



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Bundesministerium für
**Arbeit, Soziales, Gesundheit und
Konsumentenschutz**

T + 43 (0) 1 / 71132-1200
posteingang.allgemein@sozialversicherung.at
Zl. REP-43.00/18/0186

Bundesministerium für **Finanzen**

Präsidium des **Nationalrates**

Wien, 15. Oktober 2018

Bezug: Stellungnahme im Begutachtungsverfahren zum

- Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG
- Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung – ZPFSG
- Notarversicherungs-Überleitungsgesetz – NV-ÜG

Betr: E-Mails vom 14. September 2018,

BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018 und BMF-010000/0036-IV/1/2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nimmt zu den Ministerialentwürfen für ein Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, ein Notarversicherungs-Überleitungsgesetz und ein Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung wie folgt Stellung:

Nach einer Vorbemerkung (1.) folgen grundsätzliche Kritikpunkte (2.) zu Inhalten, welche die Funktion des Gesamtsystems essentiell beeinflussen.

Als Beilagen sind die Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger im Originalwortlaut angeschlossen. Manche Träger haben eine einheitliche Stellungnahme abgegeben, manche Träger jeweils zu den einzelnen Gesetzesvorhaben getrennt.

Allgemein gilt, dass Ausführungen zum Entwurf des ASVG (ASVGEntw) auch ohne ausdrücklichen Hinweis sinngemäß auch für gleichlautende Bestimmungen in den anderen Sozialversicherungsgesetzen gelten.

Mit freundlichen Grüßen
Für den Hauptverband:

Dr. Josef Probst
Generaldirektor



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

1. Vorbemerkung



1. Soziale Sicherheit ist die verlässlichste Grundlage der Demokratie

Ein gut funktionierendes Sozialversicherungssystem ist ein notwendiges, stabiles Fundament einer Gesellschaft und Voraussetzung für eine nachhaltige, erfolgreiche Entwicklung. Der Leitsatz von Johann Böhm, dem ersten Präsidenten des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, bringt dies auf den Punkt: „Soziale Sicherheit ist die verlässlichste Grundlage der Demokratie!“ Soziale Sicherheit, Inklusion, Partizipation, Solidarität und Verteilungsrechtheit sind essentielle Bedingungen für eine erfolgreiche österreichische Gesellschaft, die von Kreativität und Innovation lebt. Unser Ziel als Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist es, für die in Österreich lebenden Menschen ein leistungsfähiges, finanzielles und solidarisches Sozialversicherungssystem zu erhalten und auszubauen, damit exzellente Versorgung nachhaltig sichergestellt wird.

Vor diesem Hintergrund ist klar: Jede Reform braucht präzise Ziele. Auch wenn das politische Ziel „nur“ eine Strukturreform ist, müssen am Ende des Tages für ALLE Menschen in Österreich bessere Leistungen und Services herauskommen. Auch die Gesamtsteuerung und die Governance des Systems sollen am Ende des Prozesses wirksamer sein. Dem Gedanken der Selbstverwaltung entsprechend, müssen sich die Menschen als Beteiligte wieder finden. Ein gutes Leistungsniveau kann bekanntermaßen im Gesundheitswesen nur mit attraktiven Bedingungen für Vertragspartner erreicht werden.

Die Sozialversicherung bekennt sich zu einer Weiterentwicklung des SV-Systems und zu sinnvollen strukturellen Weiterentwicklungen. In der Gesundheitsreform hat die SV als Reformmotor agiert und bereits im Jahr 2010 mit dem Masterplan Gesundheit die entscheidende Initiative gesetzt. Ausgehend von der Vision eines längeren, selbstbestimmten Lebens bei guter Gesundheit sieht die Gesundheitsreform statt einer institutionell ausgerichteten Steuerung und Finanzierung eine patientenorientierte Versorgung vor, bei der der Mensch im Mittelpunkt steht. An einer verbesserten, intensiveren Bürgerbeteiligung arbeiten die Sozialversicherungsträger laufend. Die Sozialversicherung ist ein verlässlicher Partner bei der Sicherstellung einer exzellenten Gesundheitsversorgung in einem wirkungsorientierten, selbstverwalteten System, das nahe an den Menschen ist.

Im Mittelpunkt der Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems müssen die Versicherten stehen. Alle Veränderungen müssen am Nutzen für die Versicherten gemessen werden. Alle Maßnahmen müssen aufeinander abgestimmt



und in einem Gesamtkonzept über alle Sparten, Träger und Systempartner der Sozialversicherung einheitlich designed und umgesetzt werden.

Mit der konkreten Ausgestaltung der Organisationsveränderung durch das SV-OG werden diese substanziellen inhaltlichen Ziele aber nicht erreicht: Die Reduktion der dem öffentlichen Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Geldmittel, die Reduktion der Aufgaben des Dachverbandes, die Dezimierung der Anzahl der hochqualifizierten und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die ständig wechselnde Leitung des Dachverbandes durch das Rotationsprinzip führen zu einer maßgeblichen Schwächung des Gesamtsystems der sozialen Sicherheit. Die vorgesehene übermäßige Staatsaufsicht ist ein verfassungswidriger Eingriff in die Selbstverwaltung.

2. Zentrale Kritikpunkte

A. Aufteilung des Hauptverbandes (§§ 30, 30a-30c ASVGEntw; § 718 Abs. 12 und 18 ASVGEntw)

Eine gegliederte Organisation benötigt ein starkes Dach.

Für eine gute, gemeinsame, nachhaltige Entwicklung der Sozialversicherung braucht es einen starken Dachverband. Nur so kann ein Auseinanderdriften der Leistungen und Vorgangsweisen verhindert werden. Auch ein riesiger Träger wie die ÖGK kann einen Dachverband nicht ersetzen, weil er nur einen Teil der Versichertengemeinschaft vertritt. Durch eine Aufteilung des Dachverbandes geht der Ansprechpartner für Politik bzw. Behörden (z. B. EMA, AGES), Vertragspartner, andere Stakeholder (z. B. pharmazeutische Industrie, Arzneimittelgroßhandel) und für die internationale Sozialversicherung verloren.

Die Reduktion der Dachverbandsaufgaben im Vergleich zum Hauptverband, die Trennung von Vorbereitung und Beschlussfassung und ein vorauseilendes Aufteilen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauptverbandes auf die Versicherungsträger werden daher entschieden abgelehnt.

B. Rotationsprinzip

Im Gesetzesentwurf ist vorgesehen, dass der Vorsitz bei der ÖGK und der PVA halbjährlich zwischen einem Vertreter der DienstnehmerInnen und einem Vertreter der DienstgeberInnen wechseln soll. Im Dachverband ist vorgesehen, dass der Vorsitz jährlich zwischen den Trägern wechselt. Durch die Rotation in ÖGK und PVA führt das zu sieben verschiedenen Vorsitzenden in einer fünfjährigen Funktionsperiode. Das ist organisatorisch, manageriell und wirtschaftlich dysfunktional.



Nur eine stabile Selbstverwaltung garantiert eine wirksame Vertretung der Versicherten und ist für Politik, Vertragspartner und andere ein kontinuierlicher, konstruktiver, kompetenter Partner. Das Rotationsprinzip macht eine gezielte, erfolgreiche Unternehmensentwicklung unmöglich. Kein Unternehmen würde den Vorsitzenden so oft austauschen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht widerspricht das Rotationsprinzip dem Effizienzgebot.

C. Übertragung der Beitragsprüfung zur Finanz: Mehr Bürokratie und weniger Einnahmen

Die Beitragsprüfung soll mit einem gesondert zur Begutachtung versendeten Gesetzesentwurf (ZPFSG) ins Finanzministerium in eine neu zu schaffende Organisationsstruktur „Prüfdienst“ verschoben werden. Die Beitragsverwaltung gehört zum Kerngeschäft einer Pflichtversicherung. Die Einhebung, Verwaltung und Kontrolle der Beiträge ist keine Hilfstätigkeit, sondern eine komplexe, essenzielle Aufgabe zur Erbringung der Leistungen der Sozialversicherung. Es geht um Beginn und Ende der Versicherung, um die Frage, ob ich versichert bin wenn ich einen Arzt aufsuche. Die bezahlten Beiträge bestimmen die Höhe von relevanten Geldleistungen wie Krankengeld, Unfallrente und Pension. Auch bei der Pflichtversicherung ist die Beitragsleistung konstitutives Element für die in Selbstverwaltung organisierte Versicherungsgemeinschaft.

Die vorgesehene Übertragung der Beitragsprüfung an die Finanz widerspricht dem verfassungsrechtlich definierten Selbstverwaltungsprinzip und der damit garantierten Finanzautonomie gemäß Art. 120a – 120c B-VG.

Besonders problematisch ist die Übertragung an die Finanz auch aus finanzpolitischer, wirtschaftlicher Sicht, weil die Sozialversicherung bekanntermaßen und rechnerisch nachgewiesen wirksamer ist. Würde die gesamte Prüfung lohnabhängiger Abgaben ausschließlich durch die Sozialversicherung durchgeführt, so wären die Einnahmen jährlich um 160 Mio. € höher als bei alleiniger Durchführung durch die Finanz. Die Beitragsprüfung durch die Sozialversicherung ist effektiver und führt zu höheren Einnahmen.

Das von der Sozialversicherung angewendete Anspruchslohnprinzip dient vor allem auch der Absicherung der richtigen Pensionsbemessungsgrundlagen. Eine fünf Jahre lange Unterentlohnung von monatlich 100 € führt morgen zu einer um jährlich 140 € niedrigeren Pension.

Für die Unternehmen führt der Entwurf dazu, dass diese auch ein zweites Mal durch die Krankenversicherung geprüft werden können, was zu erhöhter Bürokratie und betrieblichen Belastungen führen wird. Das wäre ein Rückschritt hinter die 2002 etablierte Gemeinsame Prüfung Lohnabhängiger Abgaben (GPLA).



Die Verlagerung der Beitragsprüfung ins Finanzministerium ist verfassungswidrig, ineffizient und überbürokratisch.

D. Weniger ist nicht mehr!

Eine Milliarde weniger Geld im Gesundheitssystem gefährdet die Versorgung

Durch die Erhöhung der Geldmittel für den PRIKRAF zu Lasten der Krankenkassen, die Reduktion der GSBG Mittel, das Einfrieren und die Abschaffung des § 319a ASVG sowie die Reduktion des UV-Beitrages wird dem öffentlichen Gesundheitssystem bis 2023 mehr als 1 Mrd. € entzogen.

E. Handlungsfähigkeit auf Landesebene

Die politisch mehrfach versprochene Handlungsfähigkeit und Budgethoheit auf Landesebene ist im Ministerialentwurf nicht nachvollziehbar. Die Budgethoheit liegt in der Hauptstelle der ÖGK, alle maßgeblichen Verträge werden durch die Hauptstelle abgeschlossen. Eine Bundesländerabelle im Jahresvoranschlag und in der Gebarungsvorschaurechnung, in der auszuweisen ist, welche Beiträge im Bundesland entrichtet wurden (§ 443 ASVGEntw) bleibt somit eine reine Darstellung am Papier. Auf Länderebene gibt es keine Budget- oder Vertragskompetenz. Damit wird verhindert, auf regionale Bedürfnisse angemessen einzugehen zu können.

F. Zahlreiche verfassungsrechtlich bedenkliche Bestimmungen

Neben den oben angeführten Kritikpunkten, die einem funktionsfähigen und leistungsstarken Sozialversicherungssystem im Weg stehen, finden sich im Entwurf auch eine Reihe von verfassungsrechtlich bedenklichen Bestimmungen, die eine erfolgreiche Reform gefährden.

Zentraler Kritikpunkt ist die paritätische Beschickung der Selbstverwaltungskörper bei der ÖGK und der PVA. Damit wird der Interessengemeinschaft der ArbeitnehmerInnen die Möglichkeit genommen ihre eigenen Angelegenheiten selbstbestimmt zu gestalten.

Besonders deutlich wird dies in der Zeit des Überleitungsausschusses und im ersten Tätigkeits-Halbjahr des neu konstituierten Verwaltungsrates. Für die ÖGK ist vorgesehen, dass die ersten fünfzehn Monate ein Vertreter der DienstgeberInnen den Vorsitz führt.

Verfassungsrechtlich bedenkliche Hauptpunkte sind:

1. Paritätische Beschickung der Verwaltungskörper der ÖGK und PVA durch DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen (§ 426 ASVGEntw)



2. Mehrheitsverhältnisse Dachverband (§ 441a ASVGEtw)
3. Übertragung der Beitragsprüfung an das BMF (§ 1 ff. PLABG; § 41a ASVG)
4. Ausweitung der Aufsichtsbefugnisse, z. B. die Befugnisse bezüglich der Dienstpostenpläne (§ 432 Abs. 5 ASVGEtw), der Muster-Geschäftsordnungen (§ 456a Abs. 4 ASVGEtw) und des Absetzens von Tagesordnungspunkten (§ 449 Abs. 4 ASVGEtw)
5. Fit & Proper Test von Versicherungsvertretern (§ 420 Abs. 6, 7 und 8 ASVGEtw)
6. Ex-lege Übertragung von Geschäftsführungsaufgaben auf das Büro (§ 432 Abs. 1 ASVGEtw)
7. Überleitungsausschuss/Überleitungskonferenz und kommissarische Leitung (§§ 538u – 538w; § 538z ASVGEtw)
8. Einfluss auf die Zielsteuerung (BSC) (§ 444 Abs. 5 Z 3; § 449 Abs. 2 iVm 441f. ASVGEtw)
9. Auflösung der Betriebskrankenkassen (§ 5 Abs. 1 Z 9; § 5a; § 152; § 718 Abs. 8 – 10 ASVGEtw)
10. Teilung von Vorbereitung und Beschlussverantwortung beim Dachverband (§ 30a Abs. 2; § 30b Abs. 3, § 30c Abs. 3 ASVGEtw)
11. Übertragung von Befugnissen des Dachverbands durch Verordnung der BMASGK (§ 30a Abs. 2; § 30b Abs. 3; § 30c Abs. 3 ASVGEtw)
12. Dezentrale bzw. geteilte Entscheidungsfindung im Bereich Heilmittel (§ 30b Abs. 1 Z 4 und Abs. 3, § 351g; § 718 Abs. 18 ASVGEtw)
13. Einfluss der Landeszielsteuerungskommission auf die Verwendung von Rücklagen (§ 434 Abs. 2 Z 5 ASVGEtw)
14. Verordnung der Aufsicht zur Festlegung der Beträge und Schlüssel zur Spitalsfinanzierung (§ 447f Abs. 18 ASVGEtw)
15. Finanzierungsverantwortung und Ressourcen für Fusionen und geordneten Bürobetrieb (u. a. § 718 Abs. 12 und 18 ASVGEtw)



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

2. Grundsätzliche Kritikpunkte zu Inhalten, welche die Funktion des Gesamtsystems essentiell beinflussen



2.1. Demokratische Repräsentanz

2.1.1. Parität - Zur Besetzung der Verwaltungskörper (§ 426 ff. ASVGEntw)

Die Besetzung der neuen Verwaltungskörper mit gleich vielen Mitgliedern der DienstnehmerInnen und der DienstgeberInnenseite widerspricht den grundlegenden Prinzipien der Selbstverwaltung, da die Organe der Selbstverwaltungskörper aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden sind. Außerdem wird das Prinzip der Parität nicht schlüssig vollzogen. Es fällt dabei besonders auf:

- Parität der Selbstverwaltungsgremien bei PVA und ÖGK
- keine Parität bei BVAEB (dort eine DienstnehmerInnen-Mehrheit) und
- bei der SVS nur Vertreter der Selbstständigen, was wiederum zu keiner Parität im Dachverband führt (dort DienstgeberInnen-Mehrheit)
- Parität bei der AUVA.

Selbstverwaltung bedeutet, dass die Betroffenen ihre eigenen Angelegenheiten organisieren und entscheiden. Die paritätische Aufteilung ist bei der PVA und ÖGK mit den Grundprinzipien der Selbstverwaltung nach Art. 120a – 120c B-VG sowie dem allgemeinen Sachlichkeitsgebot unvereinbar.

Die Konstruktion der Gremien trägt damit der Interessenlage nicht Rechnung, obwohl gerade die Entsendung durch Interessenvertretungen die Basis dafür zu sein hätte, dass in den Gremien jene Gruppen die Mehrheit haben, die von den Entscheidungen des Gremiums in erster Linie betroffen sind.

Dies sind bei ÖGK, PVA und AUVA die DienstnehmerInnen.

Dabei darf nicht übersehen werden, dass ein wesentlicher Teil dessen, was die Betroffenheit der DienstgeberInnen ausmacht, nämlich deren Beitragsverpflichtung, nicht durch die Verwaltungskörper begründet wird, sondern bereits durch den Gesetzgeber vorgegeben ist.

Es ist daher auch vor diesem Hintergrund nicht sachgerecht, eine Parität DienstnehmerInnen – DienstgeberInnen in den Selbstverwaltungsgremien vorzusehen.

Eine DienstnehmerInnen-DienstgeberInnen Parität aufgrund des Beitragsaufkommens zu argumentieren wäre auch mathematisch nicht schlüssig.

Die unterschiedliche Repräsentanz der Versicherten bei der ÖGK und BVAEB ist nicht sachgerecht.



2.1.2. Mehrheiten im Dachverband

In § 441 ASVGEtw ist vorgesehen, dass sich das geschäftsführende Organ des Dachverbandes, die Konferenz), in Zukunft aus den Obmännern/Obfrauen und den StellvertreterInnen der fünf Sozialversicherungsträger zusammensetzt. Für einen gültigen Beschluss ist bei einem Präsenzquorum von sieben Mitgliedern Einstimmigkeit erforderlich. In einem zweiten Durchgang sind sieben Stimmen notwendig.

Allgemein gesprochen:

Es können vier Träger gegen den Willen des fünften Trägers Beschlüsse fassen, selbst in Angelegenheiten, die nur den überstimmten Träger betreffen. Das steht in Konflikt zum demokratischen Prinzip. Insbesondere auch vor dem Hintergrund über die Regelungen, wie Obmänner/Obfrauen auf Trägerebene kreiert werden. Etwa für die ÖGK bedeutet das, dass sie in der Gestaltung der für sie relevanten Bestimmungen von den anderen Sozialversicherungsträgern abhängig sein wird.

Die Abstimmungsmehrheiten nehmen keine Rücksicht auf die Anzahl der im Träger repräsentierten Versicherten.

2.1.3. Rotation

In § 441a Abs. 4 ASVGEtw ist vorgesehen, dass der Vorsitz bei der ÖGK und der PVA halbjährlich zwischen einem Vertreter der DienstnehmerInnen und einem Vertreter der DienstgeberInnen wechseln soll.

Der Vorsitz der Konferenz der Träger im Dachverband soll jährlich durch eine/n Trägerobmann/Obfrau wahrgenommen werden. Das führt dazu, dass sich beim Vorsitz im Dachverband zwar jährlich der Träger abwechselt, jedoch teilweise halbjährlich der Vorsitz wechselt.¹ Für die jeweils 5 jährige Funktionsperiode bedeutet das insgesamt 7 verschiedene Vorsitzende in einer Amtszeit. Damit ist eine kontinuierliche Linienführung, eine kontinuierliche Repräsentanz und eine laufend identifizierbare Gesprächsfähigkeit gegenüber der österreichischen Politik, den Vertragspartnern und dem Ausland nicht mehr gegeben.

2.1.4. Unvereinbarkeiten

Die Hauptversammlung eines Versicherungsträgers soll den von der Konferenz vorgelegten Jahresvoranschlag beschließen, aber auch den Rechnungsab-

¹ Der Vorsitz in der ÖGK und PVA wechselt halbjährlich, daher gibt es in diesen Funktionsperioden jeweils zwei Vorsitzende im Dachverband



schluss genehmigen und den Verwaltungsrat entlasten (§ 433 Abs. 1 ASVG-Entw).

Gleichzeitig sollen der Hauptversammlung aber die Mitglieder des Verwaltungsrates angehören (§ 426 Abs. 2 Z 1 ASVGEntw).

Eine solche Verknüpfung von geprüften und prüfberechtigten Personen ist auszuschließen. Befangenheitssituationen und damit einhergehende Unstimmigkeiten sind vorprogrammiert.

2.1.5. Fit & proper Test

Eine der Grundlagen der Selbstverwaltung ist deren demokratische Legitimation.

Diese Legitimation drückt sich in den Wahlergebnissen der Interessenvertretungen aus. Diese Wahlergebnisse sind auch die Grundlage der Entsendungen in die Verwaltungskörper (§ 421 Abs. 2 ASVGEntw).

Nun wird im Entwurf vorgesehen, dass nur Personen ein Amt als VersicherungsvertreterIn übernehmen dürfen, die vorher eine Prüfung (Eignungstest, „fit & proper-Test“) bestanden haben (§ 420 Abs. 6 Z 5 ASVGEntw).

Die Prüfungskommission für diese Prüfung wird durch die Aufsichtsbehörde (Bundesministerin) bestellt (§ 420 Abs. 7 ASVGEntw).

Dem Kerngedanken der Selbstverwaltung entsprechend ist es der autonome Bereich der entsendenden Interessenvertretungen, fachlich geeignete Personen zu entsenden.

2.1.6. Obmann/Obfrauverfügung

Nachdem zur Abwendung eines drohenden Schadens bzw. zur Sicherung eines entgehenden Vorteils rasches Handeln gefordert ist, hat derzeit eine Verfügung des/der Vorsitzenden des Verwaltungsrates (der Konferenz) auch Gültigkeit, wenn deren/dessen Stellvertretung abwesend bzw. verhindert ist.

Das hat sich bewährt und sollte beibehalten werden.

Dass eine solche Maßnahme nicht gesetzt werden kann, wenn ein/e StellvertreterIn abwesend ist, ist überschießend (abgesehen davon, dass in Zeiten von e-mail, SMS usw. auch aus der Ferne Reaktionen möglich sind und dass „Abwesenheit“ daher praktisch nur selten überhaupt denkbar ist, eher „Nichterreichbarkeit“).



2.1.7. Funktionsentschädigung

Die Tätigkeit als VersicherungsvertreterIn ist aufgrund ihrer demokratischen Legitimation derjenigen eines/einer anderen Volksvertreters/Volksvertreterin vergleichbar.

Sie ist keine Tätigkeit gegen Entgelt, begründet auch keine sonstige Erwerbstätigkeit. Bisher wurden Funktionsgebühren geleistet.

Ohne erkennbaren Grund sieht der Entwurf vor, dass in Zukunft eine Vergütung des Zeit- und Arbeitsaufwandes für die Tätigkeit geleistet werden soll, die aber nach wie vor 40 % eines Nationalratsbezuges nicht übersteigen darf.

Eine Änderung der Begrifflichkeit ohne Erläuterung des beabsichtigten Zwecks wirft unnötige Diskussionen auf und wird daher abgelehnt.

2.1.8. Ex lege Delegierung ans Büro

Der Entwurf sieht vor, dass bestimmte Aufgaben dem Büro des Versicherungsträgers zu übertragen sind (§ 432 Abs. 1 ASVGEntw).

Die Notwendigkeit von Delegierungen ist unbestritten. Mit dem Entwurf wird dem verantwortlichen Verwaltungskörper aber die Möglichkeit genommen, Fälle bestimmter Art an sich zu ziehen und selbst zu entscheiden.

Dies noch dazu, als die Haftungsbestimmungen (§ 424 ASVGEntw) nicht verändert wurden, somit die Mitglieder des Verwaltungskörpers für Entscheidungen haften würden, die sie gar nicht selbst treffen können.

Die Regelung widerspricht dem Selbstverwaltungsprinzip.



2.2. Rolle der staatlichen Aufsicht

2.2.1. Zielsteuerungssystem, Einhaltung der Ziele

Ziele sind maßgebliche Steuerungsmittel im Rahmen der Eigenverantwortung von Entscheidungsträgern. Es gehört zu den grundlegenden Aufgaben von Entscheidungsträgern, darüber zu entscheiden, wie sie ihre Aufgaben erfüllen und welche Steuerungsinstrumente sie verwenden wollen.

Die Entscheidung, was als Ziel der Geschäftsführung gelten soll, muss der Entscheidung des jeweiligen Verwaltungskörpers unterstehen, Eingriffe von außen in Ziele und Zielsteuerungsprozesse sind dem Selbstverwaltungsprinzip folgend unzulässig. Die derzeit gesetzlich festgelegte Abstimmung der Ziele mit dem zuständigen Ministerium ist sinnvoll und hat sich bewährt.

Der Eingriff der Aufsicht durch Definition der Steuerung und der Steuerungsprozesse (§ 441f iVm § 444 Abs. 5 Z 3 ASVGEntw) wird in besonderer Weise noch verstärkt durch die Ausweitung der Aufsicht in § 449 Abs. 2 ASVGEntw auf eine generelle Zweckmäßigkeitsskontrolle. Das macht eine eigenverantwortliche Geschäftsführung nahezu unmöglich.

2.2.2. Problematische Intensivierung der staatlichen Aufsicht

Die vorgesehenen Regeln bedeuten massive Eingriffe in die Geschäftsführungs-kompetenzen der Verwaltungskörper. Die Bestimmung greift wesentlich tiefer in die Geschäftsführungs-kompetenz des jeweiligen Verwaltungskörpers ein als dies bisher der Fall war. Die Befugnisse der Aufsicht sind weiters so definiert, dass ein weitaus überwiegender Teil der Aufgaben eines Sozialversicherungsträgers darunter subsumiert werden kann.

Aufsicht bedeutet Beobachtung und nötigenfalls Steuerung, nicht jedoch Geschäftsführung.

Das wird durch § 449 Abs. 2 jedoch missachtet.

Die Verweiskette führt auch dazu, dass selbst Themen wie die Verwendung von Mitteln des Unterstützungs-fonds als „wichtige Frage“ gelten: Wenn also ein Versicherungsträger für besonders bedürftige Personen Leistungen aus seinem Unterstützungs-fonds in Richtlinien definiert, fällt das bereits in die Kontrolle der Aufsicht.

Der Kontrolle unterliegt auch der Abschluss von Verträgen, deren finanzielle Auswirkungen 10 Millionen € „... innerhalb ...mehrerer Kalenderjahre ...“ übersteigen. Wieviele Jahre das sein sollen, ist undeterminiert und unterliegt somit dem Gutdünken der Aufsicht. Praktisch gesehen fallen damit fast alle Verträge mit Ärzten, Apo-



the kern und anderen Gesundheitsdiensteanbietern unter diese Bestimmung. Ein ergebnisorientiertes Verhandeln von Verträgen ist damit unmöglich.

Aufgrund der Normenverweiskette unterliegt auch der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen der generellen Zweckmäßigkeitstabelle.

Durch § 449 Abs. 2 des Entwurfes werden Angelegenheiten in einem Ausmaß der Zweckmäßigkeitstabelle unterworfen, dass die verfassungsrechtlich gebotene Eigenständigkeit der Sozialversicherungsträger unterlaufen wird.

2.2.3. Genehmigung der Personalplanung

Beschlüsse des Verwaltungsrates über die Erstellung von Dienstpostenplänen (§ 460 Abs. 1), soweit sie sich auf die Gehaltsgruppen F (Höherer Dienst) und G (Leitender Dienst) der Dienstordnung A für die Angestellten bei den Sozialversicherungsträgern Österreichs (DO. A) erstrecken, bedürfen der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen.

Dieser Eingriff des Bundes in die Selbstverwaltung ist unverhältnismäßig und daher verfassungswidrig.

2.2.4. Verordnungskompetenzen der Aufsicht generell

Die hohe Anzahl von Verordnungskompetenzen im Entwurf stellt massive staatliche Eingriffe in die Verantwortung der Selbstverwaltung dar.

Dies ist als verfassungswidrig abzulehnen.

2.2.5. Geschäftsführungskompetenz der Ministerin

Kommt kein gültiger Beschluss des Überleitungsausschusses zustande, kann der/die Vorsitzende, wenn wichtige Interessen der Österreichischen Gebietskrankenkasse gefährdet scheinen, die Angelegenheit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zur Entscheidung vorlegen.

Eine derartige Befugnis der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz geht über eine reine Aufsichtsfunktion hinaus.

2.2.6. Eingriff in die Geschäftsführung des Dachverbandes durch Gesetz und Aufsicht

Der Dachverband soll nach dem Entwurf eine Reihe von Aufgaben haben, für die er die Vorbereitungsarbeiten ganz oder teilweise an einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen kann.

Das geschah bereits bisher, weil bei den Versicherungsträger oft die praktische Kompetenz und das Detail-Fachwissen liegt.



Eine gesetzliche Regelung war dazu nicht notwendig.

Nach der Rechtsprechung des VfGH ist es unzulässig, Aufgaben, die alle Versicherungsträger betreffen, gesetzlich einem Versicherungsträger zu übertragen oder die Sozialversicherung zu zwingen, dies zu tun. Versicherungsträger können nur für ihre eigenen Mitglieder handeln.

Eine Umgehungskonstruktion in der Form, die Handlungszuständigkeit (z. B. Richtlinienkompetenz) generell von der Vorbereitung zu trennen, ist aus einem anderen Grund nicht möglich. Sozialversicherungsträger inkl. Dachorganisation haben untereinander keinen Weisungszusammenhang.

Mehrdimensional problematisch ist, dass der Gesetzesentwurf eine Übertragung von Vorbereitungshandlungen durch die Bundesministerin vorsieht, wenn der Dachverband eine solche Übertragung nicht bis zum 30. Juni 2021 übertragen hat (§ 30a Abs. 2, § 30b Abs. 3, § 30c Abs. 3).

Die Übertragung soll durch Verordnung erfolgen können. Sachliche Kriterien für solche Verordnungen sind nicht auffindbar.

Die gesetzliche Zuweisung von Abteilungen zu einem oder mehreren anderen Versicherungsträgern wird unter 2.3.2. abgehandelt. Es ist aber offensichtlich, dass dies die hier behandelte Problematik erhöht.

- Die „**Aufgabensplittung**“ (Vorbereitung und Beschluss) setzt sich erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken aus. Die im Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Konstruktion, die einerseits eine Ermächtigung zur Aufgabenübertragung vorsieht, andererseits aber Fachabteilungen zwingend anderen Versicherungsträgern, insb. der ÖGK, zuweist, steht in Widerspruch zu den Art 120a ff und Art 7 B-VG.
- „**Abteilungsgenaue**“ Organisationsvorschriften des Gesetzgebers für die Selbstverwaltung stehen in einem Spannungsverhältnis zu deren Organisationsautonomie und sind im gegenständlichen Fall der Übertragung von Bediensteten und Abteilungen auf die ÖGK sachlich nicht gerechtfertigt.
- Dies wird besonders am Beispiel des bescheidmäßigen Verfahrens zur Aufnahme in den Erstattungskodex deutlich. Die mit dem Übergang der Abteilung Vertragspartner-Medikamente faktisch erzwungene Übertragung auch der Vorbereitungsaufgaben auf die ÖGK setzt sich nicht nur Bedenken hinsichtlich der Art. 120a ff. B-VG aus, sie führt auch zu einer unnötigen Verkomplizierung der Verfahren und ist damit im Grunde des Art. 7 B-VG unsachlich.
- Die für den Fall einer Untätigkeit des Dachverbands vorgesehene Verordnungsermächtigung der Bundesministerin stellt im Lichte des Rechts auf Selbstverwaltung einen übermäßigen Eingriff in das Recht auf Selbstver-



waltung dar und ist im Hinblick auf Art. 18 B-VG nicht hinreichend determiniert.

2.2.7. Mustergeschäftsordnungen

Die Mustergeschäftsordnung für die Verwaltungskörper der Träger und des Dachverbandes soll bis 1. April 2019 von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales Gesundheit und Konsumentenschutz erlassen werden. Sofern in weiterer Folge die Träger/der DV eine eigene Geschäftsordnung beschließen, ist die Zustimmung der Ministerin erforderlich (bisher bloßes „zur Kenntnis bringen“). Die Zustimmung ist nur dann zwingend zu erteilen, wenn die Grundsätze der Mustergeschäftsordnung eingehalten werden (vgl. § 456a ASVGEntw).

Die Regelung ist unnötig kompliziert. Einheitliche Geschäftsordnungen gibt es heute schon, weil die Mustergeschäftsordnungen des Hauptverbandes nach § 456a Abs. 4 iVm § 31 Abs. 6 ASVG für alle Sozialversicherungsträger verbindlich sind und jetzt schon eine ministerielle Genehmigung notwendig ist.

Die bisherige Rechtslage ist effizient und sollte beibehalten werden.

Die in § 456a Abs. 4 des Entwurfs für verbindlich erklärten Mustergeschäftsordnungen der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sind im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gewährleistete Satzungsautonomie äußerst problematisch.

Zusätzliche Genehmigungsverfahren oder Verordnungen sollten vermieden werden, wenn sich der gewünschte Effekt auch einfacher erreichen ließe.

Für den Fall, dass auch die Anhänge der Geschäftsordnungen mit den Delegierungen (vgl. § 432 ASVGEntw) vereinheitlicht werden sollten, wäre dies ebenfalls über die bestehenden Abläufe möglich, es würde ausreichen, dieses Thema im Entwurf zu regeln.

2.2.8. Absetzen von Tagesordnungspunkten durch die Aufsicht

Der Vertreter/die Vertreterin des BMASGK bzw. des BMF kann Punkte von der Tagesordnung von den Verwaltungskörpern streichen lassen. Dies kann er/sie beim selben TO-Punkt zwei Mal. Das ist mehr als nur Aufsicht, nämlich Eingriff in die Geschäftsführung.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

2.2.9. Aufsichtsgebühr

Das Bundesministerium kann bestimmte Bedienstete mit der Aufsicht über die Versicherungsträger und den Dachverband betrauen. Sie sollen eine monatliche Aufwandsentschädigung in Höhe von 14 % bzw. 7 % (Stv.) des Gehaltes eines Abgeordneten zum Nationalrat (§ 448 Abs. 3 ASVGEntw) erhalten. Die Anzahl dieser Bediensteten ist nicht ersichtlich und stünde somit im Belieben der BM.

Die zusätzlichen Maßnahmen der Aufsichtsbehörde führen zu weiteren Kosten der Versicherungsträger und des Dachverbandes.

Aufsichtsgebühren belasten das Sozialversicherungs-System oft in höherem Ausmaß als die Funktionsentschädigungen der Selbstverwaltung. Etwa bei der PVA, wo die Aufsicht bereits jetzt schon das Dreifache der Geschäftsführung durch die FunktionärInnen beträgt.

2.2.10. Kommissarische/r LeiterIn

Es wird bei der ÖGK und dem Dachverband seitens der Ministerien ein kommissarischer Leiter/eine kommissarische Leiterin bestellt. Die Bestellung der kommissarischen LeiterIn durch die Aufsichtsbehörde stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Selbstverwaltung dar. Der Eingriff ist auch nicht erforderlich. Es wäre jedenfalls ausreichend, eine Auswahl durch die SV selbst und einen Genehmigungsvorbehalt der Aufsichtsbehörde vorzusehen. Bei der BVAEB und der SVS wird ebenfalls ein leitender Angestellter/eine leitende Angestellte mit der Führung der Bürogeschäfte betraut.



2.3. Aufgaben des Dachverbandes

Die bisherigen und auch die zukünftigen Aufgaben des Dachverbandes müssen im Wesentlichen folgende sein:

- Definition des normativen gemeinsamen Handlungsrahmens der gesamten Sozialversicherung unterhalb der gesetzlichen Ebene (gemeinsames Zukunftsbild, Grundlinien und Werthaltungen im BSC-System, Ansprechpartner für Politik, Vertragspartner und internationale Partner, die „Telefonnummer der österreichischen Sozialversicherung“)
- Entwicklung einer Strategie für die nachhaltige Sicherstellung des international anerkannten hohen Leistungsniveaus der österreichischen Sozialversicherung (Vorantreiben der gemeinsamen Gesundheitsreform, Innovationsmanagement, Digitalisierung, Leistungsharmonisierung, Aufgabenbündelung, Finanzzielsteuerung)
- Operative Durchführung gemeinsamer wichtiger Aufgaben (z. B. Erstattungskodex, zwischenstaatliche Leistungsverrechnung)
- Supportdienstleistungen für die Versicherungsträger durchaus auch mit erneuter praktischer Bedeutung (Versicherungsdatenspeicherung für die Pensionsberechnung, Betrieb des e-card-Systems, Statistiken zur sozialpolitischen und Sozialversicherungsentwicklung, Datawarehouse für das österreichische Gesundheitswesen usw.).
- Für den Dachverband muss im Interesse der Menschen auch weiterhin die Möglichkeit gegeben sein, maßgebliche Entwicklungen selbst in die Wege zu leiten und umzusetzen. Der Hauptverband hat die Finanzkonsolidierung in den Jahren 2009 bis 2013 (Sillian-Paket) für alle Sozialversicherungsträger auf die Beine gestellt. 2010 hat der Hauptverband mit dem Masterplan Gesundheit den Grundstein für die Gesundheitsreform gelegt, die alle Sozialversicherungsträger, den Bund und die Länder einbezieht.

Im Gesetzesentwurf ist ein ausdrücklicher Auftrag enthalten, dass der Dachverband wie bisher Koordinationsfunktionen hat (§ 30 Abs. 2 Z 3 ASVGEntw).

2.3.1. Streichung von Aufgaben

Es werden beispielsweise folgende bisherige Aufgaben im Entwurf nicht mehr erwähnt:



- Beobachtung der Volkswirtschaft samt Stellung einschlägiger Anträge
- Richtlinien über die Zusammenarbeit auf Landesebene
- Richtlinien für die Koordinierung des Vergaberechts
- Richtlinien über Datensicherheit
- Rechtsschutzgewährung in grundsätzlichen Fragen

Wenn der Dachverband seine Koordinationsaufgaben wirksam wahrnehmen soll (§ 30 Abs. 2 Z 2 ASVGEntw) wird er auch solche Aufgaben zu erledigen haben.

Jedenfalls wird die bisherige **Richtlinienkompetenz über die Zusammenarbeit auf Landesebene** notwendig bleiben. Die bisherige Zusammenarbeitsrichtlinie auf Landesebene (§ 31 Abs. 5 Z 26 ASVGEntw) bezog sich nicht nur auf die Gebietskrankenkassen (und wäre damit obsolet), sondern ist auch eine Aufgabe für das Verhältnis zwischen der VA öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, der SVA der Selbständigen und der Österreichischen Gesundheitskasse, aber auch der AUVA und der PVA.

Das Zusammenspiel der (Landesstellen der) neuen Sozialversicherungsträger untereinander, der AUVA und der PVA mit ihren AnsprechpartnerInnen in den Ländern z. B. im Rahmen der Pflegesicherung, der Regionalen Strukturplanung nach dem Gesundheits-ZielsteuerungsG usw. würde auf Grundlage einer expliziten Richtlinienkompetenz leichter zu organisieren sein.

Der bisher in § 31 Abs. 4 Z 5 lit. a ASVG als Aufgabe des Hauptverbandes festgelegte „Betrieb eines zentralen Schulungszentrums für die fachliche Aus- und Weiterbildung der Sozialversicherungsbediensteten ist trotz Streichung (allenfalls modifiziert) beizubehalten. Die Aufgabe in § 718 Abs. 17 ASVGEntw sieht zwar eine Zusammenarbeit mit einer Fachhochschule vor, aber auch dies wird durch den Dachverband zu gestalten sein.

Augenfällig ist weiters, dass die „Wahrnehmung der allgemeinen und gesamtwirtschaftlichen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung“ gemäß derzeitigem § 31 Abs. 2 Z 1 ASVGEntw, fehlt. Dies ist insbesondere für alle leistungsrechtlichen Angelegenheiten wichtig, weil die Entwicklung der Medizintechnik, der Digitalisierung usw. das gesamte Versicherungssystem betrifft und eine Grundlage für koordiniertes Vorgehen vorhanden sein muss.

Wenn es ein Ziel der Sozialversicherungsreform sein soll, eine Erhöhung der Kosteneffizienz zu bewirken, muss es klare Ansatzpunkte für einschlägige Maßnahmen geben.



2.3.2. Ressourcen

Der Hauptverband hat ca. 350 Beschäftigte, 300 Vollzeitäquivalente, die anerkannter Weise die vielfältigen Aufgaben der Dachorganisation erfüllen und im Zusammenspiel mit den Versicherungsträgern eines der erfolgreichsten Sozialversicherungssysteme steuern und weiterentwickeln. Die schlanke Aufbauorganisation in zwölf Abteilungsbereichen spiegelt die Arbeitsabwicklung nicht wider, die maßgeblichen strategischen Arbeiten sind erfolgreichen Großprojekte wie mBGM, e-Health, Zielsteuerung Gesundheit, Gratiszahnspange und generelle Innovationsentwicklung werden in umfassenden übergreifenden Teams gemeinsam mit den Versicherungsträgern abgewickelt, für die Abteilungsgliederungen irrelevant sind.

Der Entwurf teilt kraft Gesetzes die nicht in § 718 Abs. 18 ASVGEtw genannten Abteilungen mit insgesamt 250 Beschäftigten der ÖGK zu. Das stellt in Hinblick auf die selbstverwaltete Erledigung der Geschäfte eine verfassungswidrige Bestimmung dar. Die verbleibenden 100 Beschäftigten stehen zur Verteilung an Versicherungsträger zur Disposition. Eine gesetzliche ressourcenmäßige Auflösung der Dachorganisation bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Aufgabenerfüllung ist unmöglich.

Ein Dachverband, der die gesamte Sozialversicherung effektiv und effizient koordinieren soll, benötigt entsprechende Ressourcen. Drei Versicherungszweige sowie drei Krankenversicherungsträger brauchen ein wirksames gemeinsames Dach. Stakeholder rund um die Sozialversicherung brauchen **einen** kompetenten handlungsfähigen Ansprechpartner.

Für den künftigen Dachverband muss daher die Möglichkeit gegeben sein, Aufgaben selbst zu erledigen

Zur Erfüllung dieser Funktionen bedarf es entsprechender Expertise samt finanzieller und personeller Ressourcen.

Eine effiziente Koordination wird auch dadurch erschwert, dass der Dachverband nicht davon ausgehen kann, dass Aufgaben bei ihm verbleiben: Durch Verordnung können Vorbereitungsaufgaben ja einem Versicherungsträger übertragen werden, ohne dass klar ist, welchen Umfang solche Vorbereitungen annehmen können.

Das im Gesetzesentwurf beschriebene Konstrukt des künftigen Dachverbands kann die Erwartungen an einen funktionsfähigen und effizienzfördernden Dachverband somit nicht erfüllen.



Einer vernünftigen Aufgabenerfüllung stehen besonders die folgenden Punkte entgegen:

- Die dem künftigen Dachverband zugewiesenen Ressourcen sind in qualitativer und quantitativer Sicht nicht ausreichend.
- Überträgt der künftige Dachverband die Vorbereitung der ihm zugewiesenen Aufgaben an Versicherungsträger, fallen zugewiesene Vorbereitungsaufgaben und Ressourcen auseinander und stehen keinem Weisungszusammenhang.

Die dadurch entstehende (verfassungswidrige) komplexe Organisation erhöht den Abstimmungsaufwand erheblich.

- In der Zukunft ist mehr Koordinierung notwendig, nicht weniger. Dies folgt aus der dynamischen Entwicklung der Umwelt und der zukünftig gebündelten Größe der Versicherungsträger.
Aufgabenbündelung über alle Träger und eine gemeinsame Finanzstrategie waren in der Vergangenheit schon schwer bewältigbare Themen. Mit der geplanten Zersplitterung der Ressourcen, Teilung in Vorbereitung und Entscheidung, sind derartige strategische Aufgaben gar nicht mehr bewältigbar. Es ist mit erheblichen Ineffizienzen zu rechnen.

Aus den dargelegten Gründen gefährdet schon die im Entwurf angelegte Regelung die effiziente Bearbeitung der Verbandsangelegenheiten.

Diese Ineffizienzen würden deutlich steigen, wenn weitere Aufgaben und MitarbeiterInnen dezentralisiert würden. So wäre etwa eine Verlagerung der Aufgaben der Statistik vom Dachverband in die PVA, eine Verschiebung der IT-Agenden etwa an die SVS oder die Auslagerung der Aus- und Weiterbildung für die gesamte Sozialversicherung an die BVAEB eine enorme Systemverkomplizierung. Auch würde damit ein Risiko für Versicherte unnötigerweise eingegangen, eine jetzt funktionierende Leistung in eine neue Einheit zu verlagern, die ohnedies mit den Aufgaben der Eigenfusion ausgelastet ist. Solche Maßnahmen würden dann zu einer vollständigen Zerschlagung des Dachverbandes führen.

Das im Entwurf angelegte Modell einer sich selbst organisierenden Trägerlandschaft, die gemeinsame Interessen verfolgt, aber keinen wirksamen Dachverband hat, ist Illusion.

Effiziente Organisation ist im Interesse der BeitragszahlerInnen, der DienstnehmerInnen und der DienstgeberInnen staatspolitisch geboten.



Die vorgeschlagene Neuregelung gefährdet das erfolgreiche österreichische System der Sozialen Sicherheit.

Am Rande ist anzumerken, dass auch nicht alles an Töchter-GmbHs ausgelagert werden kann, wie dies beim e-card-System möglich war. Im Gegenteil: erfolgreiche Auslagerung setzt voraus, dass in der „Muttergesellschaft“ qualifiziertes Sachwissen und Arbeitskapazität vorhanden sind, um die ausgelagerten Arbeitsbereiche zu beobachten und zu steuern.

Der Hauptverband hat auch wesentliche Aufgaben im Bereich der Sicherheit von Sozialversicherungsdaten (Datenschutz, Sicherheitsrichtlinien usw.). Diese Aufgaben sind wohl sinnvollerweise zwingend durch den Dachverband wahrzunehmen.

Zu den Finanzressourcen des Dachverbandes ist festzuhalten, dass der Hauptverband seine Liquidität bisher aus den Verrechnungsbereichen der zwischenstaatlichen Sozialversicherung bezogen hat. Wenn diese Funktion in die ÖGK abwandert, muss im Dachverband Liquidität aufgebaut werden.

2.3.3. Ressourcenverschiebungen dürfen nicht in Quersubventionen enden

Bisher wurde die Dachorganisation nach einem durch die Versicherungsträger gemeinsam festgelegten Finanzschlüssel finanziert, einzelne Projekte nach projektbezogenen Schlüsseln.

Die Entwürfe sehen nur Aufgabenzuteilungen, aber keine gemeinsame Mitfinanzierung vor.

Dies würde wirtschaftlich betrachtet auf eine Quersubvention hinauslaufen. Der Verfassungsgerichtshof hat dies bereits als mehrfach verfassungswidrig erkannt, Vermögensverteilungen müssen nach sachlichen, nachvollziehbaren Kriterien erfolgen.

2.3.4. Organisation der Aufgaben

Die offenbar im Entwurf angedachte vollständige Trennung von Erarbeitung (Vorbereitung) und Beschlussfassung und die Zuordnung der Erarbeitung an einen Versicherungsträger führt arbeitsökonomisch zur Zerlegung eines einheitlichen Prozesses, zur Erhöhung der Kosten sowie zur Verschlechterung der Ergebnisse und wäre auch verfassungswidrig. Dieses Aufgabensplitting verstößt gegen das Sachlichkeitsgebot und stellt einen unzulässigen Eingriff in die Selbstverwaltung dar. Ein Weisungszusammenhang zwischen den handelnden



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Institutionen und Personen kann verfassungskonform ebenso nicht geschaffen werden.

Abgesehen davon, dass bereits jetzt zusammen gearbeitet wird (schon der bisherige Hauptverband hätte keinesfalls die notwendigen Kapazitäten gehabt, um z. B. alle Gesamtverträge zu verhandeln): Welche Möglichkeiten hat der Versicherungsträger, dem eine solche Vorbereitung übertragen ist, die Standpunkte anderer Versicherungsträger zu negieren bzw. entsprechende Entscheidungen zu treffen?

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger koordiniert bisher schon excellent gemeinsame Entwicklungen der Sozialversicherung. Auf die schon oben angesprochenen Großprojekte monatlicher Beitragsgrundlagenmeldung, e-Health usw. sei verwiesen.

Reibungsverluste sind daraus vorprogrammiert.

Wenn nach dem Konzept des Entwurfes Entwicklungs- und Vorbereitungsarbeiten einem Träger übertragen werden, ist evident, dass dieser Träger vorrangig seine eigenen Interessen in den Vordergrund rücken wird, das Prinzip der Äquidistanz im Interesse der Sache geht verloren. Welche wirksamen Möglichkeiten haben die anderen Versicherungsträger, ihre Interessen und Vorschläge einzubringen? Im Endeffekt werden viele notwendige Weiterentwicklungen mangels Konsens auf Beschlussfassungsebene scheitern, weil sich das System mangels einer ausgleichenden Dachorganisation selbst blockiert.

§ 30 Abs. 3 ASVGEntw normiert, dass Beschlüsse des Dachverbandes für die ihm angehörenden Versicherungsträger verbindlich sind.

Für den Dachverband muss im Interesse der Menschen auch weiterhin die Möglichkeit gegeben sein, maßgebliche Entwicklungen selbst in die Wege zu leiten und umzusetzen. Der Hauptverband hat die Finanzkonsolidierung in den Jahren 2009 bis 2013 (Sillian-Paket) für alle Sozialversicherungsträger auf die Beine gestellt. 2010 hat der Hauptverband mit dem Masterplan Gesundheit den Grundstein für die Gesundheitsreform gelegt, die alle Sozialversicherungsträger, den Bund und die Länder einbezieht.

Auch aus diesem Grund sind eine ausreichende Ressourcenausstattung und ein vernünftiges gesetzliches Organisationskonzept unverzichtbar. Das braucht jedes Unternehmen.



2.3.5. Neue Aufgaben

2.3.5.1. Konsolidierung Rechenzentren

Die Zusammenführung aller Rechenzentren der Sozialversicherungsträger und die Erstellung eines strategischen IKT-Planes ist bereits jetzt eine Aufgabe des Hauptverbandes, die im Rahmen der EDV-Richtlinien erfolgt. Hiezu besteht auch eine eigene Tochtergesellschaft, die ITSV-GmbH.

Steuerung, Koordination auch von IT-Aufgaben sollten aus einer Gesamtsicht von einer kompetenten und vor allem neutralen Stelle vorgenommen werden und daher beim Dachverband bleiben.

Gerade im vorliegenden, technisch-organisatorischen Zusammenhang ist ein wesentlicher Unsicherheitsfaktor die rechtlich nicht steuerbare Übertragungsmöglichkeit von Verbandsaufgaben durch Beschluss der Konferenz oder durch Verordnung der Bundesministerin.

Die Träger-Fusionen bewirken ohnehin eine Verschlankung der bewährten IT-Steuerung. Sie würde bei Belassung im DV mit deutlich weniger Aufwand erfolgen können. Die Hauptaufgabe im Rahmen der bisher erfolgten Zusammenführung der IT-Strukturen war letztlich immer das Managen von Interessenkonflikten beteiligter Institutionen. Diese Aufgabe kann daher nicht einem strategisch oder operativ Beteiligten übertragen werden, der nicht neutral ist weil er eigene Interessen hat.

Die Versicherungsträger und ihre Tochtergesellschaften sind auch operative IT-Dienstleister und hätten bei Übertragung der Verantwortung der IT-Gesamtsteuerung Interessenkonflikte, die zu erheblichen Akzeptanzproblemen führen müssen. Zu den in diesem Fall kritischen notwendigen Finanzierungsregelungen siehe oben bei den unzulässigen Quersubventionen.

Die erfolgreiche Konsolidierung der IT war nur dank der übergeordneten Steuerung und Koordination aller IT-Aufgaben und IT- Einheiten durch den Hauptverband möglich.

Das Flachhalten der Ausgabenobergrenze der IT für die gesamte Sozialversicherung in den letzten zehn Jahren konnte in gleicher Weise ausschließlich durch den Hauptverband gemanagt werden.

Auf diese Weise konnte mehr als ein gesamtes Jahresbudget, 280 Mio. €, eingespart werden.



Ohne diese zentrale Steuerungsfunktion im Dachverband besteht die Gefahr des Auseinanderdriftens unterschiedlicher Interessen der Träger. Die Fortführung des erfolgreichen Weges erfordert eine Stärkung der zentralen Koordinierungsfunktion des DV. Die Mitarbeiterinnen des IT-Managements und der IT-Organisation müssen definitiv im DV verbleiben. Die Möglichkeit, diese MitarbeiterInnen an andere Träger zu übertragen, ist dringend zu streichen.

2.3.5.2. Revision durch Wirtschaftsprüfer

Das Ersetzen der bisherigen Rolle der Kontrollversammlungen, die Zustimmungsrechte hatte und die darüber hinaus Aufgabenerledigungen fachlich kritisch analysieren konnte, durch eine formale Prüfung eines außenstehenden Wirtschaftsprüfers bringt inhaltlich weniger und verursacht Zusatzkosten in Millionenhöhe.

2.3.6. Gesamtrechtsnachfolge und Name

Der Entwurf vergisst zu definieren, wie die Rechtsnachfolge nach dem Hauptverband geregelt ist. Hier geht es um Millionenbeträge.

Nach den derzeitigen Begutachtungsentwürfen scheint es überdies so zu sein, dass im Namen des Dachverbandes der Hinweis „österreichischen“ entfallen soll. Diese Bezeichnung sollte aber beibehalten werden, um eindeutig zu bleiben (es gibt im deutschen Sprachraum mehrere Dachverbände in der Sozialversicherung).

2.3.7. Sozialversicherungsträger mit unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen benötigen Koordinierung

2.3.7.1. Leistungsrecht

Um ein Auseinanderdriften des Leistungsrechts zu verhindern, ist dringend eine Koordinierung im Vertragspartner- und Leistungsbereich durch den Dachverband geboten. Dem Vorwurf einer Dreiklassenmedizin würde sonst Vorschub geleistet werden.

2.3.7.2. Melderecht

Beschäftigungsstandort und Länderzuteilung

Im Bereich der ÖGK entfällt der Anknüpfungspunkt des bundeslandspezifischen Beschäftigungsstandortes. Dies bedeutet, dass für die Zuständigkeit der ÖGK nur mehr ein inländischer Beschäftigungsstandort maßgebend ist. Die Anmeldung durch den Dienstgeber erfolgt somit nur mehr bei der ÖGK. Auch die Beitragsentrich-



tung erfolgt nur mehr bei der ÖGK und nicht mehr bundeslandspezifisch bei den Gebietskrankenkassen.

Zum derzeitigen Zeitpunkt erscheint es auf Basis des vorliegenden Entwurfs nicht möglich, bis 1. Jänner 2020, den Dienstgebern im Bereich des ASVGEntw ein zentrales (?) MVB durch die ÖGK zur Verfügung zu stellen. Den vorgeschlagenen Bestimmungen kann nicht entnommen werden, an welche Stelle künftig die Meldungen zu erstatten bzw. die Beiträge einzubezahlen sind. Oder soll dies gleichgültig sein (einheitliche Kontonummer, Einbringung bei allen Landesstellen für einen Dienstgeber mit Betriebsstätten in mehreren Ländern?).

Aus diesen unklaren Bestimmungen lässt sich schließen, dass das Melde-, Versicherungs-, und Beitragswesen im Bereich des ASVG neu ausgerichtet und ausgestaltet werden müsste, was einerseits die Fusionskosten in die Höhe treiben würde und andererseits ein etabliertes System auflöst.

Die Umorganisation im Bereich der Gebietskrankenkassen macht eine Neugestaltung des Beitragsbereichs notwendig.

Bei der SVS und der BVAEB bleiben alle gesetzlichen Regelungen bezüglich der Beitragsgrundlagen und der Beitragssätze weiterhin bestehen. Es ändert sich nur die versicherungsrechtliche Zuständigkeit der Versicherten. Die SVS vollzieht daher beitragsrechtlich die bestehenden Regelungen des GSVG bzw. BSVG weiter. Bauern und Selbständige haben daher weiterhin unterschiedliche Beitragsgrundlagen sowie Beitragssätze, obwohl sie im selben Sozialversicherungsträger versichert sind.

Für den Bereich der Versicherten in der bisherigen VAEB und in der bisherigen BVA gilt dies ebenso. Alle Unterschiede in der Ermittlung der Beitragsgrundlage sowie bei den Beitragsgrundsätzen bleiben weiterhin bestehen, obwohl nur mehr ein Versicherungsträger, nämlich die BVAEB zuständig ist.

Klug wäre es, alle Dienststellen der einzelnen Versicherungsträger für die Anliegen der Versicherten aus allen Bereichen zu verwenden.

Generell ist zu sagen, dass die geplante „Bereinigung der Versichertenkreise“ keine erkennbare Grundlinie hat. Besonders wäre das Zusammenspiel in der Administration der Pensionsversicherung einfacher zu gestalten: Die BVAEB würde ansonsten die Pensionsversicherung für die „VAEB-Versicherten“ nach dem ASVG durchzuführen haben, nicht aber für die Vertragsbediensteten, diese sollen bei der PVA verbleiben.

Dieser Unterschied ist nicht sachgerecht.



2.3.7.3. Beitragsverrechnung Mehrfachversicherung

Die automatische Rückerstattung soll jeweils spätestens bis zum 30. Juni des Folgejahres durchgeführt werden. Problematisch ist in diesem Zusammenhang allerdings § 34 Abs. 4 ASVGEntw, der die Dienstgeber dazu berechtigen wird, Berichtigungen der Beitragsgrundlagen innerhalb von zwölf Monaten nach Ablauf des Zeitraumes, für den die Beitragsgrundlagenmeldung gilt, ohne nachteilige Rechtsfolgen vorzunehmen. Der Krankenversicherungsträger müsste daher die Beitragserstattung zu einem Zeitpunkt vornehmen, an dem der Dienstgeber einen guten Teil der Beitragsgrundlagen sanktionslos korrigieren kann.

Als fragliche Auswirkung für die ASVG-Versicherten wird für sie die Höhe der rückerstatteten Beiträge **gesenkt**.

Bei Zuständigkeit der BVAEB oder SVS für die Rückerstattung ist eine anteilige Erstattung der anderen Versicherungsträger vorgesehen, bei Zuständigkeit der ÖGK nicht. Im Ergebnis muss die ÖGK (wenn eine ASVG-Versicherung vorliegt) IMMER zahlen, selbst wenn sie alle Leistungen im betreffenden Zeitraum erbracht hat.

Das ist nicht sachgerecht, weil es nicht selten ist, dass trotz bestehenden Versicherungsschutzes bei z. B. der SVA wegen der dort vorhandenen Selbstbehalt nur Leistungen einer GKK in Anspruch genommen werden.

2.3.7.4. Gesundheitsförderung und Prävention

Eine Verlagerung der bisherigen Aufgaben des Hauptverbandes in diesem Bereich in die ÖGK im Sinne einer Gesamtkoordination der Sozialversicherung ist nicht zweckmäßig und führt zu einer weiteren Zersplitterung dieses Bereichs. Eine Wahrnehmung der strategischen Koordinierung im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist gerade im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit unerlässlich, ohne Ressourcen des Dachverbandes aber unmöglich.

Dieses Argument gilt für alle Themenfelder der Gesundheitsreform, wo die notwendigen Ressourcen an die ÖGK verschoben würden.

Nur so kann eine gemeinsame Position in die Zielsteuerung Gesundheit der Gesundheitsreform eingebracht werden.

2.3.7.5. Heilmittelrecht

Die vorgeschlagene Regelung des Entwurfes bedarf aus mannigfaltigen Gründen einer erneuten, grundsätzlichen und detaillierten Diskussion, die in der ge-



botenen Tiefe und Schärfe hier nicht abbildbar ist. Der Hauptverband steht für eine solche Diskussion mit seinem Expertenteam jederzeit zur Verfügung.

Die derzeit vorgesehene Zweiteilung der Agenden zur Erstellung des Erstattungskodex (EKO) auf die ÖGK und den Dachverband (DV) würde, unabhängig davon, wie man sie organisiert, zu einer **übermäßigen Bürokratisierung**, einem personellen und finanziellen Mehraufwand sowie zu neuen Doppelgleisigkeiten führen.

Zudem ist die Zweiteilung in Vorbereitung und Beschlussfassung der Herausgabe des EKO auf die ÖGK und den DV verfassungsrechtlich bedenklich und anfechtbar, weil die ÖGK keine verbindlichen Beschlüsse für andere Sozialversicherungsträger treffen kann.

Die Verhandlungen und der Abschluss des **Apothekergesamtvertrags** müssen deswegen weiterhin beim Dachverband angesiedelt werden, weil die Heilmittelversorgung alle Krankenversicherungsträger betrifft, weiters auch die eigenen Einrichtungen der Unfall- und Pensionsversicherungsträger (Unfallspitäler, Rehabilitationsanstalten etc.).

Als zentraler und unabhängiger Ansprechpartner und Serviceleister für Medikamentenfragen verfügt die heutige Fachabteilung des Hauptverbandes derzeit über die Möglichkeit, die gesamte Sozialversicherung national gegenüber dem BMASGK, der pharmazeutischen Industrie und dem Apothekenwesen sowie auf europäischer- und internationaler Ebene kompetent, effizient und glaubwürdig zu vertreten. Sie steht nicht in der Einflusssphäre eines einzelnen KV-Trägers und dessen möglichen Eigeninteressen.

Einzig die Bündelung der Aufgaben rund um den Erstattungskodex EKO in einer Stelle im Dachverband gewährleistet die reibungslose Medikamentenversorgung sämtlicher Versicherten in Österreich.

Eine Dezentralisierung und Zersplitterung widerspricht klar dem in den Erläuterungen zum Begutachtungsentwurf vorangestellten Ziel einer Verschlankung des Systems.

Die bereits bisher zentralisierten Aufgaben des Arzneimittel- und Apothekenwesens wären beim Dachverband zu belassen, um die angestrebten Effizienzpotentiale durch den gemeinsamen Einkauf von Medikamenten zu realisieren.

Die VertreterInnen des Hauptverbandes werden in internationalen Kooperationen für alle Versicherungsträger tätig, dies wird durch die Zuordnung der Abtei-



lung Medikamente zur ÖGK für die Zukunft durch die Teilung zwischen Dachverband und ÖGK schwer möglich sein.

In Beschwerden der Industrie gegen Entscheidungen des Dachverbandes an das BVerwG würde der Dachverband als Entscheidungsverantwortlicher über allfällige Verfahrensfehler einer Abteilung Streit führen, deren Vorgänge er nicht kennt und die er auch nicht zu verantworten hat.

Mit den Vorgaben der gegenständlichen Novelle erscheint in Zukunft die Einhaltung der 90- bzw. 180-Tage-Frist kaum realisierbar! Wie oben ausgeführt, obliegt die Beschlussfassung über die Herausgabe des EKO dem DV und es ist damit zu rechnen, dass die Republik Österreich zum Gegenstand europarechtlicher Mahnverfahren wird.

Ein Spielraum für Verhandlungen und Firmengespräche ist gemäß dem bisherigen Entwurf nicht mehr gegeben. Dies schadet nicht nur der Versichertengemeinschaft, da Preisverhandlungen bzw. Einsatzgebiete von Medikamenten nicht ausreichend geführt bzw. diskutiert werden können, sondern auch den einzelnen Unternehmen als Parteien des Verwaltungsverfahrens, welche ihre Sichtweise des Antrages nicht umfassend darlegen können.

Anstelle des Verhandlungsverfahrens würden Verfahren vor den Verwaltungsgerichten treten.

Wenn im vorliegenden Entwurf eine Zusammensetzung des Beratungsgremiums des Dachverbandes in Sachen Erstattungsfähigkeit von Medikamenten ohne Kontaktnahme mit dem Dachverband vorgeschlagen wird, ist damit zu rechnen, dass der Dachverband dem Selbstverwaltungsprinzip entsprechend ergänzend ein weiteres Beratungsgremium installiert.

2.3.7.6. Internationaler Versicherungsschutz

Der Hauptverband ist im Verhältnis zu mehr als 50 Staaten (EU, EWR, Schweiz, Abkommenstaaten) die österreichische Verbindungsstelle in den Bereichen KV, UV, PV sowie der zentrale Ansprechpartner für den dafür notwendigen elektronischen Datenaustausch und zwar auch für die Bereiche Arbeitslosenversicherung und Familienleistungen.

Nationale und internationale Leistungszuständigkeiten können nicht einem Zweig oder Träger zugeordnet werden. Betroffen sind u. a. Pflegeleistungen, Krankenversicherung der Pensionisten, Rehabilitationsgeld, Vorleistungspflicht, Verfolgung von Rückforderungen, Datenaustausch.



Bei einer Ausgliederung aus dem Dachverband ist mit dem Aufbau von Parallelstrukturen zu rechnen. Dadurch multiplizieren sich die Strukturen, erhöht sich die Komplexität und somit auch die Verwaltungskosten.

2.3.8. Sozialversicherung auf **Ebene der Länder**

Für diesen Bereich wird besonders auf die beigeschlossenen Stellungnahmen der Gebietskrankenkassen hingewiesen.

2.3.8.1. Landesstellen sind weisungsgebundene Organisationseinheit der Zentrale

Nach dem Entwurf wird die bisher bestehende, örtlich sehr erfolgreiche Landesebene im Bereich der Sozialversicherung substantiell eingeschränkt.

Dies widerspricht dem föderalistischen Prinzip der österreichischen Bundesverfassung.

2.3.8.2. Landesebene ohne Selbstverwaltung

Die bisherigen Landesstellen werden in Zukunft nur mehr eingeschränkt nach den Grundsätzen des nunmehr paritätisch besetzten Verwaltungsrats tätig sein (§ 434 Abs. 2 ASVGEtw). Sie werden nach § 434 Abs. 5 ASVGEtw an die Weisungen der Zentrale gebunden sein.

Ein selbstständiges Handeln und Auftreten der Sozialversicherung auf Landesebene, z. B. den auf dieser Ebene eingerichteten Interessenvertretungen und Landesbehörden wird nicht mehr möglich sein.

Die Vertragsabschlusskompetenz für die breite Palette der Verträge zur Versorgung der Versicherten liegt in der Zentrale, von der Vereinbarung über verfügbare Bereitschafts- und Notdienste bis zu Stellenplänen.

2.3.8.3. Zielsteuerung auf Landesebene

Die Schwächung der Landesebene betrifft insbesondere die Zielsteuerung Gesundheit, weil nicht mehr ausreichend auf landesspezifische Gesichtspunkte eingegangen werden kann. Die Kompetenz zum Abschluss von Vereinbarungen über die Zuordnung oder Verlagerung von Leistungen liegt grundsätzlich in der Zentrale.



2.3.8.4. Bestehende Bund-Länder-Einigungen auf Ebene des Art. 15a B-VG werden unterlaufen

Die bisherigen Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG im Gesundheitswesen beruhen zu einem wesentlichen Teil darauf, dass die Gebietskrankenkassen und andere Versicherungsträger auf Landesebene mit den entsprechenden Stellen der Länder zusammenarbeiten, so z. B. in Landes-Zielsteuerungskommissionen nach dem Gesundheits-ZielsteuerungsG.

Dies ist in den Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG so festgelegt.

Durch die Neugestaltung der Organisation erhält die Bundesebene wesentlich mehr Gewicht. Der Entscheidungsschwerpunkt verlagert sich zum Bund, nicht zuletzt, weil ja auch das Zielsteuerungssystem und die Aufsicht intensiver in die Gebarung der Sozialversicherung eingreifen werden können.

Ob die Reform in dieser Hinsicht einen Verstoß gegen das in den Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG ausgewogen festgelegte Kräftespiel im Gesundheitswesen darstellt, kann nur vom Verfassungsgerichtshof entschieden werden.

Seitens einiger Bundesländer wird die Anrufung des Konsultationsmechanismus erwogen, weil durch das neue Konstrukt ÖGK regionale Mittelabflüsse befürchtet werden. Das ist nachvollziehbar. Eine Buchhaltungsvorschrift (§ 443 Abs. 1 ASVGEntw) ist keine Garantie für Geldflüsse.

2.3.8.5. Beiträge auf Länderebene

Die Budgethoheit ist ausschließlich in der Hauptstelle der ÖGK.

Rund 99 % der laufenden Einnahmen aus den Bundesländern fließen in die Hauptstelle.

Die Hauptstelle schließt alle maßgeblichen Verträge ab. Das gilt auch für Ärztegesamtverträge inklusive Stellenplan.

Übrig bleibt für Bundesländer eine Bundesländertabelle im Jahresvoranschlag und in der Gebarungsvorschaurechnung in der auszuweisen ist, welche Beiträge im Bundesland entrichtet wurden (§ 443 ASVGEntw).

Es gibt keine Budgethoheit im Bundesland! Die Beschlussfassung von Jahresvoranschlag und Rechnungsabschluss erfolgt durch die Hauptversammlung der Zentrale.



§ 443 Abs. 1 ASVGEntw schlägt vor, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung zu stehen hat.

Da sich die Beitragsleistung idR am Beschäftigungsstandort und nur bei Pensionisten am Wohnort orientiert, müssen Abgrenzungsregeln geschaffen werden, die noch nicht ersichtlich sind.

Diese Regelung gilt offenbar auch für alle im Umlageverfahren eingehobenen Beiträge, das heißt auch für den Pensionsbereich. Das ist eine Durchbrechung des grundlegenden Finanzierungsprinzips der Sozialversicherung: des Umlageverfahrens.

Es sollte wohl nicht dazu kommen, dass durch diese Bestimmung Leistungsunterschiede zementiert werden oder neue entstehen. Bei der Gestaltung der Weisungen an die Landesstellen (§ 434 Abs. 5 ASVGEntw) wird darauf Bedacht zu nehmen sein.

Es ist nicht garantiert, dass die ÖGK-Beitragsgelder aus dem Bundesland für das Bundesland verwendet werden. Die Inanspruchnahme von Leistungen erfolgt nach dem Bedarf der Versicherten, die entsprechend der Vertragslage zu begleichen sind.

Bei den Landesstellenausschüssen in den Bundesländern verbleibt fast nichts.

Landesstellenausschüsse verhandeln und entscheiden über die Verwendung der am 31. Dezember 2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Verwendung der Rücklagen für Gesundheitsreformprojekte im Einvernehmen mit der Landeszielsteuerungskommission; diese Mittel stehen allerdings nur einmalig zur Verfügung. Die Entscheidung darf aber nur nach Grundsätzen und Vorgaben der Zentrale erfolgen. Die Ausgabenobergrenzen der maßgeblichen Vereinbarung nach Art. 15a B-VG sind zu beachten.

Landesstellenausschüsse entscheiden über die Verwendung der der Landesstelle zugewiesenen Mittel aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds nach § 447a ASVGEntw für Gesundheitsreformprojekte. Detailregelungen dazu sind jedoch in der Geschäftsordnung, die durch die Hauptstelle erstellt wird, zu treffen.

Die von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Budgetautonomie der Bundesländer wird in der geplanten Strukturreform nicht umgesetzt.



Die Grundüberlegung des Beschlusses des Ministerrates vom Mai 2018 war, dass die Beitragsgelder im Land bleiben. Das ist im vorliegenden Text nicht abgebildet. Im vorliegenden Entwurf wird nur eine buchhalterische Lösung getroffen.



2.4. Finanzen und Ressourcen

2.4.1. Eine Milliarde weniger für die Versicherten

Der Begutachtungsentwurf verspricht „durch die Zusammenlegung der Sozialversicherungsträger Einsparungen bei den Funktionären und in der Verwaltung.“

Nach den finanziellen Erläuterungen des Entwurfes ergeben sich 2023 Einsparungen von 33 Millionen €.

Im Übrigen betragen die für die Selbstverwaltung (Funktionäre) im Jahr 2017 getätigten Ausgaben rund 5 Mio. €.

Genaue Berechnungen zeigen, dass durch die im Begutachtungsentwurf vorgesehenen Maßnahmen der ÖGK und der AUVA kumulierte Mehrbelastungen in Höhe von mehr als 1,1 Milliarden € aufgebürdet werden. Davon der ÖGK ca. 500 Millionen und der AUVA ca. 600 Mio. €. Im Einzelnen sind dies:

1. zusätzliche und laufend zu valorisierende Zahlungen an private Krankenanstalten in Höhe von jährlich 14,7 Mio. € für alle Krankenversicherungsträger ab 1. Jänner 2019, für die ÖGK kostet dies bis 2023 53 Mio. €. Die privaten Krankenanstalten bekommen 2019 eine gesetzliche Erhöhung von mehr als 15%.

Das führt auch zu einem höheren Pflegekostenzuschuss bei der Inanspruchnahme privater Krankenanstalten, die nicht durch den PRIKRAF finanziert werden, mit einem Mehraufwand für die ÖGK von nicht ganz 2 Mio. € bis 2023.

2. Das Einfrieren des besonderen Pauschbetrages nach § 319a ASVG-Entw bis inklusive seiner Abschaffung im Jahr 2023 bringt der ÖGK einen Einnahmenausfall von ca. 300 Mio. €. Durch die Abschaffung des Pauschbetrages soll eine erneute Senkung des UV-Beitrages ermöglicht werden. Das Geld fehlt aber der ÖGK.
3. Die Reduktion und Umwidmung der Zahlungen des Finanzministeriums an die bisherigen Gebietskrankenkassen gem. den Bestimmungen des GSBG bringt ab 2020 eine negative Auswirkung von mehr als 130 Mio. € für die ÖGK.



4. Die finanzielle Belastung der AUVA ergibt sich aus der Senkung des UV-Beitrages von 1,3 auf 1,2 % mit einer Gesamtauswirkung bis 2023 von 630 Mio. €.
5. In Hinblick auf die vorgesehenen Änderungen in § 447h Abs. 3 ASVGEntw verliert die ÖGK pro Jahr ca. 615.000 €, bis 2023 daher ca. 3 Mio €. Die Restmittel werden zukünftig nur mehr auf die SVS und die BVAEB aufgeteilt.

Finanzielle Bewertung der SV-Strukturreform
Ersteinschätzung des Gesetzesentwurfes
14.10.2018

Finanzielle Belastung der ÖGK						
Beträge in Mio. Euro	2019	2020	2021	2022	2023	kumuliert
Differenz PRIKRAF	-9,92	-10,27	-10,63	-11,00	-11,39	-53,21
Höherer Pflegekostenzuschuss	-0,34	-0,36	-0,37	-0,38	-0,40	-1,85
Differenz Besonderer Pauschbetrag § 319a	-8,55	-17,69	-27,21	-37,13	-203,61	-294,18
Differenz Pauschalbeitrag GSBG	0,00	-27,45	-31,23	-35,10	-39,08	-132,86
Restmittel 447h	-0,62	-0,62	-0,62	-0,62	-0,62	-3,08
Summe ÖGK	-19,42	-56,38	-70,05	-84,22	-255,10	-485,18

Finanzielle Belastung der AUVA						
Beträge in Mio. Euro	2019	2020	2021	2022	2023	kumuliert
Senkung UV-Beitrag auf 1,2%	-117,51	-121,49	-125,62	-129,88	-134,28	-628,78
Entlastung durch besonderen Pauschbetrag 319a	8,55	17,69	27,21	37,13	203,61	294,18
Senkung UV-Beitrag um weitere 0,2% auf 1%	-	-	-	-	-268,56	-268,56
Summe AUVA	-108,96	-103,80	-98,41	-92,75	-199,23	-603,16

Finanzielle Belastung ÖGK und AUVA gesamt						
Beträge in Mio. Euro	2019	2020	2021	2022	2023	kumuliert
Summe ÖGK und AUVA	-128,39	-160,19	-168,47	-176,98	-454,33	-1.088,34

Art. 51 Abs. 8 B-VG und § 17 Abs. 4 Z 2 Bundeshaushaltsgesetz sehen verpflichtend vor, dass auch die finanziellen Auswirkungen von Gesetzen auf die Sozialversicherung in legistischen Vorhaben auszuweisen sind (Wirkungsfolgenabschätzung). Entgegen diesen gesetzlichen Anordnungen sind Fusionskosten im Entwurf nicht angesetzt. Unter Bezugnahme auf Berechnungen des Rechnungshofes zur Fusion PVArb – PVAng, die insgesamt 200 Mio. € ergeben, ist mit Fusionskosten von mehr als 500 Mio. € zu rechnen.



Ein Risikostrukturausgleich zwischen den zukünftigen drei Krankenversicherungsträgern ist nicht vorgesehen. Das ungünstige Beitrags-Risikoverhältnis muss die ÖGK auch in Zukunft allein tragen. Hinzu kommt, dass auch kein Ausgleich für unterschiedliche Inanspruchnahme bei Mehrfachversicherung erfolgt. Dies belastet die ÖGK.

Zur Beitragssenkung in der AUVA ist noch Grundsätzliches festzuhalten:

Die Beitragssenkung geht zu Lasten der ÖGK durch die Beseitigung des § 319a ASVG. Wie die Verrechnung der Leistungen erfolgt, die die ÖGK für Unfallheilbehandlungen erbringt, ist vollkommen offen. Der verbleibende Rechtsbestand erlaubt eine Einzelverrechnung zwischen GKKs und AUVA nur für eine überschaubare Anzahl von Fällen und nur mit Zustimmung der Bundesministerin. Die Frage ist daher, wie eine solche Verrechnung in Zukunft erfolgen soll. Bei Nicht-einigung muss es zu bereicherungsrechtlichen Streitverfahren kommen.

Die Beseitigung der Pauschalabgeltung nach § 319a ASVG wirft daneben die viel grundsätzlichere Frage auf, warum eine Leistungspflicht der ÖGK für die ersten vier Wochen nach einem Arbeitsunfall ohne jegliche Abgeltung durch die AUVA aufrecht erhalten wird. Mangels Pauschalierung muss wohl eine neue Grundregel gelten: Voller Kostenersatz durch die AUVA an die ÖGK ab dem ersten Tag.

Besonders zu berechnen wäre auch die bis zu lebenslange Zusatzbelastung der ÖGK, die aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten resultieren, und zwar generell, besonders aber für Unfallrentner.

Der steigende Aufwand der Aufsicht wurde bereits oben angesprochen. Die Kosten der Aufsicht betragen derzeit schon rund 2,5 Mio €.

2.4.2. Krankenanstaltenfinanzierung

Die Aufteilungsschlüssel der Krankenanstaltenfinanzierung beruhen auf Absprachen zwischen Bund und Ländern im Rahmen der Finanzausgleichsverhandlungen.

Eine Verschiebung von Finanzierungsanteilen, wie dies durch das Ausscheiden der Betriebskrankenkassen erwartet werden kann, wäre mit den Ländern zu vereinbaren.

Allfällige verbleibende Zahlungslasten aus dem Ausscheiden der Betriebskrankenkassen sollen dann offenbar auf die verbleibenden Versicherungsträger ver-



teilt werden. Die Betriebskrankenkassen tragen zur Finanzierung der öffentlichen Spitäler derzeit ca. 50 Mio. € bei.

Die Verordnungsermächtigung ist in verfassungswidriger Weise nicht ordnungsgemäß determiniert und kann Zahlungslasten willkürlich verschieben.

Eine Überprüfung inwieweit die geplanten Änderungen mit den Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern zulässig sind, ist dringend geboten.

2.4.3. Ausgleichsfonds

Der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen wird durch Zusammenführung zur ÖGK abgeschafft.

2.4.4. Innovationsfonds

Anstelle des Ausgleichsfonds soll ein Innovationsfonds geschaffen werden.

Der Innovations- und Zielsteuerungsfonds wird von Seiten der Sozialversicherung ausschließlich aus den Beiträgen der ÖGK dotiert.

Innovationen gelten jedoch für alle Versicherten, somit auch jene der anderen Krankenversicherungsträger.

Die daraus folgende verfassungsrechtlich gebotene Mitfinanzierungspflicht von Innovationen durch die Sonderversicherungsträger, die über mehr als ausreichend Finanzmittel verfügen, ist nicht geregelt.

Aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen werden für das Geschäftsjahr 2018 ca. 350 Mio. € ausgeschüttet. Über diese Mittel können die Gebietskrankenkassen frei verfügen. Durch die Zweckbindung für Innovation- und Zielsteuerung der ÖGK (Volumen neu ca. 200 Mio. €) wird der ÖGK die Verfügbarkeit über diese Mittel entsprechend dem regionalen Bedarf entzogen.

Die Restmittel wurden bisher auf alle Krankenversicherungsträger unter Bedachtnahme der Inanspruchnahmen der Vorsorgeuntersuchung aufgeteilt als Ersatz für den Aufwand im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung.

In Hinblick auf die vorgesehenen Änderungen in § 447h Abs. 3 ASVGEntw wird festgehalten, dass die alleinige Zuweisung der Restmittel des Fonds an die SVS und BVAEB nicht zulässig erscheint. Der Ausschluss der ÖGK die verbleibenden Mittel betreffend ist offenkundig gleichheitswidrig. Auf die finanzielle Auswirkung der Reduktion der Mittel der ÖGK wird oben unter 2.4.1. eingegangen.



2.5. Beitragseinhebung und Prüfung

Zur Neugestaltung im Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung – ZPFSG

Wesentlicher Aufgabenbereich selbstverwalteter Körperschaften ist die Verantwortung für ihre finanziellen Grundlagen und ihre Mitgliedschaften.

Der vorliegende Entwurf greift in den Kernbereich der Selbstverwaltung ein und ist daher verfassungswidrig.

Der Entwurf wird in dreifacher Hinsicht als besonders kritisch eingestuft und erfordert eine komplette Überarbeitung:

1. Verfassungswidriger Eingriff in die Selbstverwaltung

Der Gesetzgeber hat die Erfüllung der Aufgaben der gesetzlichen SV als Selbstverwaltungsaufgabe ausgestaltet. Das ist eine auch im Zusammenhang mit der Beitragsverwaltung maßgebliche Systementscheidung. Wegen der zentralen Bedeutung der Beitragsverwaltung für die Erfüllung der im Wege der Selbstverwaltung zu erfüllenden Aufgaben kann der SV die Verantwortung für die Verwaltung der Beiträge nicht abgenommen werden, ohne das Selbstverwaltungsprinzip selbst in Frage zu stellen. In diesem Zusammenhang ist auf die Bedeutung der Beiträge für die Wahrnehmung der Aufgaben der SV im Leistungsrecht hinzuweisen. Im Hinblick auf diese Bedeutsamkeit der Beitragsverwaltung erstreckt sich somit die verfassungsrechtlich gewährleistete Eigenverantwortlichkeit der SV (Art. 120b Abs. 1 B-VG) auch auf die Einhebung und Kontrolle der SV-Beiträge.

2. Senkung der Prüfeffizienz

Die vorliegenden Erfahrungswerte unterstreichen die höhere Effektivität von Prüfungen die durch die Sozialversicherung durchgeführt werden. Bei einem ausschließlichen Wechsel der Beitragsprüfung hin zur Finanz ist daher von niedrigeren Prüfergebnissen auszugehen.

Dass die Prüfer der SV unter den gleichen Voraussetzungen höhere Ergebnisse bringen belegen die letztjährigen Erhebungen:

- Waren im Jahr 2017 nur die SV Prüfer tätig gewesen, wären die Ergebnisse bezüglich der Sozialversicherungsbeiträge um 30 Mio. € besser gewesen.
- Würden nur die SV-Prüfer tätig werden, wäre das Gesamtergebnis (Lohnsteuer, SV-Beiträge und Kommunalsteuer) in den letzten sechs Jahren durchschnittlich um rd. 160 Mio. € im Jahr besser gewesen, als wenn die Finanz allein tätig geworden wäre.



Von den Grundlagen für die Zahlungspflichten hängen aber nicht nur die Einnahmen ab, sondern auch direkt über die Bemessungsgrundlagen die **Höhe der Leistungen der Sozialversicherung**.

Die Beitragsprüfung umfasst daneben auch die Feststellung der Zugehörigkeit zum Versichertenkreis.

Maßgebliche Verlierer einer Verschlechterung der GPLA sind die Versicherten, deren Beitragsgrundlagen nicht mehr geprüft und korrigiert werden.

Das führt zu Leistungsreduktionen bei Krankengeld, Wochengeld, Pension, Arbeitslosengeld, u. a. Dazu folgendes Beispiel:

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

Die ÖGK und das Finanzministerium verlieren ebenfalls Geld.

In Summe sind neben geringeren Beitragseinnahmen auch geringere Steuereinnahmen für die öffentliche Hand zu erwarten, für Bund, Länder und Gemeinden.

3. Mehrfachbelastung für die Arbeitgeber und weniger Effizienz

Die Möglichkeit der Einschau sowie der Nachschau nach einer Prüfung durch die Finanz muss für die Krankenkasse und auch für die Gemeinden verfassungsrechtlich aufrecht bleiben. Das wird auch in § 10 Abs 3 PLABG explizit so festgehalten:

„(3) Das Finanzamt der Betriebsstätte (§ 81 EStG 1988), die Österreichische Gesundheitskasse und die Gemeinden **sind an das Prüfungsergebnis nicht gebunden**. Sie können von den Sachverhaltsfeststellungen jedoch nur dann abweichen, wenn ein begründeter Anlass gegeben ist, ihre Richtigkeit in Zweifel zu ziehen.“

In den Erläuternden Bemerkungen wird dazu ausgeführt:

„[...] Die Finanzämter, die Österreichische Gesundheitskasse und die Gemeinden sind an das Prüfungsergebnis des Prüforgans nicht gebunden und können – etwa bei der Bescheiderstellung – davon abweichen (betreffend Sachverhaltsfeststellungen jedoch nur in begründeten Fällen).“

– Organe des Prüfdienstes für lohnabhängige Abgaben und Beiträge können von sich aus für Zwecke der Erhebung von lohnabhängigen Abgaben und Beiträgen allgemeine Erhebungsmaßnahmen oder Nachschauen durchführen.“



Der Zustand vor Einführung der GPLA im Jahr 2003 mit Mehrfachprüfung durch Finanz und SV wird daher wieder hergestellt. Damit wird es wieder dazukommen, dass zwei Prüfer nacheinander beim Dienstgeber Prüfungen durchführen.

Dies führt jedenfalls zu nicht notwendigen Doppelbesuchen bei den Dienstgebern und konterkariert die Intentionen der Bundesregierung zur Verwaltungsvereinfachung.

In den finanziellen Erläuterungen zum Gesetz ist festgehalten, dass die Finanz die Anzahl der Prüffälle mit unterdurchschnittlichem Prüfergebnis um 10 % reduzieren will und das Gesamtprüfergebnis um 5 % verbessert werden soll.

Mit dem Prüfdienst wird eine zusätzliche Verwaltungseinheit beim BMF geschaffen, die Geld kosten wird.

Das Ziel einer Verbesserung der Effizienz und Effektivität der GPLA wird dadurch sicherlich nicht erreicht, genau das Gegenteil wird eintreten.

Diese Ablehnung des Entwurfs gründet sich nicht nur auf das verfassungsrechtliche Argument. Der Entwurf beruht auch auf falschen Annahmen, deren Unrichtigkeit den beteiligten Stellen bekannt sein muss. Es gibt nämlich eine jahrelange erfolgreiche Zusammenarbeit im Rahmen der GPLA (gemeinsame Prüfung lohnabhängiger Abgaben, § 41a ASVGEtw, § 86 EStG).

Faktum ist:

Für die Dienstgeber wird es komplizierter, für den Staat teurer!

Der Rechnungshof hat seinen Prüfbericht über die Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) veröffentlicht. Im letzten Jahr wurden dabei vor Ort Erhebungen bei einigen Gebietskrankenkassen sowie bei Finanzämtern durchgeführt. Auch der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und das Bundesministerium für Finanzen wurden in diese Erhebungen mit einbezogen.

Der Rechnungshof hat in seiner Einschau 2012 und der follow-up Prüfung 2014 ausdrücklich bestätigt, dass die GPLA effizient und effektiv durchgeführt wird. Positiven Weiterentwicklungen verschließt sich die Sozialversicherung nicht. Der vorliegende Entwurf ist jedoch ein maßgeblicher Rückschritt.

Nach dem verfassungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprinzip (Effizienzprinzip) darf der Gesetzgeber keine Maßnahmen einer Verwaltungsreform setzen, deren Auswirkungen im Hinblick auf die Gebote einer sparsamen und wirtschaftlichen Verwaltungsführung von vornherein fragwürdig sind. Zwar kommt dem Gesetzgeber ein nicht unerheblicher rechtspolitischer Spielraum zu, innerhalb dessen



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

er selbst die Sinnhaftigkeit von Reformen abschätzen kann, ihn trifft allerdings letztlich eine Art von Beweislast, dass geplante Maßnahmen unter Berücksichtigung aller Auswirkungen und Nebenfolgen einen tatsächlichen Effizienzgewinn erwarten lassen. Wie bereits dargestellt kann durch die Schaffung eines eigenen Prüfdienstes beim Bundesminister für Finanzen prognostiziert werden, dass die angekündigte Reform im Ergebnis keinen Effizienzgewinn erwarten lässt. Nachdem dieser Nachweis nicht gelungen ist, widerspricht das ZPFSG auch dem verfassungsrechtlichen Wirtschaftlichkeitsprinzip.

Der vorliegende Entwurf überträgt die Beitragsprüfung für die der VAEB zugehörigen Betriebe wieder an die BVAEB. Diese Betriebe unterliegen in Zukunft einer vollständigen Doppelprüfung durch BVAEB und Finanzministerium.

Unerfindlich ist, warum Beitragsprüfungen bei der BVAEB und bei der SVS isoliert neben Steuerprüfungen stattfinden, wenn man sich entschlossen hat, den Weg einer Bündelung zu gehen.



2.6. Geplantes Organisationssystem der Sozialversicherung

Systembrüche

2.6.1. Auseinanderfallen der Sozialversicherung in Versicherungsgruppen

Entwicklung einer Dreiklassenmedizin.

Die Zerteilung des Dachverbandes und die Aufteilung der Vertragsabschlusskompetenz auf die einzelnen Versicherungsträger werden zu einer Auseinanderentwicklung der Leistungsbereiche der BVAEB, SVS und ÖGK führen. Das Ziel gleicher Beiträge für gleiche Leistungen für alle Versicherten ist aus diesem Entwurf nicht ableitbar.

2.6.2. Unvereinbarkeitsbestimmungen

Die Regeln, wonach Funktionsträger, die bisher in Verwaltungskörpern tätig waren, nicht in den Überleitungsausschüssen tätig sein dürfen, ist einerseits ein verfassungswidriges Berufsverbot für die Betroffenen, andererseits ein Verstoß gegen die demokratische Legitimation der Selbstverwaltungskörper (§ 538v Abs. 1 ASVGEntw).

Zusätzlich sind die Regelungen in den unterschiedlichen Materiengesetzen ungleich gefasst:

Nach dem geplanten § 538v Abs. 1 ASVGEntw dürfen die Mitglieder des Überleitungsausschusses „keinem anderen Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören“. Dagegen normiert § 168c Abs. 1 B-KUVGEntw für das Beamtenversicherungsrecht, dass die Mitglieder des Überleitungsausschusses „keinem Verwaltungskörper eines anderen Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören“ dürfen.

Demnach schließt der geplante § 538v Abs. 1 ASVGEntw generell aus, dass Mitglieder des Überleitungsausschusses einem Verwaltungskörper eines Versicherungsträgers oder des Hauptverbandes angehören, während § 168c Abs. 1 B-KUVGEntw lediglich die Zugehörigkeit zu einem Verwaltungskörper eines **anderen** Versicherungsträgers sowie des Hauptverbandes verbietet.

In den Überleitungsausschüssen von HVB, ÖGK, AUVA, SVS und PVA sind Versicherungsvertreter ausgeschlossen, die jetzt eine Funktion haben. Bei der BVAEB gilt dies nur für Funktionen bei anderen Trägern oder dem Hauptverband, nicht jedoch bei Funktionen im eigenen Träger. Dies ist auch eine besondere Abweichung zur Situation bei der damaligen Fusion zur PVA. Dort waren Vertreter beider fusionierter Versicherungsträger im Überleitungsausschuss.



2.6.3. Rolle der „nicht wahlwerbenden Gruppe“

Es ist vorgesehen, dass Vorsitzende nicht derselben wahlwerbenden Gruppe angehören dürfen, der der Obmann/die Obfrau des Verwaltungsrates bzw. Stv. zuzurechnen ist.

Dies bedeutet, dass in Abweichung von den demokratischen Wahlergebnissen, Minderheitenfraktionen mit der Vorsitzführung in Gremien betraut werden müssen.

Der Begriff „wahlwerbende Gruppe“ stammt aus der Wahlgesetzgebung, er ist über die Organisation der jeweiligen Wahlen fassbar.

Das Wort „zuzurechnen“ ist aber keine rechtliche Kategorie. Offenbar ist nicht „angehören“ gemeint, weil dies als Mitgliedschaft zwar fassbar wäre, aber in einer Wahl nicht immer Gruppierungen auftreten, die eine juristische Organisation aufweisen, die Mitgliedschaften zulässt.

Es ist nicht ersichtlich, worin dieses „zuzurechnen“ bestehen soll.

Die Bestimmung ist nicht vollziehbar. Sie widerspricht weiters der immer wieder betonten demokratischen Legitimation der Verwaltungskörper. Es eröffnet sich der Eindruck, dass jemand eine Rolle erhalten soll, der außerhalb der demokratischen Legitimation stehen kann und sich nicht Wahlen stellen müsste.

2.6.4. Organisation der Verwaltungskörper

Die Organisation der Sozialversicherung wird durch die Reform nicht vereinfacht, sondern komplizierter gestaltet. Der Gesetzgeber regelt gleiche Sachverhalte in unterschiedlichen Gesetzen unterschiedlich.

Es wird beispielsweise bei der ÖGK und dem Dachverband ein kommissarischer Leiter bestellt, während bei der BVAEB und der SVS ein bestehender leitender Angestellter mit der Führung der Bürogeschäfte betraut wird. Diese Differenzierung ist einerseits unsachlich, andererseits ist die Bestellung eines kommissarischen Leiters per se ein unzulässiger Eingriff in die Selbstverwaltung.

Dass es keine Stellvertreter mehr gibt (derzeit in § 421 Abs 7 ASVG generell geregelt) und nur Stimmrechtsübertragungen möglich sind (neu z. B. in § 538v Abs. 2 ASVGEtw) ist unzweckmäßig, in manchen Fällen beschlusshinderlich (Anwesenheitsquorum).



In diesem Zusammenhang fällt auf, dass bei einer Organisationsveränderung, die Sparwillen vorgibt, bei der PVA ein dritter Generaldirektor-Stellvertreter installiert wird, obwohl sie von Organisationsveränderungen nicht betroffen ist, Das ist nicht nachvollziehbar.

Es gibt unterschiedliche Regeln hinsichtlich Vorsitzführung und Dirimierungsrechten (neu: keine Dirimierung bei ÖGK und PVA). Während die Vorsitzführung bei ÖGK, PVA und Dachverband nach dem Rotationsprinzip erfolgen soll, ist das für BVAEB, SVS und AUVA nicht vorgesehen. Sachlich erscheint diese Differenzierung nicht rechtfertigbar.

Besonders pikant ist, dass bei der ÖGK der Dienstgebervertreter kraft Gesetzes neun Monate lang Vorsitzender des Überleitungsausschusses ist, gerade in der Zeit der Neugestaltung bzw. der Bestellung der leitenden Angestellten. Der Vorsitzende des Überleitungsausschusses ist im Anschluss daran auch noch sechs Monate Obmann/Obfrau der ÖGK. Die Ausgewogenheit zwischen DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen ist so sicher nicht gegeben.

Ebenso ist auch die Teilnahme des/der Vorsitzenden der Hauptversammlung und dessen/deren Stellvertretung mit beratender Stimme an den Sitzungen der Konferenz nicht vorgesehen (siehe § 441f Abs. 5 ASVGEtw).

2.6.5. Streichung des Beirates

Aufgrund der Relevanz der unmittelbaren Vertretung von Anliegen geht die generelle Streichung der Beiräte gesellschaftspolitisch in die falsche Richtung.

2.6.6. Einbindung der Betriebsvertretung

Die neue Regelung sieht keine Teilnahme der Betriebsvertretung des Dachverbandes bzw. der „Zentralbetriebsvertretung“ an den Sitzungen der Verwaltungskörper des Dachverbandes vor (siehe §§ 441h iVm § 439 Abs. 1 ASVGEtw).

2.6.7. Betreibergesellschaft für eigene Einrichtungen der AUVA, Dienstrecht Sonderversicherungsträger

Ungeklärt ist, ob DienstnehmerInnen in der Betreibergesellschaft DienstnehmerInnen der Gesellschaft oder der AUVA sind. Wenn diese Personen weiterhin DienstnehmerInnen der AUVA sein sollen, muss man das klarstellen. Es geht schließlich um die Frage, ob sie (weiterhin) der Dienstordnung unterliegen. Einer Klärung bedarf auch, ob neue MitarbeiterInnen weiterhin Bedienstete der AUVA unter Zugrundelegung der Dienstordnung sind.



Sollte die Betreibergesellschaft eigene MitarbeiterInnen haben, ist die Regelung nicht ausreichend, wenn man sicherstellen will, dass die Kollektivverträge und Richtlinien dienstrechlicher Natur in gleicher Weise wie für DienstnehmerInnen der Sozialversicherungsträger auch für die DienstnehmerInnen der Betreibergesellschaft gelten sollen. Dies deshalb, weil der Dachverband nur befugt ist, dienstrechliche Richtlinien und Kollektivverträge für die Sozialversicherungsträger, nicht aber Betreibergesellschaften abzuschließen. Wollte man dies, wäre § 30b Abs. 1 Z 1 ASVGEntw entsprechend zu ergänzen oder in § 24 Abs. 4 ASVGEntw ein Hinweis auf die zuvor genannte Regelung aufzunehmen.

§ 24 Abs. 4 ASVGEntw stellt einen Eingriff in die Selbstverwaltung dar, weil die Wahl der Rechts- und Organisationsform nicht mehr frei ist.

Im ASVGEntw vorgesehene Schutzmechanismen für DienstnehmerInnen wären auch in den anderen Sozialversicherungsgesetzen sicherzustellen.

2.6.8. Die Betriebskrankenkassen werden aufgelöst.

Die Auflösung der Betriebskrankenkassen führt in der Sozialversicherung zu Mehrkosten.

Die Verwaltungskosten und die Ausfallshaftung tragen nach derzeitiger Rechtslage die Unternehmen (§ 445 ASVGEntw).

Die Versicherten der Betriebskrankenkassen werden zunächst gezwungen in die ÖGK bzw. KFA/BVAEB zu wechseln, was teilweise zu leistungsrechtlichen Verschlechterungen führen wird.

Die Auflösung der Betriebskrankenkassen und ihre Überführung einerseits in die neu einzurichtende ÖGK (aber auch in die Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien bzw. die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau) ist im Lichte der verfassungsgesetzlich gewährleisten Rechte auf Unverletzlichkeit des Eigentums der mit den Betriebskrankenkassen eng verflochtenen Betriebsunternehmen (Art. 5 StGG, Art. 1 1. ZP-EMRK) und des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes in seiner Ausgestaltung als allgemeines Sachlichkeitsgebot (Art. 7 Abs. 1 B-VG) bedenklich. Dies ergibt sich im Besonderen aus der Inkohärenz der Regelung des § 718 Abs. 8 ASVGEntw, die ausgehend von einer allgemeinen Vorgabe für eine bestimmte Betriebskrankasse eine Sonderregelung hinsichtlich ihrer Auflösung normiert.

Die alternativ dazu vorgesehene Umwandlung der Betriebskrankenkassen in betriebliche Wohlfahrtseinrichtungen erscheint aus dem Blickwinkel des allgemeinen Sachlichkeitsgebots des Gleichheitssatzes (Art. 7 Abs. 1 B-VG) bedenk-



lich. Dies ergibt sich daraus, dass mit der Herauslösung aus der Gesamtregelung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung zum einen ein Ausschluss von den Wirkungen eines von der ÖGK mit den Ärztekammern und sonstigen Interessenvertretungen abgeschlossenen Gesamtvertrages verbunden ist und zum anderen angesichts der fehlenden Bescheidkompetenz der betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen auch die Regelungen für das Verfahren in Leistungssachen nicht gelten. Insoweit entstehen unsachliche Auswirkungen für den betroffenen Kreis der Versicherten, ohne dass diesen Auswirkungen wichtige öffentliche Interessen gegenüberstehen würden.

Unabhängig davon fehlt eine Bestimmung, die eindeutig macht, dass alle Verträge, die bisher für Versicherte der BKK galten, zukünftig auch für deren Wohlfahrtseinrichtungen gelten müssen *und das Schicksal der ÖGK-Verträge teilen*.

Offen ist die Frage, was die Konsequenz ist, wenn eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung aus welchen Gründen auch immer an der Krankenanstaltenfinanzierung nach § 27a KAKuG und § 447f ASVGEntw nicht teilnimmt. Dann müsste sich der Pauschalbetrag nach § 447f ASVGEntw entsprechend reduzieren. Dazu wäre aber eine Änderung der Art.-15a-Vereinbarung erforderlich (siehe auch Ausführungen zu § 447f Abs. 18 ASVGEntw).

Bisher haben die Gebietskrankenkassen die Verträge für die BKK verhandelt. Die Richtlinien des Hauptverbandes über die Zusammenarbeit der Versicherungsträger haben dies so festgelegt, sie galten auch für die Betriebskrankenkassen.

Ansonsten wären diese Verträge für die Wohlfahrtseinrichtungen neu auszuhandeln (auszuschreiben?). Wegen des vergleichsweise geringen Volumens und damit geringer Rabattmöglichkeiten würde das zu hohen Aufwandssteigerungen führen.

Eine Gleichartigkeit wäre weiters nur dann gegeben, wenn die durch die Wohlfahrtsfonds geschützten Personen ihre Ansprüche wie bisher über das e-card-System dokumentieren könnten. Die Wiedereinführung von „Krankenscheinen“ durch die Wohlfahrtsfonds darf nicht das Ergebnis dieser Bestimmung sein.

Durch Entscheidung des Dienstgebers kann die Einrichtung wieder aufgelöst werden, weil jede Betriebsvereinbarung auch gekündigt werden kann. Das ist eine deutliche Verschlechterung für die Versicherten.

Eine Regelung, wie der Leistungsanspruch (z. B. auf rasche Krankenbehandlung) in solchen Fällen gesichert werden soll, fehlt. Gibt es eine Nachwirkung?



Liefe sodann der Rechtszug über den Zivilrechtsweg? Eine Anpassung des Arbeits- und Sozialgerichtsgesetzes dürfte ebenfalls notwendig werden.

Die gesetzlich den Betriebskrankenkassen angebotene Alternative ist ein rechtliches Absurdum und daher keine Alternative.

Belassen es die Dienstgeber und die Versicherten bei der Auflösung der gesetzlichen Betriebskrankenkasse, so wandern alle Rücklagen zwangsweise mit in die ÖGK. Die Regelung, wonach ein Anteil der von den Beitragszahlern finanzierten Rücklagen nur dann weiter zur Verfügung steht, übt einen unzumutbaren Druck aus. Der Anteil ist im Entwurf ziffernmäßig noch nicht angegeben (§ 718 Abs. 9 ASVGEtw).

Allgemein muss die Einbindung (zumindest der statistischen Werte) der Betriebskrankenkassen jedenfalls bestehen bleiben, weil sonst bei einer Reihe von Berechnungen (siehe z. B. § 322a ASVGEtw) keine abgestimmten Zeitreihen mehr erstellbar sind.

Die Bestimmung bewirkt somit eine Umgehung von demokratischen Wahlergebnissen (§ 430 Abs. 3a und 3b ASVGEtw).

2.6.9. Weitere Organisationsgrundlagen:

Rechtliches Verhältnis Hauptverband – Dachverband

Der Entwurf enthält interessanterweise keine einzige Aussage, wie das rechtliche Verhältnis des bestehenden Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträgers zum zukünftigen Dachverband ist. Handelt es sich um eine Neugründung, dann würde wohl der Hauptverband in ähnlicher Weise wie der KRAZAF sich einige Jahre in Liquidation befinden. Wenn man juristisch nachdenkt, ist die einzige sinnvolle Lösung eine bloße Namensänderung bei weiter bestehender juristischer Person. Dies nicht zuletzt angesichts der Tatsache, dass der Name „Hauptverband“ weit über 600mal in Rechtsnormen vorkommt und unzählige Rechtsbeziehungen zum Hauptverband existieren, die ansonsten neu zu gestalten wären.

Rahmenverträge

Rechtsnachfolgeregeln sind auch relevant für alle Rechtsbeziehungen, in denen der Hauptverband Rahmenverträge abgeschlossen hat, denen mehrere SV-Träger beigetreten sind: Solche Rahmenverträge beruhen nicht zuletzt darauf, dass der Hauptverband die Versicherungsträger in allgemeinen Angelegenheiten vertreten hat (§ 31 Abs. 3 Z 5 ASVG) und dass seine Beschlüsse für die SV-Träger



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

verbindlich waren (§ 31 Abs. 6 ASVG). Es kann sich dabei um Verträge mit Gesundheitsdiensten, aber auch IT-Unternehmen (Lizenzverträge) und andere Partner handeln.

Es muss geklärt werden,

- wer in Zukunft solche (trägerübergreifenden) Verträge abschließen kann, darf oder soll
- wer solche Rahmenverträge in Zukunft betreut.

Vorgeschlagen wird, dass Rahmenverträge, die der Hauptverband abgeschlossen hat, vom Dachverband weiter betreut werden.



2.7. Vertragspartnerrecht

2.7.1. Vertragsharmonisierung mit positiver Auswirkung auf Leistungs- harmonisierung nicht erkennbar

Das neue Gesamtkonzept der Vertragsgestaltung geht einen sehr besonderen Weg:

Auf der österreichischen Ebene wird es in den Leistungsbereichen, die mit Gesamtvertrag geregelt werden, eine maßgebliche Auseinanderentwicklung geben, weil vertragsabschließende Stelle nicht mehr der Dachverband ist sondern der jeweilige Versicherungsträger. Die vielfach politisch verlangte Leistungsharmonisierung rückt damit in weite Ferne und leistet somit dem Vorwurf einer Mehrklassenmedizin Vorschub. Auf der anderen Seite führt die Zentralisierung aller Vertragskompetenzen bei der quantitativ relevanten Leitkasse ÖGK zu einem unangemessenen Abheben der Vertragsabschlusskompetenz von der regionalen Bedarfslage. Damit ist nicht angesprochen die ohnedies stufenmäßige Gliederung ÖSG-RSG, gemeint sind vielmehr subtilere, für die Menschen besonders wichtige Details wie die Konkretisierung der Versorgungsaufträge, notwendige Veränderungen von Wochenendbereitschaftsdiensten, psychotherapeutische regionale Leistungsvereinbarungen.

Bundeseinheitliche Verträge für die ÖGK

Zunächst ist davon auszugehen, dass die zum 31. Dezember 2019 geltenden Verträge der Gebietskrankenkassen bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die ÖGK weitergelten (§ 718 Abs. 6 ASVGEntw). Fristen für die neue Regelung der Vertragsbeziehungen sind nicht gesetzt. Das bedeutet, dass die bisherigen Verträge weiter bestehen und weiter adaptiert werden können, nicht durch die Landesstelle, aber durch die Zentrale. Dass die angestrebte Vertragsharmonisierung allein schon durch den Harmonisierungsprozess und noch ohne Leistungsverbesserungen gedacht zu größeren ökonomischen Auseinandersetzungen in Vertragspartnerbereichen führen wird, ist vorprogrammiert. Hohe Zusatzausgaben ohne essentielle Leistungsverbesserungen für die Versicherten sind nicht ausgeschlossen.

Ob bei der im Entwurf zugrunde gelegten Organisations- und Entscheidungsstruktur Chancen eines österreichweiten gemeinsamen Handelns gegeben sind, ist mehr als offen. Der Dachverband ist aufgeteilt und verfügt nicht über ausreichende Arbeitsressourcen, der maßgeblichste Träger der Krankenversicherung kann in der Konferenz des Dachverbandes überstimmt werden und sich quantitativ trotz mehr als sieben Millionen Versicherten mit Anliegen nicht durchsetzen.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

2.7.2. Privatkrankenanstalten-Finanzierung

Die zusätzlichen Finanzmittel für den PRIKRAF in Höhe von 14,7 Mio. € jährlich plus Valorisierung stellt eine starke Bevorzugung von Privatkrankenanstalten (15 %-ige Steigerung der Honorare) dar. Diese Mittelerhöhung geht zu Lasten der öffentlichen Krankenkassen. Die in den Erläuterungen festgehaltene Hereinnahme der Privatklinik Währing mit zusätzlichen Spitals-Betten geht bedarfspolitisch in die vollkommen falsche Richtung. In Österreich gibt es zu viele Spitalsbetten, nicht zu wenige. Diese Maßnahme widerspricht damit dem im Zielsteuerungsvertrag mit Bund, Ländern und Krankenversicherungsträgern festgelegten Ziel der „Anpassung stationärer Versorgungsstrukturen“.

Die Privatklinik Währing kann je nach Art der Leistungen die sie zukünftig erbringt, einen Betrag von weit mehr als 1 Mio. € lukrieren.

Dies führt zu einer Wettbewerbsverzerrung zu Lasten anderer Anbieter für stationäre Anstaltpflege.