Übertragung der bislang in den §§ 479a bis 479e ASVG geregelten Bediensteten der Wiener Linien in das B-KUVG kann der betreffende Abschnitt IIa entfallen.

Zu Art. 1 Z 143 (§§ 538t bis 538z ASVG):

Allgemeines:

Die Versicherungsvertreter in die (neuen) Verwaltungskörper der Sozialversicherungsträger sind mit 31. März 2019 nach den Bestimmungen idF des SV-OG zu entsenden. Die Zusammensetzung der Verwaltungskörper richtet sich bereits nach der neuen Rechtslage. Die Entsendung für die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse wird mit 1. Jänner 2020 wirksam.

Um bei jenen Trägern der Krankenversicherung, die mit 1. Jänner 2020 zu einem neuen Träger zusammengeführt werden sollen, eine möglichst gute Vorbereitung dieser Zusammenführung zu gewährleisten und die Funktionsfähigkeit ab dem genannten Zeitpunkt sicherzustellen, wird in diesen Fällen die Entsendung in den Verwaltungsrat bereits mit 1. April 2019 wirksam. Für den Zeitraum zwischen 1. April 2019 und 31. Dezember 2019 übt der Verwaltungsrat die Funktion eines „Überleitungsausschusses“ mit den im Gesetz definierten Aufgaben aus (§ 538w).

Für den Dachverband wird nach den oben dargestellten Grundsätzen zwischen 15. April 2019 und 31. Dezember 2019 eine Überleitungskonferenz den Übergang vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Dachverband der Sozialversicherungsträger begleiten.

Für jene Träger, die nicht von einer Fusion betroffen sind (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt - AUVA und Pensionsversicherungsanstalt - PVA) werden ebenso mit 1. April 2019 die neuen Verwaltungskörper gebildet. Auch hier wird die Entsendung in die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse mit 1. Jänner 2020 wirksam, die Entsendung in den Verwaltungsrat hingegen ebenfalls bereits mit 1. April 2019. Auch bei der AUVA und der PVA, die an sich nicht von einer Fusion betroffen sind, soll der Verwaltungsrat im Zeitraum April 2019 bis Jänner 2020 die Umsetzung der Sozialversicherungsreform sicherstellen. Durch die Bildung des Verwaltungsrates mit 1. April 2019 soll gewährleistet werden, dass bereits in der Umsetzungsphase jene Personen federführend tätig sind, die dies auch in den folgenden fünf Jahren sein werden.

Zu § 538t:

§ 538t Abs. 1 legt fest, dass die neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) fusioniert werden. Aus neun Krankenversicherungsträgern wird somit einer. Um die Funktionsfähigkeit der ÖGK mit 1. Jänner 2020 sicherzustellen, wird mit der Zusammenführung bereits mit 1. April 2019 begonnen.

Mit Abs. 2 wird eine Gesamtrechtsnachfolge der ÖGK für alle neun Gebietskrankenkassen normiert. Sämtliche Rechte und Verbindlichkeiten gehen damit ex lege auf die ÖGK über, ohne dass es einer weiteren Anordnung oder eines weiteren Aktes bedarf. Hervorzuheben ist, dass in den am 31. Dezember 2019 (bei Gerichten) anhängigen Verfahren mit 1. Jänner 2020 die ÖGK an die Stelle der Gebietskrankenkassen tritt. Die von den Sozialversicherungsträgern gemäß § 444 zu erstellenden Dokumente sind für die neun Gebietskrankenkassen für das Jahr 2019 dann von der ÖGK zu erstellen.

Zu § 538u:

Gemäß § 538u Abs. 1 (und § 538v Abs. 1) sind die Mitglieder der neuen Verwaltungskörper schon mit 1. April 2019 zu entsenden, wobei die Entsendung für die Mitglieder der Hauptversammlung und der Landesstellenausschüsse erst mit 1. Jänner 2020 wirksam wird. Die für die Entsendung maßgeblichen Bestimmungen sind bereits in der Fassung der SV-Reform (BGBl. I Nr. xx/2018) anzuwenden. Entsendung und Zusammensetzung der Verwaltungskörper richten sich also nach der neuen Rechtslage, einschließlich aller Unvereinbarkeitsbestimmungen. Gedanke hinter dem Entsendungsdatum ist, dass die Entsendung in alle Verwaltungskörper gleichzeitig erfolgt, um auch deren personelle Zusammensetzung schon für die Phase der Fusion zu kennen.

Abs. 2: Die Mitglieder des Überleitungsausschusses (§ 538v) bilden ab 1. Jänner 2020 automatisch den Verwaltungsrat. Eine neue Entsendung findet nicht statt. Ebenso wenig wird der Obmann/die Obfrau (der/die Stellvertreterin) mit 1. Jänner 2020 neu gewählt. Diese Funktion geht ex lege auf den/die Vorsitzende/n des Überleitungsausschusses (seine/ihre Stellvertreterin) über. Es wird somit bereits im April 2019 festgelegt, wer die Mitglieder des Verwaltungsrates sein werden und wer der/die Obmann/Obfrau (der/die Stellvertreterin) sein wird. Gleichzeitig wird in § 538v Abs. 3 festgelegt, dass der/die Vorsitzende des Überleitungsausschusses der Gruppe der Dienstgeber/innen anzugehören hat und der/die Stellvertreter/in der Gruppe der Dienstnehmer/innen. Somit wird auch festgelegt, dass zu Beginn der Funktionsperiode mit 1. Jänner 2020 der/die Vorsitzende des Verwaltungsrates der ÖGK aus der Gruppe der Dienstgeber/innen kommt. Die im § 430 vorgesehene Rotation des Vorsitzes findet somit erstmalig mit 1. Juli 2020 statt, um in der Phase der Umsetzung der Strukturreform Kontinuität zu gewährleisten.

Abs. 3: Die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse sind vom Verwaltungsrat nach dessen erstem Zusammentreten, also nach dem 1. Jänner 2020 erstmals einzuberufen.

Abs. 4: Wenngleich die Entsendung in die Verwaltungskörper schon mit 1. April 2019 erfolgt und für die Mitglieder des Verwaltungsrates (Überleitungsausschusses) schon mit diesem Zeitpunkt wirksam wird, ist für den Beginn der fünfjährigen Amtsdauer gemäß § 425 ASVG der 1. Jänner 2020 maßgeblich, das heißt die Entsendung erfolgt in Summe ausnahmsweise für einen Zeitraum, der länger als fünf Jahre ist.

Zu § 538v:

Für die Phase der Fusion der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse wird zwischen 1. April 2019 und 31. Dezember 2019 ein Überleitungsausschuss errichtet, dem spezifische Aufgaben zukommen (§ 538w). Die Zusammensetzung des Überleitungsausschusses richtet sich nach den für den Verwaltungsrat geltenden Bestimmungen, also nach der neuen Rechtslage. Abgesehen von der gesetzlich ab 1. Jänner 2020 vorgesehenen Mitgliedschaft im Verwaltungsrat und der Hauptversammlung bzw. in den Landesstellenausschüssen und der Hauptversammlung dürfen die Mitglieder des Überleitungsausschusses keinem anderen Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers angehören. Sie dürfen also neben dem Überleitungsausschuss keinem Verwaltungskörper „ihres“ Versicherungsträgers nach alter Rechtslage angehören (§ 538v Abs. 1 zweiter Satz), sie dürfen aber auch keinem Verwaltungskörper eines anderen Versicherungsträgers (des Hauptverbandes) – weder nach alter Rechtslage noch Überleitungsausschuss – angehören (dies ergibt sich bereits aus der Entsendung nach den §§ 420 ff. idF BGBl. I Nr. xx/2018, weil § 421 Abs. 4 Z 2 idF BGBl. I Nr. xx/2018 die Entsendung in die Verwaltungskörper mehrerer Versicherungsträger ausschließt).

Da es sich beim Überleitungsausschuss um einen Verwaltungskörper handelt, unterliegt auch seine Tätigkeit der Aufsicht des Bundes, wobei die maßgeblichen Bestimmungen bereits nach der neuen Rechtslage anzuwenden sind.

§ 538v Abs. 1 vorletzter Satz schließlich trifft Vorsorge für den Fall, dass im Überleitungsausschuss über einen Beschluss keine Einigung erzielt werden kann, also eine einfache Mehrheit nicht zustande kam. In

diesen Fällen kann – ausnahmsweise – die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als Aufsichtsbehörde eine Entscheidung treffen. Voraussetzung dafür ist, dass die Gefährdung wichtiger Interessen der ÖGK im Raum steht. Die Interessen der ÖGK wird demnach auch die Bundesministerin bei ihrer Entscheidung im Blick haben müssen. Anders als in anderen Fällen der Entscheidung durch die Aufsichtsbehörde liegt hier gerade kein Beschluss der Selbstverwaltung vor, den die Aufsichtsbehörde bestätigen/ablehnen könnte. Die Entscheidung der Bundesministerin tritt daher zwar an die Stelle der Entscheidung der Selbstverwaltung, hat sich aber im Rahmen dessen zu halten, was Gegenstand des Beschlusses der Selbstverwaltung gewesen wäre. Entsprechend der Neuorganisation der Aufsicht über die Sozialversicherungsträger wird sichergestellt, dass – sofern finanzielle Interessen des Bundes berührt werden – auch das Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen herzustellen ist. Die Entscheidung der Bundesministerin erfolgt mit Bescheid.

Zu Abs. 2: Da es für die Versicherungsvertreter/innen nach der neuen Rechtslage keine Stellvertreter/innen mehr gibt, haben auch die Mitglieder des Überleitungsausschusses keine Stellvertreter/innen. Eine Vertretung erfolgt mittels Übertragung des Stimmrechtes gemäß § 420 Abs. 4 idF BGBl. I Nr. xx/2018.

Abs. 3 regelt die Funktionsweise des Überleitungsausschusses. Er hat sich jedenfalls so zu konstituieren, dass er mit 1. April 2019 seine Aufgaben (§ 538w) übernehmen kann. Für die in der konstituierenden Sitzung vorzunehmende Wahl des/der Vorsitzenden ist der Vorsitz durch das an Lebensjahren älteste Mitglied zu führen. Nach erfolgter Wahl geht der Vorsitz auf den/die gewählte/n Vorsitzende/n über.

Die Beschlussfähigkeit des Ausschusses bedarf der Anwesenheit der Hälfte der Mitglieder. Das Zustimmungsquorum ist mit einfacher Mehrheit festgelegt. Für bestimmte Beschlüsse, für die nach der ab 1. Jänner 2020 geltenden Rechtslage eine qualifizierte Mehrheit im Verwaltungsrat erforderlich ist, ist für die Beschlussfassung im Überleitungsausschuss jedoch auch dieses erhöhte Zustimmungsquorum zu erfüllen.

Auch für den Überleitungsausschuss ist Basis seiner Geschäftsordnung die von der BMASGK zu erlassende Mustergeschäftsordnung.

Gemäß Abs. 4 hat die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen für den Zeitraum von 1. April 2019 bis 1. Juli 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. Er/sie kann sich zur Erfüllung seiner Aufgaben der Büroinfrastruktur des Hauptverbandes bedienen und ist daher vom leitenden Angestellten des Hauptverbandes und den leitenden Angestellten der Gebietskrankenkassen zu unterstützen. Die Tätigkeit des/der kommissarischen Leiters/Leiterin endet mit der Bestellung des/der leitenden Angestellten der ÖGK.

Abs. 5 legt fest, dass der Aufwand für den Überleitungsausschuss unter den neun Gebietskrankenkassen aufzuteilen ist. Maßgeblich für den Aufteilungsschlüssel ist das Verhältnis der Anspruchsberechtigten mit Stichtag 1. Jänner 2018, womit eine gerechte Verteilung der finanziellen Belastung erreicht werden soll. Ebenso sollen durch Beschlüsse des Überleitungsausschusses bereits vor 1. Jänner 2020 entstehende Aufwendungen anteilmäßig von den Gebietskrankenkassen getragen werden. Die Führung der entsprechenden Rechenkreise wird in die Zuständigkeit des Hauptverbandes übertragen.

Zu § 538w:

Um zu gewährleisten, dass die Gebietskrankenkassen in den letzten Monaten ihres Bestehens keine der Fusion zuwiderlaufenden Beschlüsse fassen, sind wichtige Angelegenheiten vom Überleitungsausschuss alleine zu beschließen. Mit der Übertragung der in § 538w Abs. 1 und 2 erster Satz genannten Aufgaben an den Überleitungsausschuss geht auch die Aufhebung der korrespondierenden Bestimmungen des § 716 ASVG idF BGBl. I Nr. 59/2018 einher. Erfasst davon sind etwa wichtige Personalentscheidungen. Gemäß Abs. 2 kann der Überleitungsausschuss alle nicht in Abs. 1 aufgezählten Angelegenheiten, die nach geltendem Recht der Zustimmung durch die Kontrollversammlung bedürfen, an sich ziehen, um den Beschluss alleine zu fassen. Dies hat allerdings bereits vor der Beschlussfassung durch den Vorstand einer Gebietskrankenkasse zu erfolgen.

Angelegenheiten, die in die Zuständigkeit des Vorstandes (seiner Ausschüsse) fallen, kann der Überleitungsausschuss an sich ziehen, wenn sie sich auf die Fusion der Versicherungsträger auswirken.

Zu Abs. 3a: Diese Bestimmung stellt klar, dass der Überleitungsausschuss insbesondere all jene Handlungen vornehmen kann und soll, die der Zusammenführung der Gebietskrankenkassen dienlich sind.

Zu Abs. 4: Diese Bestimmung verpflichtet den Überleitungsausschuss dazu, die wichtigsten Personalentscheidungen für die ÖGK bereits im Vorhinein zu treffen. Die Bestellung des/der leitenden

Angestellten (der drei Stellvertreter/innen) wird bereits mit 1. Juli 2019 wirksam, damit er/sie ab diesem Zeitpunkt die Organisation der Bürogeschäfte des Überleitungsausschusses übernehmen kann. An der Dauer der Funktionsperiode des/der leitenden Angestellten (der Stellvertreter/innen) bzw. des/der leitenden Arztes/Ärztin von fünf Jahren ändert sich – anders als bei den Verwaltungskörpern – durch diese Bestimmung nichts, sodass eine neue Bestellung spätestens mit 1. Juli 2024 bzw. 1. Jänner 2025 vorzunehmen ist. Eine neuerliche Bestellung des/der leitenden Angestellten (Stellvertreter/innen) mit 1. Jänner 2020 ist nicht erforderlich.

Abs. 4 stellt außerdem klar, dass mit dem Ende der Überleitungsphase die Zuständigkeiten hinsichtlich des Personals auf den jeweils dafür zuständigen Verwaltungskörper übergehen.

Die Abs. 5 und 6 verpflichten die Gebietskrankenkassen, den Überleitungsausschuss bei seiner Tätigkeit zu unterstützen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Mitglieder des Überleitungsausschusses, vergleichbar den Vertretern der Aufsicht, an sämtlichen Sitzungen der Verwaltungskörper der Versicherungsträger, wie auch ihrer Ausschüsse, teilzunehmen und sich darüber zu informieren. Um zu gewährleisten, dass die Mitglieder des Überleitungsausschusses dieses Recht auch wahrnehmen können, sind ihnen die Einladungen und Sitzungsunterlagen so zur Verfügung zu stellen, dass sie sich rechtzeitig über den Inhalt einer Sitzung informieren können und der Überleitungsausschuss seine Rechte (zB § 538w Abs. 2 erster Satz) auch (rechtzeitig) wahrnehmen kann.

Zu §§ 538x und 538y:

Auch für die AUVA und die PVA ist bereits mit Wirksamkeit zum 1. April 2019 der Verwaltungsrat zu bestellen. Wengleich in diesen Fällen keine Überleitung durchzuführen ist, soll doch für den neuen Verwaltungskörper die Möglichkeit bestehen, Beschlüsse, die Auswirkungen auf die Zeit nach 1. Jänner 2020 haben, zu beeinflussen. Es werden daher dem Verwaltungsrat der AUVA und der PVA für den Zeitraum von 1. April 2019 und 31. Dezember 2019 sinngemäß für den jeweiligen Träger die Aufgaben nach § 538w (Überleitungsausschuss ÖGK) übertragen.

Im Übrigen ist auf die Ausführungen zu § 538u zu verweisen.

Für die PVA wird in § 538y Abs. 4 festgelegt, dass der Vorsitzende des Verwaltungsrates der Gruppe der Dienstnehmer/innen anzugehören hat und der/die Stellvertreter/in der Gruppe der Dienstgeber/innen. Die nach § 430 vorgesehene Rotation des Vorsitizes findet erstmalig mit 1. Juli 2020 statt, um in der Phase der Umsetzung der Strukturreform Kontinuität zu gewährleisten.

Zu § 538z:

Analog zum Übergangsregime für die Sozialversicherungsträger wird auch für den Dachverband ein Überleitungsgremium normiert. Die Überleitungskonferenz wird nach den Bestimmungen über die Konferenz des Dachverbandes (§ 441a idF BGBl. I Nr. xx/2018) gebildet. Mitglieder der Überleitungskonferenz sind daher die Vorsitzenden der Überleitungsausschüsse bzw. der Verwaltungsräte (AUVA und PVA) sowie ihre Stellvertreter/innen. Mit 1. Jänner 2020 werden die Mitglieder der Überleitungskonferenz die Mitglieder der Konferenz. Da gemäß § 441a Abs. 4 für die Konferenz eine Rotation des Vorsitizes nach jeweils einem Kalenderjahr festgelegt ist, wird in Abs. 5 festgelegt, dass den Vorsitz in der Überleitungskonferenz der/die Vorsitzende des Überleitungsausschusses der ÖGK führt. Diese/r führt dann nach dem 1. Jänner 2020 den Vorsitz in der Konferenz.

Nach Abs. 7 hat die Überleitungskonferenz die Aufgabe, eine/n Generalsekretär/in mit Wirkung ab 1. Juli 2019 zu bestellen, einen Voranschlag für das Jahr 2020 zu erstellen und die Überstellung der Mitarbeiter/innen des Hauptverbandes vorzubereiten.

Zu Abs. 8 und 9: Bis zur Bestellung des/der Generalsekretärs/-sekretärin des Dachverbandes obliegt die Organisation der Bürogeschäfte der Überleitungskonferenz einem/einer von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestellenden kommissarischen Leiter/in. Der Hauptverband wird verpflichtet, die Überleitungskonferenz bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen (siehe auch die Ausführungen zu § 538w Abs. 5 und 6).

Zu Art. 1 Z 145 (§ 718 Abs. 12 ASVG):

Im Rahmen der Organisationsreform der Sozialversicherung wird auch eine Neuaufteilung der Aufgaben des bisherigen Hauptverbandes vorgenommen. Der Dachverband ist der Rechtsnachfolger des Hauptverbandes.

Die vorgeschlagenen Bestimmungen sollen sicherstellen, dass in rechtlich zulässiger Weise – entsprechend der Neuverteilung der Aufgaben des Hauptverbandes – die bisher mit diesen Aufgaben befassten Bediensteten des Hauptverbandes den nunmehr neu mit diesen Agenden befassten Einrichtungen der Sozialversicherung zugeteilt werden können; die mit den Aufgaben befassten

Bediensteten sollen der Neuverteilung der Aufgaben des Hauptverbandes auf andere Einrichtungen „folgen“.

Rechtlich wesentlich für die Frage von Veränderungen in der Inhaberstruktur von Unternehmen (Übertragung von Unternehmen, Betrieben oder Betriebsteilen) sind zunächst die Betriebsübergangs-Richtlinie (BÜ-RL) der EU und in Umsetzung dieser Bestimmungen die Regelungen über den Betriebsübergang in den §§ 3 ff des Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetzes (AVRAG).

Grundsätzlich unterliegen die Dienstverhältnisse im Bereich der Sozialversicherung dem Arbeitsrecht, sodass sich die Frage nach der Anwendung der Regelungen zum Betriebsübergang stellt.

Wesentlich für die Beantwortung dieser Frage ist Art. 1 Abs. 1 lit. c der BÜ-RL. Danach sind vom Anwendungsbereich der Richtlinie „Übertragungen von Aufgaben im Zuge der Umstrukturierung von Verwaltungsbehörden oder Übertragungen von Verwaltungsaufgaben von einer Behörde auf eine andere“ ausgenommen. Diese Ausnahme gilt selbstverständlich auch für die Betriebsübergangsregelungen im AVRAG.

Der Hauptverband ist hoheitlich als „Verwaltungsbehörde“ tätig, daher ist die Übertragung der ihm zugeordneten Verwaltungsaufgaben auf eine neue Verwaltungseinrichtung kein Fall des Betriebsüberganges nach dem AVRAG (vgl. dazu die Entscheidungen EuGH C-298/94 und differenzierter OGH 9 Ob A 153/98k); es kommt daher nicht zu einer automatischen Überleitung der Arbeitsverhältnisse, wie sie Folge eines Betriebsüberganges nach dem AVRAG wäre.

Zur Überleitung der Arbeitsverhältnisse vom Hauptverband auf den Dachverband bedarf es daher einer gesetzlichen Sonderregelung. Die Regelungskompetenz findet hinsichtlich der dienstrechtlichen Position der vom „Übergang“ betroffenen Bediensteten demgemäß ihre Grenzen im Verfassungsrecht, insbesondere in den Rechten auf Unverletzlichkeit des Eigentums oder der Erwerbsfreiheit. In diesem Zusammenhang ist auf vergleichbare Regelungen bei Ausgliederungen aus dem öffentlichen Dienst hinzuweisen, die regelmäßig eine Wahrung der Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsvertrag normieren.

Wesentlich für den Inhalt des Dienstvertrages sind die für die Bediensteten geltenden Regelungen der Dienstordnungen, die rechtlich als Kollektivverträge zu qualifizieren sind.

Für die Frage der Kollektivvertragsfähigkeit (Erlassung der Dienstordnungen) bzw. deren Übergang vom Hauptverband auf den Dachverband sind die einschlägigen Regelungen des Arbeitsverfassungsgesetzes zu beachten.

In Anlehnung an vergleichbare Regelungen bei Ausgliederungen (zB § 64 des Arbeitsmarktservicegesetzes oder § 13 des Gesundheits- und Ernährungssicherheitsgesetzes) wird die Übertragungsregelung zu den Dienstverhältnissen in Entsprechung zur Neuverteilung der Aufgaben des Hauptverbandes so gestaltet, dass

- im Gesetz auf generell-abstrakter Ebene der Übergang der Dienstverhältnisse der Bediensteten des Hauptverbandes entsprechend der gesetzlich angeordneten Übertragung von Verwaltungsaufgaben geregelt wird (gesetzlich angeordneter Dienstgeberwechsel);
- dabei ist die Wahrung der Ansprüche der Bediensteten zu garantieren;
- im Gesetz wird weiters eine Grundlage für eine „Dienstgebererklärung“ geschaffen, mit der vom bisherigen Dienstgeber die konkrete Zuweisung des einzelnen Bediensteten zum jeweiligen Arbeitsplatz erfolgt. Dies bietet die Möglichkeit, Bedienstete ihrem jeweiligen Aufgabenbereich entsprechend der neuen Aufgabenverteilung punktgenau zuzuweisen.

Weiters wird sichergestellt, dass die bisher dem Hauptverband zukommende Kollektivvertragsfähigkeit so auf den Dachverband übergeht, dass der Übergang nicht den Wegfall der Dienstordnungen zur Folge hat.

Zu Z 146 (§§ 719 und 720 ASVG):

Durch zwei „General-Anpassungsbestimmungen“ sollen globaliter legislative Anpassungen in den anderen (betroffenen) Bundesgesetzen erfolgen:

Einerseits sollen die neuen Vorschriften bezüglich der sachlichen Zuständigkeit der (neuen) Versicherungsträger und des Dachverbandes auf alle Bundesgesetze „durchwirken“, andererseits sollen in allen Bundesgesetzen die neuen Bezeichnungen der Versicherungsträger und des Hauptverbandes an die Stelle der alten Bezeichnungen treten.

Damit erübrigen sich (gegenwärtig) die einschlägigen formellen Novellierungen der betroffenen Bestimmungen im gesamten Bundesrecht.

Zu Art. 2 Z 1, 2, 4, 9, 10, 13 bis 20, 25 bis 30, 33 bis 36 und Art. 3 Z 1, 3, 8, 10, 13, 14 bis 18, 23, 25 bis 28 (§§ 3 Abs. 1 Z 3 und 4, 5 Abs. 4, 27c Abs. 4, 36 Abs. 4, 41 Abs. 3, 86 Abs. 6 lit. b und c, 89 Abs. 1, 92 Abs. 5 und 6, 99a Abs. 7, 100 Abs. 4, 102d, 104a Abs. 6, 166 Abs. 3, 169 Abs. 2 Z 1, 171a Abs. 3 und 4, 189a, 189d, 228 Abs. 1 und 2, 229a Abs. 3 sowie 229g Abs. 3 GSVG; §§ 4 Z 3 und 4, 24b Abs. 4, 33c Abs. 4, 40 Abs. 3, 82 Abs. 1, 86 Abs. 5 und 6, 96a Abs. 7, 99b, 100 Abs. 4, 149l Abs. 2, 158 Abs. 3, 161 Abs. 2 Z 1 sowie 163a Abs. 3 und 4 BSVG):

Die gegenständlichen Anordnungen sind redaktioneller Natur und dienen der sprachlichen Anpassung im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern zur Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau zur Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Des Weiteren erfolgen sprachliche Anpassungen aufgrund der Umbenennung des Hauptverbandes in Dachverband.

Zu Art. 2 Z 3, 6, 11, 12, 31, 32, 37 und Art. 3 Z 2, 11, 12, 29 und 30 (Abschnitt III des Ersten Teiles samt Überschrift, §§ 43 und 44 samt Überschriften, Abschnitt VI des Ersten Teiles samt Überschrift, Abschnitt IV des Dritten Teiles samt Überschrift, Abschnitte I bis VI, VIII und IX des Vierten Teiles samt Überschriften sowie 250 GSVG samt Überschrift; Abschnitt III des Ersten Teiles samt Überschrift, §§ 41 und 42 BSVG samt Überschriften, Abschnitt VI des Ersten Teiles samt Überschrift, Abschnitt IV des Dritten Teiles samt Überschrift, Abschnitte I bis VI, VIII und IX des Vierten Teiles samt Überschriften):

Die bisher im GSVG bzw. im BSVG geregelten Abschnitte und Bestimmungen werden in das neu zu erlassende Bundesgesetz über die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVSG) überführt und können daher in den beiden Gesetzen ersatzlos entfallen.

Zu Art. 4 Z 2 und 10 (§§ 1 Abs. 1 Z 6 und 2 Abs. 1 Z 4 B-KUVG):

Erweiterung des Kreises der bislang dem Unfallversicherungsschutz nach dem B-KUVG unterstehenden Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter auf die Versicherungsvertreter in den Verwaltungskörpern der neuen Versicherungsanstalt sowie Entfall der Beiratsmitglieder.

Zu Art. 4 Z 3 bis 5, 7, 15 bis 20, 35, 36, 57 bis 59, 70 bis 72, 74 und 76 (§§ 1 Abs. 1 Z 25 bis 38, Abs. 2 Z 1 und Z 5 sowie Abs. 6; 5 Abs. 1 Z 1, 3, 8 und 9; 6 Abs. 1 Z 1, 2, 7 und 8, 19 Abs. 1 Z 2 und 7, Überschrift zu Abschnitt VI des Ersten Teiles, 30a samt Überschrift, 30b, 84 Abs. 4 und 5, 85a, 86 sowie der 3. Unterabschnitt im Abschnitt III des Zweiten Teiles und 127a B-KUVG):

Entsprechend der politischen Vorgaben werden die bislang bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau versicherten Personen in das B-KUVG übertragen.

Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau war bislang zuständig für

1. a) die Durchführung der Krankenversicherung für Bergarbeiter/innen, Privatbahnbedienstete, Bedienstete der Seilbahnen, Eisenbahnbedienstete, VAEB-Bedienstete sowie für die Pensionist/inn/en (= sogenannte Abteilung „A“);
- b) die Durchführung der Krankenversicherung nach dem B-KUVG für Beamt/inn/e/n der ÖBB (= „Pragmatisierte“), diesen gleichgestellte Personen (zB Bedienstete der VAEB) sowie für Ruhegenussbezieher/innen (= sogenannte Abteilung „B“);
2. die Durchführung der Unfallversicherung nach dem ASVG für Eisenbahnbedienstete (Privatbahnbedienstete, Bedienstete der Seilbahnen, ÖBB-Bedienstete, VAEB-Bedienstete); Die Bergarbeiter waren bislang bei der AUVA unfallversichert.
3. a) die Durchführung der Pensionsversicherung für in der Krankenversicherung der VAEB zugehörige Versicherte, die sich in keinem pensionsversicherungsfreien Dienstverhältnis befinden und
- b) die Durchführung der knappschaftlichen Pensionsversicherung. Die Bediensteten der Wiener Linien waren bislang
 1. in der Krankenversicherung versichert:
 - a) bei der KFA: die rechtskundigen Beamt/inn/e/n, Techniker/innen, Verwaltungs- und Kanzleibeamt/inn/e/n, Arzt/inn/e/n;
 - b) bei der BKK: alle sonstigen Beamt/inn/en, Vertragsbedienstete und Kollektivvertragsbediensteten;
 2. in der Unfallversicherung versichert bei der VAEB;
 3. in der Pensionsversicherung versichert

- a) bei der VAEB: § 29 Z 2 lit. a ASVG;
 b) Beamt/inn/e/n: Pensionsvorsorge der Stadt Wien.

Nunmehr erfolgt die Übertragung dieser bislang im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung vom ASVG erfassten Personenkreise in das B-KUVG. Die bisher im ASVG normierten Zuständigkeiten der VAEB im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung wurden im ASVG aufgehoben (§§ 23 bis 29 ASVG).

Für den Bereich der Pensionsversicherung, die nach wie vor im ASVG verbleibt, wird eine Teilversicherung in der Pensionsversicherung geschaffen (§ 7 Z 4 lit. d sowie lit. f bis o ASVG) und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau als Träger der Pensionsversicherung nach dem ASVG verankert (§ 25 ASVG).

Die nachstehende Tabelle schlüsselt die neue Verortung der aus dem ASVG übertragenen Versichertengruppen im B-KUVG auf:

§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. a ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 25 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. b ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 26 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. c ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 27 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. d ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 28 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. e ASVG	gehen auf in 1 Abs. 1 Z 5 (für die unkündbaren Beschäftigten) sowie Z 22 (für alle anderen Beschäftigten)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. f ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 29 B-KUVG
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. g ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 30 B-KUVG
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. h ASVG	Für Präsenzdiener ist im B-KUVG kein eigener Versicherungstatbestand erforderlich, da die Versicherung hier im Gegensatz zum ASVG nicht mit Ende des Entgeltsanspruches, sondern mit Ende des Beschäftigungsverhältnisses endet. Damit fließen zwar keine Beiträge, das Versicherungsverhältnis bleibt jedoch aufrecht. Angehörige der Präsenzdiener sind nach dem ASVG versichert.
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. i ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 31 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. j ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 32 B-KUVG (KV und UV)
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. k ASVG	Treffen eigener Regelungen für

	Sonderunterstützungsbezieher/innen im Bereich der im SUG enthaltenen Regelungen über die Krankenversicherung für Sonderunterstützungsbezieher/innen
§ 26 Abs. 1 Z 4 lit. I ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 33 B-KUVG (KV und UV)
§ 474 Abs. 1 Z 1 erster bis dritter Teilstrich ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 34 lit a bis c B-KUVG (KV und UV für lit. a und b)
§ 474 Abs. 1 Z 2 ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 35 B-KUVG (KV und UV)
§ 474 Abs. 1 Z 3 ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 36 B-KUVG
§ 26 Abs. 1 Z 3 ASVG	§ 1 Abs. 1 Z 37 B-KUVG; die bislang im § 479a Abs. 1 Z 1 ASVG Genannten unterliegen der KV in der KFA Wien (KV und UV)
Die bislang im § 4 Abs. 1 Z 2 ASVG mit erfassten, bei der VAEB versicherten Lehrlinge sowie die ebenfalls bislang vom § 4 Abs. 1 Z 2 ASVG erfassten Lehrlinge im öffentlichen Dienst	§ 1 Abs. 1 Z 38 B-KUVG
Die bislang im § 4 Abs. 4 mit erfassten und bislang bei der VAEB versicherten freien Dienstnehmer/innen sowie die im öffentlichen Dienst beschäftigten freien Dienstnehmer/innen	§ 1 Abs. 6 B-KUVG

Entsprechend der politischen Vorgabe, dass derzeit im Bereich des Leistungsrechts keine Änderungen vorgenommen werden und daher von einer unmittelbaren Vereinheitlichung des Leistungsrechts Abstand genommen wird, werden

- im Abschnitt VI des Ersten Teiles Sonderbestimmungen hinsichtlich des Versicherungs-, Melde- und Beitragsrechts der neu übernommenen Versichertenkreise (exklusive der ehemaligen Abteilung „B“ der vormaligen VAEB) getroffen und Bestimmungen des ASVG (zB Regelungen betreffend Einzahlungsfrist, Beitragsabfuhr, Eintreibung der Beiträge, Insolvenz, Sicherung der Beiträge) für anwendbar erklärt;
- im 3. Unterabschnitt des Abschnittes II des Zweiten Teiles Sonderbestimmungen über das Leistungsrecht der neu aufgenommenen Versicherten getroffen und Bestimmungen des ASVG für anwendbar erklärt.

Da für den Bereich der ehemaligen Abteilung „B“ der vormaligen VAEB nach Ende der Entgeltfortzahlung durch den Dienstgeber/die Dienstgeberin auch Anspruch auf Krankengeld nach den §§ 138 ff ASVG sowie auf Wochengeld nach den §§ 162 ff besteht, waren diesen Ansprüche mit ins B-KUVG zu übernehmen (§ 84 Abs. 4 B-KUVG). Ebenso waren die Ansprüche der unkündbaren Bediensteten der vormaligen VAEB nach § 472 Abs. 1 Z 4 ASVG auf Kranken-, Wochen- und

Rehabilitationsgeld nach § 143a ff zu übernehmen. Die bislang im § 472 Abs. 5 ASVG enthaltene Aufwandsregelung (Ersatz des durch die Versicherungsanstalt geleisteten Krankengeldes durch die Dienstgeber für die ehemals im § 472 Abs. 1 verorteten Versicherten) wird ebenfalls in das B-KUVG mit übernommen (§ 85a B-KUVG).

Für den neuen Versichertenkreis soll nach wie vor das Leistungsrecht in der Unfallversicherung nach dem ASVG zum Tragen kommen (§ 86 sowie der 3. Unterabschnitt im Abschnitt III des Zweiten Teiles).

Die Bestimmungen über den Präventionsbeirat (§ 476 ASVG) sowie über die Erhöhung der Renten bei Entfall des Schadenersatzanspruches gegen ein Eisenbahnunternehmen (§ 477 ASVG) werden ebenfalls in das B-KUVG mit aufgenommen (§§ 117a und 117b).

Da im B-KUVG kein Dienstgeberhaftungsprivileg vorgesehen ist, wird hinsichtlich der neu aufgenommenen Versicherten auf die entsprechenden Bestimmungen im ASVG verwiesen. Damit ist sichergestellt, dass der Dienstgeber/die Dienstgeberin diesen Versicherten nur dann für einen diesen entstandenen Schaden haftet, wenn er/sie den Unfall bzw. die Berufskrankheit vorsätzlich verursacht hat. Vom Haftungsausschluss umfasst sind auch gesetzliche oder bevollmächtigte Vertreter/innen des Dienstgebers/der Dienstgeberin sowie Aufseher/innen im Betrieb.

Zu Art. 4 Z 6 (§ 1 Abs. 4a B-KUVG):

Erweiterung der Bestimmung über den Wohnsitz im Inland durch Übernahme der vormals im § 472 Abs. 2 Z 1 ASVG normierten Regelung.

Zu Art. 4 Z 8 (§ 2 Abs. 1 Z 1 B-KUVG):

Durch die Übernahme der vormals im Abschnitt II des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes verankerten Sonderbestimmungen über die Kranken- und Unfallversicherung für die bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau Versicherten sowie die Auflösung der Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe und Aufteilung ihres Versichertenkreises auf die neue Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sowie die KFA Wien kann die bisherige § 2 Abs. 1 Z 1 B-KUVG entfallen.

Zu Art. 4 Z 11 und 12 (§ 2 Abs. 1 Z 5 und Abs. 3 B-KUVG):

Der Kreis der aus der Krankenversicherung ausgenommenen geringfügig Beschäftigten nach § 2 Abs. 1 Z 5 B-KUVG wird entsprechend erweitert und um eine Ausnahme für Kurzarbeit ergänzt.

Zu Art. 4 Z 13 (§ 3 Z 1 B-KUVG):

Die nunmehr aufzuhebende Bestimmung kann auf Anregung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter aufgrund fehlender praktischer Anwendungsfälle entfallen. Die Bestimmung bezieht sich auf öffentlich-rechtliche Bedienstete, die auf ihren Ruhegenuss verzichtet haben; von der Bestimmung waren früher Universitätsprofessor/inn/en, die auch Beamt/inn/e/n waren, erfasst.

Zu Art. 4 Z 14 (§ 3 Z 3 B-KUVG):

Erweiterung des aufgezählten Personenkreises um den neu ins B-KUVG aufgenommenen Personenkreis und Streichung der bisher vorgesehenen Pflichtversicherung in der Kranken- und Unfallversicherung für Pensionist/inn/en bei der Ausübung bestimmter Mandatarstätigkeiten.

Zu Art. 4 Z 22 (§ 7a Abs. 2 Z 1 B-KUVG):

Auch dem neuen Versichertenkreis soll die Möglichkeit zur Selbstversicherung bei geringfügiger Beschäftigung offen stehen.

Zu Art. 4 Z 23, 34 und 44 (§§ 7b, 17 Abs. 4 und 22c B-KUVG):

Analog zur Weiterversicherung nach dem GSVG (§ 8 GSVG) bzw. dem BSVG (§ 8 BSVG) soll aus der Pflichtversicherung nach dem B-KUVG ausgeschiedenen Personen die Möglichkeit zum Abschluss einer Weiterversicherung in der Krankenversicherung eröffnet werden. Der Beitrag zur Weiterversicherung in der Krankenversicherung orientiert sich am vom/von der Versicherten während der aufrechten Pflichtversicherung zu entrichtenden Beitragssatz.

Zu Art. 4 Z 28 und 29 (§§ 11 und 12 Abs. 4 B-KUVG):

Die Meldebestimmung ist dem § 33 ASVG nachgebildet. Die in zwei Schritten erfolgende Anmeldung vor Arbeitsantritt (siehe § 33 Abs. 1a ASVG) ist nur auf den neu in das B-KUVG übernommenen Versichertenkreis anzuwenden, für den bisher im B-KUVG verankerten Versichertenkreis ist diese Form der Anmeldung nicht erforderlich. Auch hinsichtlich der Meldung von Änderungen durch den/die Dienstgeber/in werden die Bestimmungen des ASVG für den neuen Versichertenkreis (§ 34 ASVG) übernommen.

Zu Art. 4 Z 30 bis 33 (§§ 13 Abs. 1 Z 2a, 4 und 6 sowie 14 Abs. 1 B-KUVG):

Die getroffenen Regelungen nehmen Anpassungen des Dienstgeberbegriffes nach dem B-KUVG an den neu aufgenommenen Versichertenkreis bzw. eine Adaptierung der für die Dienstgeber/innen bestehenden Meldeverpflichtungen vor.

Zu Art. 4 Z 37 und 45 (§§ 19 Abs. 6 und 23 Abs. 1 B-KUVG):

Durch die vorgeschlagene Neuregelung soll im Hinblick auf die Einführung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung mit 1. Jänner 2018 auf Anregung der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter nunmehr auch im Bereich des B-KUVG auf die tägliche Beitragsgrundlage abgestellt werden, um eine leichtere Vollziehbarkeit zu gewährleisten. Zudem wird klargestellt, dass als Beitragszeitraum ein stets 30 Tage umfassendes Kalendermonat heranzuziehen ist. Analog zu § 58 Abs. 8 ASVG wird die Möglichkeit geschaffen, dass die Beiträge für geringfügig Beschäftigte auch jährlich einbezahlt werden können.

Zu Art. 4 Z 39, 40, 42 und 43 (§§ 20 Abs. 1a bis 1d, 20 Abs. 2a, 22 Abs. 1 bis 1d und 22b Abs. 1 B-KUVG):

Durch die vorgesehenen Bestimmungen wird für den neu aufgenommenen, aktiv erwerbstätigen Versichertenkreis der allgemeine Beitragssatz in der Krankenversicherung nach dem ASVG (7,65%) mit der Aufteilung 3,87% Dienstnehmer/innen/anteil, 3,78% Dienstgeber/innen/anteil (§ 22 Abs. 1a B-KUVG) übernommen.

In der Krankenversicherung der unkündbaren Bediensteten der Österreichischen Bundesbahnen und der ihnen gleichgestellten Personen (das sind die vormals im § 472 Abs. 1 Z 1 bis 3 ASVG Versicherten) gilt in Übernahme der Regelung des § 472a ASVG ein Beitragssatz von 9,05% mit der Aufteilung 4,75% Dienstnehmer/innen/anteil, 4,30% Dienstgeber/innen/anteil (§ 22 Abs. 1b B-KUVG).

Die nunmehr im § 1 Abs. 1 Z 38 B-KUVG verankerten Lehrlinge haben – analog zu § 51 Abs. 1 Z 1 lit. g ASVG – einen Krankenversicherungsbeitrag von 3,35% mit der Aufteilung 1,67% Dienstnehmer/innen/anteil, 1,68% Dienstgeber/innen/anteil zu leisten (§ 22 Abs. 1c B-KUVG).

Bei freien Dienstnehmer/innen richtet sich der Krankenversicherungsbeitrag danach, ob der freie Dienstnehmer/die freie Dienstnehmerin – wäre er/sie Dienstnehmer/in – dem Versichertenkreis nach § 1 Z 1 bis 23 oder dem Versichertenkreises nach § 1 Z 25 bis 37 zuzuordnen wäre. Dies gilt auch für die Aufteilung der Beitragslast (§ 22 Abs. 1d B-KUVG).

Der Solidarbeitrag für Pensionist/inn/en in der Krankenversicherung der unkündbaren Bediensteten der ÖBB und der ihnen gleichgestellten Personen beläuft sich auf 0,15% der allgemeinen Beitragsgrundlage.

Zu Art. 4 Z 41, 61, 63 bis 66 und 75 (§§ 20b Abs. 4, 61a Abs. 1, 64 Abs. 5 und 6, 65a Abs. 5, 70a Abs. 4 und 119 B-KUVG):

Neben der Umbenennung des Hauptverbandes in Dachverband werden im § 20b wie auch im § 65a Abs. 5 auch Verweise auf neue Regelungsorte diverser Richtlinien richtiggestellt.

Zu Art. 4 Z 49 bis 52 (§§ 25 Abs. 2, 26 Abs. 1 Z 4, 26a Abs. 1, 26d und 26e B-KUVG):

Da die Unfallversicherungsbeiträge für die neu aufgenommene Versichertengruppe der Lehrlinge nicht durch die Dienstgeber aufgebracht werden, sondern – analog zur Bestimmung des § 51 Abs. 6 ASVG – aus Mitteln der Unfallversicherung zu tragen sind, wird im § 25 Abs. 2 eine entsprechenden Sonderbestimmung verankert und nunmehr auch im B-KUVG eine Beitragsübernahme für Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, vorgesehen.

Für die ehemaligen VAEB-Versicherten wird die bislang im § 71 ASVG verankerte Regelung über die in einem Umlageverfahren erfolgende Berechnung der Unfallversicherungsbeiträge mit in das B-KUVG übernommen.

Bei dieser Berechnung werden die der Beitragspflicht für die der Unfallversicherung unterliegenden Lohnsummen gemäß der gesetzlichen Vorgabe und dem – vormals – entsprechendem Vorstandsbeschluss von der Buchhaltung ermittelt. Nach Jahresabschluss werden die Mitgliedsunternehmungen über die festgestellten Entgeltsummen informiert. Seitens der Mitgliedsunternehmungen vorgebrachte Einwendungen werden einvernehmlich aufgeklärt. Die für die Unfallversicherung beitragspflichtigen Entgelte werden unter Berücksichtigung der jeweils gültigen Höchstbeitragsgrundlage ermittelt.

Das im Umlageverfahren zu deckende Erfordernis für das jeweilige Jahr wird damit festgestellt und eine Verhältniszahl ermittelt: Zum Beispiel Verhältniszahl 2017 von 0,012067583680505 - d.h., von je € 100,- versicherungspflichtigem Entgelt entfallen auf Unfallversicherungsbeiträge € 1,21 (für das Jahr 2017), das sind dann 1,21%. Die Unfallversicherungsbeitragssätze beliefen sich im Jahr 2013 auf 1,35%, im Jahr 2014 auf 1,29%, im Jahr 2015 auf 1,27%, im Jahr 2016 auf 1,25% und im Jahr 2017 auf 1,21%.

Für Lehrlinge und freie Dienstnehmer/innen richtet sich der Unfallversicherungsbeitragssatz nach der jeweils für die entsprechenden Dienstnehmer/innen geltenden Bestimmung.

Zu Art. 4 Z 53 (§ 27a B-KUVG):

Die genannte Bestimmung dient der Anpassung der Ministerienbezeichnung sowie der Anpassung der Bezeichnung der Versicherungsanstalt.

Zu Art. 4 Z 54 (§ 27c B-KUVG):

Da die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau auch Entgeltfortzahlungszuschüsse sowie Differenzvergütungen nach § 53b ASVG an die Dienstgeber von privaten Kleinunternehmen sowie von privaten kleinen und mittleren Unternehmen (im Sinne der Empfehlung der Kommission vom 6. Mai 2003 betreffend die Definition der Kleinunternehmen sowie der kleinen und mittleren Unternehmen, Abl. Nr. L vom 20.05.2003 S. 39) leistet und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau als Unfallversicherungsträger nach dem ASVG nicht mehr weiter besteht, wird nunmehr auch im B-KUVG eine sich inhaltlich nach § 53b ASVG richtende Zuschussregelung verankert.

Zu Art. 4 Z 55 und 56 (§ 28 Abs. 2, 3 und 4 B-KUVG):

Die Unterstützungsfondsregelung nach § 84 ASVG wurde mit der im § 28 B-KUVG bestehenden Unterstützungsfondsbestimmung zusammengeführt. Der neue Abs. 4 trägt dem Umstand Rechnung, dass die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau nunmehr als Dreipartenträger und damit auch als Pensionsversicherungsträger nach § 29 Abs. 2 ASVG tätig ist.

Zu Art. 4 Z 62 (§ 63 Abs. 4a B-KUVG):

Abweichend von allen anderen im B-KUVG Versicherten ist entsprechend der politischen Vorgaben für die bislang bei der Betriebskrankenkasse der Wiener Linien krankenversicherten Personen kein Behandlungsbeitrag zu entrichten.

Zu Art. 4 Z 64 (§ 74 Abs. 2 B-KUVG):

Vornahme einer Gleichschaltung mit der entsprechenden Bestimmung im § 158 ASVG.

Zu Art. 4 Z 73 (§ 93a B-KUVG):

Nach dem ASVG ist eine besondere Bemessungsgrundlage für Personen unter 30 Jahren vorgesehen, die bei noch nicht fertig abgeschlossener Berufs- und Schulausbildung wie auch – als Günstigkeitsregel – generell für Personen bis zur Erreichung des 30. Lebensjahres anzuwenden ist.

Erleidet ein noch in Ausbildung befindlicher Versicherter/eine noch in Ausbildung befindliche Versicherte einen Unfall, so wird die Leistung anhand einer Bemessungsgrundlage im Kalenderjahr vor Eintritt des Versicherungsfalles berechnet. Zum Zeitpunkt, ab dem die Ausbildung voraussichtlich abgeschlossen worden wäre, wird die Bemessungsgrundlage nach der Beitragsgrundlage neu errechnet, die von Personen gleicher Ausbildung üblicherweise erreicht wird. Erhöhungen der Beitragsgrundlage, die der/die Versicherte erst nach Vollendung seines/ihres 30. Lebensjahres erreicht hätte, bleiben dabei unberücksichtigt.

Diese Bemessungsgrundlagenregelung soll nunmehr zugunsten jüngerer, verunfallter Personen auch in das B-KUVG übertragen werden. Für ehemalige VAEB-Versicherte kommt diese Regelung ohnehin nach § 117 B-KUVG (Anwendbarkeit des Leistungsrechts aus der Unfallversicherung nach dem ASVG) zur Anwendung.

Zu Art. 4 Z 79 (§§ 130 bis 145 B-KUVG):

Bezüglich der Verwaltungsstellen ist in § 131 B-KUVG entsprechend dem geltenden Recht geregelt, dass für die neue Versicherungsanstalt eine Hauptstelle und Landesstellen einzurichten sind, und zwar eine für Wien, Niederösterreich und das Burgenland und jeweils eine für die übrigen Bundesländer.

Die Bestimmungen über die Versicherungsvertreter/innen und die neuen Verwaltungskörper nach den §§ 132 ff. B-KUVG folgen den Parallelbestimmungen in den §§ 420 ff ASVG (auf die diesbezüglichen Erläuterungen wird verwiesen), wobei folgende Besonderheiten bzw. Abweichungen hervorgehoben werden:

1. Die Entsendung der Versicherungsvertreter/innen auf Dienstnehmer/innen-Seite erfolgt auf Vorschlag der in Betracht kommenden Gewerkschaften durch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (vgl. § 133 Abs. 1 und 2 B-KUVG), die Entsendung der Versicherungsvertreter/innen auf Dienstgeber/innen-Seite erfolgen für die Landesstellenausschüsse vom Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport im Einvernehmen mit dem/der zuständigen Landeshauptmann/Landeshauptfrau. Für den Verwaltungsrat und die Hauptversammlung entsendet je einen Versicherungsvertreter/eine Versicherungsvertreterin aus der Gruppe der Dienstgeber/innen der

Bundesminister für öffentlichen Dienst und Sport, der Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie sowie die Wirtschaftskammer Österreich. Durch diesen Entsendungsmodus wird sowohl auf Dienstnehmer/innen- als auch auf Dienstgeber/innen-Seite sichergestellt, dass die bei der neuen Anstalt pflichtversicherten Personen und ihre Dienstgeber/innen ausgewogen in den Gremien repräsentiert sind.

2. Die Wahl des Obmannes/der Obfrau erfolgt wie bisher für die gesamte Amtsdauer; Gleiches gilt für die Vorsitzenden der Hauptversammlung und der Landesstellenausschüsse (vgl. § 139 B-KUVG). Es erfolgt also keine Rotation in der Vorsitzführung.

3. Als Aufgaben der Landesstellenausschüsse werden in § 143 Abs. 2 B-KUVG die Nachsicht von Behandlungsbeiträgen (unter Beachtung der Richtlinien des Verwaltungsrates), die Gewährung von Unterstützungen aus dem Unterstützungsfonds und der Abschluss von (bestimmten) Einzelverträgen mit freiberuflich tätigen (Zahn-)Ärzt/inn/en und Dentist/inn/en sowie Hebammen, klinischen Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en und Beförderungsunternehmen (unter Bedachtnahme auf Gesamt-, Muster- und Rahmenverträge) normiert.

Zu Art. 4 Z 88 (§§ 154 bis 157a B-KUVG):

Die Aufsicht über die neue Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau nach den §§ 154 ff. B-KUVG folgt den Regelungen der §§ 448 ff. ASVG in der Entwurfsfassung ohne nennenswerte Abweichungen.

Auf die diesbezüglichen Erläuterungen wird verwiesen.

Zu Art. 4 Z 94 (§§ 168a bis 168d B-KUVG):

Grundsätzlich kann für das Überleitungsregime für die Zusammenführung der Versicherungsanstalt Öffentlich Bediensteter (BVA) und der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB) auf das zu den §§ 538t bis 538w ASVG Gesagte verwiesen werden. Allerdings wird für die BVAEB kein/e kommissarische/r Leiter/in bestellt.

Zu Art. 4 Z 95 (§ 255 Abs. 2 und 3 B-KUVG):

Um Kontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, wird gesetzlich angeordnet, dass die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge und die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Einzelverträge bis zu neuen Vertragsabschlüssen weitergelten. Ebenso gelten die jeweiligen Satzungen und Krankenordnungen bis zu deren Neubeschluss weiter.

Zu Art. 4 Z 95 (§ 255 Abs. 4 B-KUVG):

Leistungen aus der Unfallversicherung für die nach geltender Rechtslage bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt versicherten Knappen sind ab 1. Jänner 2020 von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau zu gewähren. Im Hinblick auf das in der Unfallversicherung geltende Umlageverfahren findet keine Abgeltung der bereits an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt geleisteten Beiträge statt.

Zu Art. 4 Z 95 (§ 255 Abs. 6 und 7 B-KUVG):

Zur Wahrung der Interessen der ehemals bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau (VAEB) versicherten Personen werden Minderheitenrechte normiert. Einerseits darf durch die Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft für den Zeitraum von 1. April 2019 bis zum 31. Dezember 2024 ein zusätzlicher, nicht stimmberechtigter Versicherungsvertreter in den Verwaltungsrat sowie die Hauptversammlung entsandt werden. Andererseits ist für die Beschlussfassung in bestimmten Angelegenheiten die Zustimmung des stimmberechtigten, durch die Verkehrs- und Dienstleistungsgewerkschaft entsandten Versicherungsvertreters erforderlich.

Zu Art. 5 (Bundesgesetz über die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen)

Zu § 1:

Das Selbständigen-Sozialversicherungsgesetz (SVSG) regelt lediglich die Organisation des neuen Sozialversicherungsträgers. Die materiellen sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in GSVG, BSVG und FSVG sind weiterhin in diesen Gesetzen geregelt.

Zu § 2:

Zur besseren Übersichtlichkeit wird ein Abkürzungsverzeichnis jener Gesetze, auf die im SVSG häufig verwiesen wird, angeführt.

Zu § 3:

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen ist ein bundesweiter Träger mit Sitz in Wien. Sie tritt an die Stelle der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern.

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen wird

- für die nach dem GSVG versicherten Personen die Kranken- und Pensionsversicherung nach dem GSVG und die Unfallversicherung nach dem ASVG,
- für die nach dem FSVG Versicherten die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach den Bestimmungen des FSVG (das großteils auf das GSVG verweist) und die Unfallversicherung nach dem ASVG
- sowie für die nach dem BSVG versicherten Personen die Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung nach den Bestimmungen des BSVG

vollziehen.

Die Vollziehung der Unfallversicherung für die Versicherten nach dem GSVG und dem FSVG wird mit 1. Jänner 2020 von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt auf die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen übertragen.

Zu § 4:

Die Bestimmung über die rechtliche Stellung des Versicherungsträgers entspricht den bisherigen §§ 17 GSVG und 15 BSVG, welche bislang jeweils im Abschnitt III des Ersten Teiles enthalten waren und nunmehr entfallen können.

Zu § 5:

Die Zugehörigkeit der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zum Dachverband entspricht den Regelungen der bisherigen §§ 16 GSVG und 14 BSVG, welche daher entfallen können, und berücksichtigt die Umbenennung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in den Dachverband der Sozialversicherungsträger.

Zu § 6:

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen wird, wie bisher die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, eigene Einrichtungen, wie beispielsweise Heil- und Kuranstalten, Rehabilitationseinrichtungen und dergleichen betreiben bzw. sich an solchen Einrichtungen beteiligen können. Die Regelung entspricht den bisherigen §§ 15 Abs. 2 GSVG und 13 Abs. 2 BSVG, welche daher entfallen können.

Zu § 7:

Die Regelung über die Verwendung der Mittel entspricht den bisherigen §§ 43 GSVG und 41 BSVG, welche daher entfallen können.

Der neue Abs. 3 soll die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen ermächtigen, Leistungen wie zB Öffentlichkeitsarbeit zu erbringen und diese sodann im Sinne einer Kostenwahrheit zu verrechnen. Der Hintergrund für diese Regelung liegt in den bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern üblichen Betreibermodelle bei den Gesundheitseinrichtungen, bei denen der Träger mit privaten Anbietern kooperiert.

Zu § 8:

Die Bestimmung über die Informations- und Aufklärungspflichten entspricht den bisherigen §§ 43a GSVG und 41a BSVG, welche daher entfallen können.

Zu den §§ 9 und 10:

Die Bestimmung über die Elektronische Datenverarbeitung (§ 9) entspricht den bisherigen §§ 231a GSVG und 219a BSVG, welche daher entfallen können.

Zu den §§ 11 und 53 Abs. 8:

Die Regelung des Unterstützungsfonds der neuen Sozialversicherungsanstalt ist das Ergebnis einer Zusammenschau der bisherigen Unterstützungsfondsregelungen nach den §§ 44 GSVG und 42 BSVG, welche daher entfallen können.

Die Regelung für den Bereich der Unfallversicherung entspricht mit in Summe 1% der Erträge an Versicherungsbeiträgen der bisherigen Regelung im § 42 BSVG, jedoch setzen sich die 1% im Verhältnis

50:50 aus Unfallversicherungsbeiträgen nach dem BSVG und den Unfallversicherungsbeiträgen für die im ASVG Teilversicherten GSVG-Versicherten (nach § 74 ASVG) zusammen.

Für den Unterstützungsfonds sind zunächst getrennte Rechenkreise für die nach dem GSVG und FSVG sowie für die nach dem BSVG Versicherten zu führen; erst bei Vorliegen der beitrags- und leistungsrechtlichen Voraussetzungen soll eine Zusammenführung erfolgen. Die Richtlinien für die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds sind vom Verwaltungsrat zu beschließen.

Zu § 12:

In der Bestimmung über die persönliche und sachliche Abgabefreiheit der Sozialversicherungsanstalt werden die in den bisherigen §§ 45 GSVG bzw. 43 BSVG über die persönliche Abgabefreiheit sowie die in den bisherigen §§ 46 und 44 BSVG festgelegten Regelungen über die sachliche Abgabefreiheit in einer Bestimmung zusammengezogen. Die Bestimmungen im GSVG und BSVG können daher entfallen.

Zu § 13:

Die Bestimmung über die Verwaltungshilfe entspricht den bisherigen §§ 183 GSVG und 171 BSVG, welche daher entfallen können.

Zu den §§ 14 und 51 sowie § 718 Abs. 7 ASVG:

Die Bestimmung über die Vertragspartnerrechtlichen Beziehungen entspricht den bisherigen §§ 193 GSVG und 181 BSVG, die die Vertragspartnerbestimmungen des ASVG unter bestimmten Maßgaben für anwendbar erklären. Die sowohl im § 193 Z 2 GSVG und im § 181 Z 1 BSVG angeführte Festlegung, dass die Beziehungen der neuen Sozialversicherungsanstalt zu den freiberuflich tätigen Ärzten/Ärztinnen und Gruppenpraxen durch einen Gesamtvertrag geregelt werden, der – vormals – durch den Hauptverband abgeschlossen wird und der Zustimmung der Sozialversicherungsanstalt bedarf, kann entfallen, da der Gesamtvertrag nunmehr unmittelbar durch die Sozialversicherungsanstalt mit ihren Vertragspartnern geschlossen wird.

Als neuer Sozialversicherungsträger für alle Selbständigen Österreichs soll die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen in Zukunft eigene Verträge mit den diversen Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleistern abschließen. Bis zum Abschluss dieser neuen Verträge sollen grundsätzlich die bereits geltenden Vereinbarungen der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern für die jeweils betroffenen Vertragspartnerinnen und -partner sowie die jeweils umfassten Versichertengruppen weiter gelten.

Dies bedeutet die gleichzeitige Existenz eines bundesweiten Gesamtvertrages für GSVG-Versicherte sowie von neun länderbezogenen Gesamtverträgen mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse für nach dem BSVG Versicherte. Die Honorierungssysteme dieser Gesamtverträge weisen beträchtliche Unterschiede auf. Für alle Versicherten des zusammenzuführenden Versicherungsträgers soll daher mittelfristig ein neuer Gesamtvertrag vereinbart werden. Um die lückenlose Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, bleiben die zum 31. Dezember 2019 maßgeblichen Verträge bis zum Abschluss desselben weiterhin aufrecht.

Bis zum Abschluss eines für die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen gültigen kurativen Gesamtvertrages mitsamt neuer Honorarordnung für alle Versicherten der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen gilt für ärztliche Leistungen, die die bäuerlichen Versicherten und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen in Anspruch nehmen, dass die Grundlage für die Verrechnung dieser ärztlichen Leistungen die zum 31. Dezember 2019 gültigen Honorarordnungen der jeweiligen Gebietskrankenkasse mitsamt den Limit- und Deckelbestimmungen unter Berücksichtigung der auf die Gebietskrankenkassen anfallenden Volumina, um einen sprunghaften Kostenanstieg zu vermeiden. Die Verrechnung dieser Leistungen soll aber bereits durch die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen und nicht mehr durch die Gebietskrankenkassen bzw. die Ärztekammer für Vorarlberg, die die Abrechnung für die Vorarlberger Gebietskrankenkasse durchführt, erfolgen.

Zu den §§ 15 bis 29a:

Wie schon nach geltendem Recht (GSVG) werden als Verwaltungsstellen des neuen Versicherungsträgers die Hauptstelle, die Landesstellen und die (fakultativ einzurichtenden) Außenstellen festgeschrieben. In den §§ 16 ff. ist folgende Neuordnung der Selbstverwaltungskörper der Versicherungsanstalt der Selbständigen vorgesehen:

Anstelle der bisherigen Selbstverwaltungsgremien „Vorstand“, „Kontrollversammlung“ und „Generalversammlung“ im GSVG bzw. BSVG liegt künftig der Schwerpunkt der Tätigkeit der Selbstverwaltung bei einem einzigen Organ, nämlich dem Verwaltungsrat. Dieser setzt sich aus 10 Versicherungsvertreter/innen zusammen, die sowohl aus der Gruppe der in der Krankenversicherung nach dem GSVG und FSVG Versicherten als auch aus der Gruppe der in der

Krankenversicherung nach dem BSVG Versicherten stammen (entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der beim neuen Träger Krankenversicherten).

Wie bisher werden die Gremien der Selbstverwaltung nach § 17 aus Vertreter/inne/n der Versicherten gebildet (Versicherungsvertreter/innen). Diese werden von den gesetzlichen beruflichen Vertretungen der in Betracht kommenden Versicherten entsendet, wobei die Entsendeberechtigung wie bisher auf die einzelnen Stellen bzw. Berufsgruppen aufgeteilt wird, nämlich unter Heranziehung des sogenannten d'Hondtschen Systems (Bildung einer Wahlzahl entsprechend dem jeweils zuzuordnenden Versichertenstand zu einem bestimmten Zeitpunkt). Für die Entsendung der Versicherungsvertreterinnen für die nach dem GSVG und dem FSVG Versicherten bzw. nach dem BSVG Versicherten sind unverändert die jeweiligen Kammerwahlen bzw. die Wahlen zum satzungsgebenden Organ maßgeblich. Auch die Modalitäten der Entsendung bleiben unverändert (Aufforderung zur Entsendung durch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Frist für die Bekanntgabe der als Versicherungsvertreter/innen zu entsenden Personen, bei nicht fristgerechter Entsendung Bestellung der Versicherungsvertreter/innen durch die Aufsichtsbehörde).

Weiterhin können auch nur Personen als Versicherungsvertreter/innen entsendet werden, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Sie dürfen nicht vom Wahlrecht in die gesetzgebenden Organe ausgeschlossen sein und müssen zum Zeitpunkt ihrer Entsendung das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben und eine Nahebeziehung zum dem Versicherungsträger (als Versicherte nach dem GSVG, FSVG oder BSVG) aufweisen, sofern sie nicht Vorstandsmitglieder oder Bedienstete einer gesetzlichen beruflichen Vertretung selbständig Erwerbstätiger sind (§ 17 Abs. 1 bis 3).

Bestimmte Personen sind ausdrücklich vom Amt des Versicherungsvertreters/der Versicherungsvertreterin ausgeschlossen (vgl. § 17 Abs. 6):

So sind weiterhin Bedienstete eines Versicherungsträgers und des Dachverbandes ebenso von der Entsendung ausgeschlossen wie Personen, die in regelmäßigen geschäftlichen Beziehungen mit einem Versicherungsträger oder dem Dachverband stehen (berufliche Inkompatibilität); wie bisher sind auch Personen in einem laufenden Insolvenzverfahren ausgeschlossen.

Neu hinzu kommt (als Z 1 des § 17 Abs. 6), dass – wie schon bisher für Versicherungsvertreter/innen beim Hauptverband – auch Personen ausgeschlossen sind, die ein politisches Mandat auf Bundes- oder Landesebene ausüben (das sind Mitglieder der Bundesregierung oder einer Landesregierung, Mitglieder des Europäischen Parlaments, des Nationalrates, des Bundesrates oder eines Landtages); damit soll eine Vermengung der als Versicherungsvertreter/in zu verfolgenden Interessen mit jenen aus einem politischen Amt hintangehalten werden.

Neben diesen persönlichen bzw. wirtschaftlichen Inkompatibilitäten ist die Entsendung als Versicherungsvertreter/in auch an einen besonderen Nachweis der Befähigung zu diesem Amt gebunden (§ 17 Abs. 6 Z 5 in Verbindung mit § 420 Abs. 7 und 8 ASVG):

Im Rahmen einer speziellen Schulung (Grundausbildung) haben Personen, die als Versicherungsvertreter/innen entsandt werden sollen, grundlegende Kenntnisse für die Ausübung dieser Tätigkeit zu erwerben und nachzuweisen. Es wird eine Kommission aus Vertreter/inne/n des Sozial- und Finanzressorts eingerichtet, die im Wege eines „Fit-und-Proper-Tests“ zu prüfen haben wird, ob die angehenden Versicherungsvertreter/innen über die in den entsprechenden, vom Dachverband abgehaltenen, Informationsveranstaltungen erworbenen Kenntnisse verfügen (Nachweis der fachlichen Eignung für das angestrebte Amt).

Wie nach geltendem Recht erhalten nur der Obmann/die Obfrau und die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse bzw. ihre Stellvertreter/innen eine besondere Vergütung des Zeit- und Arbeitsaufwandes (bislang als „Funktionsgebühr“ bezeichnet); unverändert ist deren Höhe durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz festzusetzen, und zwar unter Berücksichtigung des örtlichen Wirkungsbereiches sowie nach Anhörung des Dachverbandes; dabei darf die Grenze nach dem Bezügebegrenzungs-BVG (40% der Bezüge eines Nationalratsmitglieds) nicht überschritten werden (§ 17 Abs. 5).

Für alle anderen Versicherungsvertreter/innen ist – wie nach geltendem Recht – nur der Ersatz- der Reise und Aufenthaltskosten (entsprechend den Richtlinien des Dachverbandes) sowie Sitzungsgeld (in Höhe der Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) vorgesehen.

Nicht mehr vorgesehen ist hingegen die Bestellung von Stellvertreter/inne/n der Versicherungsvertreter/innen, die in der Vergangenheit zu einer exorbitanten Erhöhung der zu entsendenden Personen geführt hat. Vielmehr wird nunmehr in § 17 Abs. 4 vorgeschlagen, dass sich Versicherungsvertreter/innen – die grundsätzlich bei der Beschlussfassung nur eine Stimme führen – im

Fall ihrer Verhinderung durch schriftliche Betrauung von einem anderen Mitglied des betreffenden Gremiums vertreten lassen können; der/die Betraute kann dann (höchstens) zwei Stimmen führen. Für das Anwesenheitsquorum wird die Stimmübertragung nicht angerechnet, auch kann die Vorsitzführung nicht übertragen werden (hier ist durch eigene Stellvertreter/innen vorgesorgt).

Auch die Regelungen über die Ablehnung des Amtes bzw. das Recht zur Amtsausübung, die Pflichten und Haftung der Versicherungsvertreter/innen, ihre Enthebung und die Amtsdauer der Gremien (fünf Jahre) bleiben inhaltlich gegenüber den entsprechenden Regelungen im GSVG und BSVG unverändert (vgl. die §§ 19 bis 22).

Dem Verwaltungsrat obliegt nach § 26 die gesamte Geschäftsführung, soweit einzelne Angelegenheiten nicht durch Gesetz einem anderen Gremium zugewiesen sind, sowie die Vertretung des Versicherungsträgers.

Neben der Delegation einzelner Aufgaben an den Obmann/die Obfrau kann der Verwaltungsrat bestimmte laufende Angelegenheiten dem Büro übertragen. Diese Delegationen sind im Anhang zur Geschäftsordnung festzuschreiben.

Nach der demonstrativen Aufzählung des § 26 Abs. 1 sind dem Büro jedenfalls laufende Verwaltungsgeschäfte mit einem Volumen von weniger als dem Eineinhalbfachen des Schwellenwertes für Dienstleistungen nach dem Bundesvergabegesetz (das sind nach der Kundmachung BGBl. II Nr. 411/2017 im Jahr 2018 331 500 €), Personalangelegenheiten, die nicht den (bereichs)leitenden und höheren Dienst betreffen, weiters Leistungsangelegenheiten (nach Richtlinien des Verwaltungsrates) sowie die Vertretung des Trägers nach außen in den genannten Angelegenheiten zu übertragen. Das Büro hat dem Verwaltungsrat mindestens halbjährlich im Nachhinein über die laufenden Verwaltungsgeschäfte zu berichten; dies ist auch in der Geschäftsordnung vorzusehen.

Grundsätzlich fasst der Verwaltungsrat seine Beschlüsse mit einfacher Mehrheit. In taxativ aufgezählten Angelegenheiten, ist künftig nach § 26 Abs. 4 eine Zweidrittelmehrheit für die Beschlussfassung im Verwaltungsrat erforderlich. Für Beschlüsse über Verträge mit Vertragspartnern und Vertragspartnerinnen nach dem Sechsten Teil des ASVG ist bis zur Zusammenführung der Rechnungskreise der nach dem GSVG und FSVG bzw. nach dem BSVG Versicherten eine Dreiviertelmehrheit im Verwaltungsrat erforderlich (§ 26 Abs. 3). Damit soll verhindert werden, dass Versicherungsvertreter/innen eines Rechnungskreises durch den anderen überstimmt werden können.

Neben dem Verwaltungsrat wird als weiteres Organ eine Hauptversammlung eingerichtet (vgl. § 23 Abs. 2), die aus den Mitgliedern des Verwaltungsrates, den Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse, zehn weitere Versicherungsvertreter und je drei Vertreter/inn/e/n der Senior/inn/en und der Behinderten zusammengesetzt ist. Dieser Selbstverwaltungskörper hat die Aufgabe, das Budget, das Budget und den Jahresabschluss zu beschließen sowie die Entlastung des Verwaltungsrates vorzunehmen. Mit der Prüfung des Rechnungsabschlusses, der einen Teil des Jahresabschlusses bildet, hat die Hauptversammlung einen beideten Wirtschaftsprüfer/eine beideten Wirtschaftsprüferin zu beauftragen (vgl. § 27 Abs. 2).

Die Hauptversammlung muss mindestens zweimal im Jahr zusammentreten, einberufen wird sie vom/von der Verwaltungsrat.

Schließlich sind auf Landesebene wie bisher Landesstellenausschüsse vorgesehen, und zwar wie nach § 195 Abs. 3 GSVG in jedem Bundesland (§ 15 Abs. 3).

Diesen Landesstellenausschüssen sind spezifische Aufgaben übertragen (vgl. § 28 Abs. 2): die Gewährung von Leistungen aus dem Unterstützungsfonds bzw. von freiwilligen Leistungen sowie die Gewährung von Maßnahmen der Rehabilitation (in der Pensions- und Unfallversicherung) und von Betriebshilfe.

Die örtliche Zuständigkeit richtet sich dabei nach dem Standort des Betriebes bzw. subsidiär nach dem Wohnort der versicherten Person.

Die Landesstellenausschüsse bestehen für die vier Bundesländer mit der größten Anzahl an anspruchsberechtigten Personen nach dem GSVG, FSVG und BSVG aus sechs Versicherungsvertreter/inn/e/n, die übrigen Landesstellenausschüsse bestehen aus drei Versicherungsvertreter/inn/e/n, die sich aus Vertreter/inn/e/n aus der Gruppe der GSVG- und FSVG- und der Gruppe der BSVG-Versicherten zusammensetzen: Sie sind nach dem gleichen Schema zu entsenden wie die Versicherungsvertreter/innen des Verwaltungsrates, allerdings unter Berücksichtigung der jeweiligen Wahlergebnisse auf Landesebene.

Der Obmann/die Obfrau wird wie bisher für die Dauer der Amtsperiode gewählt (§ 24 Abs. 1). Das Gleiche gilt für die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse. Der Obmann/die Obfrau muss jener

Versichertengruppe angehören, die die größere Anzahl von Versicherten repräsentiert. Für den Obmann/die Obfrau und die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse sind entsprechend dem geltenden Recht Stellvertreter/innen zu wählen.

Zu den §§ 30 bis 35:

Die Bestimmungen über die Vermögensverwaltung entsprechen den bisherigen §§ 215 bis 219 GSVG und 203 bis 207 BSVG, welche bislang im jeweiligen Abschnitt IV des Vierten Teiles enthalten waren.

Abweichend von den §§ 215 Abs. 2 GSVG und 203 Abs. 2 BSVG soll der Planungszeitraum für die Gebarungsvorschau von zwei auf vier Jahre ausgeweitet werden (§ 30 Abs. 2).

Zu den §§ 36 bis 40a:

Hier kann auf das zu den §§ 448 bis 452a ASVG Gesagte (siehe Art. 1 des Entwurfes eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes) verwiesen werden.

Zu den §§ 41 bis 44:

Die Bestimmungen über Satzung, Krankenordnung und Geschäftsordnungen entsprechen den bisherigen §§ 225 bis 227a GSVG und 213 bis 215a BSVG, welche bislang im jeweiligen Abschnitt VI des Vierten Teiles enthalten waren.

Zu den §§ 45 und 46:

Die Bestimmungen über die Bediensteten entsprechen im Wesentlichen den bisherigen §§ 230 und 231 GSVG sowie 218 und 219 BSVG, welche bislang im jeweiligen Abschnitt VIII des Vierten Teiles enthalten waren.

Zu den §§ 47 bis 50:

Grundsätzlich kann für das Überleitungsregime für die Zusammenführung der Versicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der Versicherungsanstalt der Bauern auf das zu den §§ 538t bis 538w ASVG Gesagte (siehe Art. 1 des Entwurfes eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes) verwiesen werden. Allerdings wird für die SVS kein/e kommissarische/r Leiter/in bestellt.

Zu § 53:

Zu Abs. 4: Es wird festgelegt, dass die jeweiligen Satzungen und Krankenordnungen bis zu deren Neubeschluss weitergelten.

Zu Abs. 5 und 6: Leistungen aus der Unfallversicherung für die nach geltender Rechtslage bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt versicherten selbständig Erwerbstätigen sind ab 1. Jänner 2020 von der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zu gewähren. Im Hinblick auf das in der Unfallversicherung geltende Umlageverfahren findet keine Abgeltung der bereits an die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt geleisteten Beiträge statt.

Zu Abs. 7 und 8: Bis zur Vereinheitlichung des Beitrags- und Leistungsrechts sind die Rechenkreise getrennt nach Personen, die nach dem GSVG oder FSVG versichert sind und Personen, die nach dem BSVG versichert sind, zu führen.

Zu den Art. 6, 7, 9, 11, 14 und 15 (Änderung des Freiberuflichen-Sozialversicherungsgesetzes, des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes, des Kinderbetreuungsgeldgesetzes, des Dienstgeberabgabegesetzes, des Bundesgesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH und des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen):

Im Hinblick auf die neue Organisation der Versicherungsträger und des Hauptverbandes sind die entsprechenden begrifflichen Anpassungen vorzunehmen.

Zu Art. 8 (Änderung des Primärversorgungsgesetzes):

Zu den Z 1, 2 und 4 (§§ 2 Abs. 4, 14 Abs. 2 und 4 PrimVG):

Die bisher den jeweiligen Gebietskrankenkassen im Gesetz vorgesehene Rolle im Auswahlverfahren einer Primärversorgungseinheit wird künftig durch die Österreichische Gesundheitskasse wahrgenommen. Die Primärversorgungseinheit muss somit über einen auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden Primärversorgungsvertrag mit der Österreichischen Gesundheitskasse verfügen.

Zu Z 3 (§ 14 Abs. 3 PrimVG):

Es erfolgt eine Anpassung von „Hauptverband“ auf „Dachverband“.

Zu Art. 10 Z 1 (§ 1a GSBG):

Die pauschalierte Beihilfe nach § 1a GSBG ist im Gesetz festgelegt. Der Betrag kommt derzeit den Gebietskrankenkassen zu Gute. Künftig sollen 100 Millionen Euro für den Innovations- und

Zielsteuerungsfonds (§ 447a ASVG) der Österreichischen Gesundheitskasse und 30 Millionen der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen zugewiesen werden. Dieser Betrag ist bei der Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen dem Rechenkreis der bäuerlichen Sozialversicherung zuzuordnen. In der Verordnung nach § 447f Abs. 18 ASVG ist festzulegen, dass die Hälfte dieser 30 Millionen Euro für die Spitalsfinanzierung unter gleichzeitiger Entlastung der Österreichischen Gesundheitskasse um diesen Betrag zu widmen sind. Dies dient der Sicherung der medizinischen Versorgung des ländlichen Raums.

Zu Art. 12 Z 1 bis 3 (§ 10 Abs. 3, § 17 Abs. 3, § 23 Abs. 3, § 29 Abs. 1 und § 38 Abs. 2 G-ZG):

Das SV-OG sieht statt dem derzeitigen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Dachverband der Sozialversicherungsträger sowie an Stelle der Trägerkonferenz den Verwaltungsrat vor. Daher sind die Bezeichnungen anzupassen.

Zu Art. 12 Z 4 (§ 21 Abs. 9 G-ZG):

Mit dem SV-OG werden die Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zusammengelegt, wobei die Einrichtung von Landesstellen vorgesehen ist. Zur Wahrung des regionalen Aspekts und der regionalen Interessen in der Zielsteuerung-Gesundheit soll hinkünftig die jeweilige Landesstelle der ÖGK die bisher von der zuständigen GKK wahrgenommen Aufgabe übernehmen.

Zu Art. 12 Z 5 bis 7 (§ 29 Abs. 2, 4 und 6 G-ZG):

Hinsichtlich der Nominierung von Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung in die Gremien der Landesgesundheitsfonds wird Folgendes vorgesehen:

- Je Bundeslandet entsendet die ÖGK (bisher GKK) vier Mitglieder und die bundesweiten Träger ein Mitglied
- zur Wahrung des regionalen Aspekts und der regionalen Interessen in der Zielsteuerung-Gesundheit hat die ÖGK drei dieser vier Mitglieder von ihrer jeweiligen Landesstelle zu nominieren, darunter jedenfalls die Vorsitzende /den Vorsitzenden des Landesstellenausschusses.

Die bisher von der Obfrau/ dem Obmann der jeweiligen GKK in den Gremien der Landesgesundheitsfonds vorzunehmenden Aufgaben (z.B. Co-Vorsitz) werden der Vorsitzenden /dem Vorsitzenden des Landesstellenausschusses übertragen.

Zu Art. 12 Z 8 (§ 41 Abs. 5):

Die Änderungen des Gesundheits-Zielsteuergesetzes sollen wie auch das SV-OG mit 1. Jänner 2020 in Kraft treten.

Zu Art. 13 Z 1 (§ 3 Abs. 2a und § 3a Abs. 4 KAKuG):

Mit dem SV-OG werden die Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zusammengelegt, wobei die Einrichtung von Landesstellen vorgesehen ist. Hinkünftig soll die jeweilige Landesstelle der ÖGK die bisher von der zuständigen GKK wahrgenommen Aufgabe übernehmen.

Zu Art. 13 Z 2 und 3 (§ 3a Abs. 9, § 19a Abs. 4, § 24 Abs. 2 und § 57 Abs. 3 KAKuG):

Das SV-OG sieht statt dem derzeitigen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Dachverband vor. Daher sind die Bezeichnungen anzupassen.

Zu Art. 13 Z 4 (§ 65b Abs. 10 und 11):

Die Änderungen des Krankenanstalten und Kuranstaltengesetzes sollen wie auch das SV-OG mit 1. Jänner 2020 in Kraft treten.

Zu Art. 16 Z 1 bis 3 (§ 12 Abs. 1, § 13 Abs. 3 und 5, § 18 Abs. 3 sowie § 20 Abs. 1 PRIKRAF-G):

Das SV-OG sieht statt dem derzeitigen Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger den Dachverband vor. Daher sind die Bezeichnungen anzupassen.

Zu Art. 16 Z 4 (§ 24 Abs. 4 PRIKRAF-G):

Die Änderungen des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes sollen wie auch das SV-OG mit 1. Jänner 2020 in Kraft treten.