

Wiener
Gebietskrankenkasse

WGKK

Wienerbergstraße 15–19
Postfach 6000
1100 Wien
Telefon: +43 1 601 22-0
www.wgkk.at

Kundenbetreuungszeiten:
Montag bis Freitag
von 07.00 bis 14.30 Uhr

DVR: 0023957
UID-Nr.: ATU 16250401

**Kompetent in
Sachen Gesundheit.**

Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger
Haidingergasse 1
1030 Wien

Wien, am 15. Oktober 2018

**Betrifft: Begutachtungsverfahren
Entwurf des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes – SV-OG
Stellungnahme der Wiener Gebietskrankenkasse**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) nimmt zum Entwurf des SV-OG wie folgt Stellung:

Allgemein:

Mit der gegenständlichen Novelle soll binnen sehr kurzer Frist die Zwangsfusionierung der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) erfolgen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass solche Prozesse jedenfalls in den ersten Jahren zu Ineffizienzen und erhöhten Kosten führen. Da eine Kostenreduktion durch die geplante Maßnahme angestrebt wird, würde dies zu einer Verlängerung bzw. einem wahrscheinlichen Scheitern der Umstrukturierung führen. Auch würde ein reiner zentralistischer top-down-Ansatz in dieser Sache, ohne Aufgaben- und Entscheidungsdelegation auf lokaler Ebene (v.a. auch im Personalbereich) zu erhöhter Ineffizienz führen.

Eine Leistungs- und Struktangleichung wird jedenfalls zu erheblichen Mehrkosten führen (allerdings nicht in jedem Fall zu besseren Leistungen), weil Leistungsharmonisierung am oberen Niveau angestrebt wird. Diese Mehrkosten sind im Gesetzesentwurf nicht berücksichtigt. Darüber hinaus ist mit Fusionskosten in dreistelliger Millionenhöhe zu rechnen, welche die Versichertengemeinschaft zu tragen hat. Zusätzlich zu den ca. EUR 500 Millionen, die bis 2023 dem Gesundheitssystem entzogen werden, ist bei der ÖGK mit erheblichen finanziellen

– 2 –

Mehrbelastungen zu rechnen. Eine nachhaltige Finanzierung in Wien kann daher nicht als langfristig gesichert angesehen werden. Das bedeutet für die Versicherten mittelfristig entweder geringere Gesundheitsleistungen, höhere Sozialversicherungsbeiträge oder Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es wird daher nachdrücklich empfohlen, von dem Gesetzesentwurf Abstand zu nehmen.

Eine Zwangsfusionierung von neun öffentlich-rechtlichen Institutionen mit über 10.000 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kann – jedenfalls nicht ohne ausreichende Einbindung der betroffenen Institutionen und aller Stakeholder – in so kurzer Zeit nicht bewerkstelligt werden. Mit 01.01.2020 ist es notwendig, dass sämtliche Gesundheitsleistungen, Gesundheitsprodukte und Prozesse vereinheitlicht sind, weil es andernfalls zwangsläufig zu unsachlicher Ungleichbehandlung von Versicherten, aber auch von Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern bei ein und demselben Versicherungsträger kommt. Sollte nicht von diesem Gesetzesentwurf Abstand genommen werden, müsste jedenfalls der Übergangszeitraum deutlich verlängert und dem Gesundheitssystem entsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Wesentlich wichtiger als die Reduktion der Zahl der Träger mit den derzeit niedrigsten Verwaltungskosten unter allen Sozialversicherungsträgern ist die Fortführung der erfolgreichen und dringend notwendigen Gesundheitsreform (Zielsteuerung Gesundheit). Auf Grund des gesetzlich auferlegten Prozesses der Zwangsfusionierung werden die für die Gesundheitsreform notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen deutlich eingeschränkt. Dringend notwendige Projekte, wie der Ausbau der Primärversorgung und der Kinderversorgung, sowie die Optimierung der fachärztlichen Versorgung für die Versicherten, scheinen gefährdet.

Da die Beschaffung der ÖGK zentral für ganz Österreich erfolgen wird, ist davon auszugehen, dass regionale Klein- und Mittelunternehmen nicht die ausreichende Quantität an Produkten und Dienstleistungen zur Verfügung stellen können und daher das wirtschaftliche Nachsehen gegenüber Großunternehmen und internationalen Konzernen haben werden. Da die Folgen des Gesetzes die wirtschaftliche Existenz zahlreicher KMUs bedrohen könnte, wird dringend empfohlen, vom Gesetzesentwurf Abstand zu nehmen.

Die WGKK weist darauf hin, dass der Gesetzesentwurf mit hoher Wahrscheinlichkeit in mehrfacher Weise gegen bestehendes Verfassungsrecht verstößt:

So ist der Gesetzesentwurf mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mit den Grundsätzen der Art 120a sowie 120b B-VG vereinbar.

– 3 –

Die zukünftigen Verwaltungskörper der ÖGK, aber auch der PVA, ermöglichen der Versichertengemeinschaft nicht die in Art 120a B-VG geforderte „*selbständige Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die in ihrem ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse gelegen sind*“, weil in den Gremien der zukünftigen ÖGK – wie auch jenen der PVA – Personen in erheblichem Ausmaß vertreten sind, die gar nicht der Versichertengemeinschaft der in ÖGK und PVA versicherten Personengruppe angehören. Erschwerend kommt hinzu, dass jener Gruppe, die nicht der Versichertengemeinschaft angehört, in allen Fragen ein absolutes Veto zukommt. Es ist der Versichertengemeinschaft also gar nicht möglich, ihre Angelegenheiten selbständig wahrzunehmen.

Der hohe Anteil versicherungsfremder Personen in den Entscheidungsgremien von ÖGK und PVA ist auch nicht mit dem Hinweis auf die Teilung der Beitragslast zu diesen Versicherungsträgern auf Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer und Dienstgeberinnen/Dienstgeber zu rechtfertigen, weil die Beiträge der Dienstgeberinnen/Dienstgeber weder freiwillig von diesen als bedingte Sozialleistung, noch aus deren eigenem Vermögen erbracht werden, sondern aus der Wertschöpfung der Versicherten resultieren. Aber selbst unter Außerachtlassung dieses Gesichtspunktes tragen Dienstgeberinnen/Dienstgeber mit den dienstgeberInnenseitigen Beiträgen nur zu weniger als 30 % zu den Einnahmen der Krankenversicherung bei, sodass ihre Repräsentanz in den Gremien der zukünftigen ÖGK jedenfalls deutlich überhöht ist.

Hinzuweisen ist auch, dass die im Gesetzesentwurf gewählte Regelung nicht mit dem in der Bundesverfassung festgelegten demokratischen Prinzip zu vereinbaren ist. Weder ist jede Stimme in den für die Entsendung zu den Gremien relevanten Wahlvorgängen gleich viel oder auch nur annähernd gleich viel wert, noch spiegeln die Gremien die Versichertengemeinschaft hinsichtlich ihrer Zusammensetzung und/oder hinsichtlich ihres politischen Willens ab. Der Beschickungsmodus ähnelt vielmehr einem Zensuswahlrecht, das in Österreich aus gutem Grund im Jahr 1907 – also mehr als zehn Jahre vor Ausrufung der Republik – abgeschafft und durch ein freies, gleiches und geheimes Wahlrecht (der Männer) ersetzt wurde. Ebenso kommt die Entsendung nicht nach dem Prinzip „one person – one vote“ zu Stande, welches sich als Grundsatz moderner Demokratien etabliert hat.

Die gewählte Vorgehensweise reduziert demokratische Verzerrungen nicht, sondern vergrößert diese erheblich. In verfassungsrechtlicher Hinsicht völlig überschießend ist auch die erhebliche Erweiterung der Eingriffs- und Aufsichtsrechte des Bundes in die Selbstverwaltung. Art. 120b B-VG bestimmt, dass „dem Bund oder dem Land“ gegenüber den Selbstverwaltungskörpern „nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der Verwaltungsführung ein Aufsichtsrecht“ zukommt. Der dieser Stellungnahme zu Grunde liegende Entwurf sieht jedoch nicht allein Aufsichtsmöglichkeiten vor, sondern auch direkte und vorbeugende Eingriffe der

– 4 –

Aufsicht sowie zahlreiche Genehmigungserfordernisse seitens der Bundesregierung. Damit wird der verfassungsrechtlich ermöglichte Rahmen der „Aufsicht“ mit hoher Wahrscheinlichkeit weit überschritten.

Darüber hinaus sieht Art. 120b B-VG die Möglichkeit vor, dass sich „das Aufsichtsrecht auch auf die Zweckmäßigkeit der Verwaltungsführung erstrecken (kann), wenn dies auf Grund der Aufgaben des Selbstverwaltungskörpers erforderlich ist.“ Der vorliegende Gesetzesentwurf gibt jedoch keinen Hinweis darauf, warum eine derartige Ausweitung der Aufsichts- und Eingriffsmöglichkeiten in die Selbstverwaltung der Krankenversicherung erforderlich sein sollte, zumal die Selbstverwaltung ohnehin strikt an die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen gebunden ist und ihre FunktionärInnen einer umfassenden Haftung unterliegen.

Die WGKK weist ferner darauf hin, dass die in der Gesetzesvorlage vorgesehenen finanziellen Maßnahmen der Versichertengemeinschaft erhebliche Mittel entziehen, die zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags unbedingt notwendig sind. So droht etwa allein die Abschaffung des Ausgleichsfonds und dessen Ersatz durch einen völlig andersgelagerten und projektorientierten Investitionsfonds der Gesundheitskasse Mittel zu entziehen, die zur Erbringung von Leistungen für die Versicherten notwendig sind. Da die Mittel des Investitionsfonds ausdrücklich nicht auf die Sicherstellung aktuell zu erbringender Leistungen, sondern auf Projekte zur strukturellen Veränderung abzielt, ist das derzeitige Leistungsniveau gefährdet.

Erhebliche, derzeit nicht abschließend beurteilbare und messbare Mehrkosten ergeben sich jedenfalls u.a. aus folgenden Positionen und Maßnahmen:

- EDV-Umstellungen und Anpassungen;
- Wegfall des Kostenersatzes für Landesstellen, die Leistungen für Versicherte aus anderen Bundesländern erbringen;
- Einheitliche Kostenerstattung;
- Erhöhung der Zahlungen an den PRIKRAF;
- Wegfall des besonderen Pauschbetrags und Ersatz desselben durch Einzelfallabrechnung;
- Einheitlicher Tarifkatalog;
- Von der ÖGK nach Vorgaben des BMASGK durchzuführende Bedarfsprüfungen;
- Berichtspflichten an das BMF;
- Verlust von Mittel aus dem Fonds für Gesundheitsvorsorge;
- Mehraufwand für die Krankenbehandlung als Folge einer möglichen Reduktion der Kostenübernahme für Unfallheilbehandlung durch die Unfallversicherungsträger auf Grund der Senkung des UV-Beitrages;
- Höhere Kosten auf Grund des einheitlichen Gesamtvertrags;

– 5 –

- Höhere Kosten für Heilmittel auf Grund der neuen Zusammensetzung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission.

Ferner weist die WGKK darauf hin, dass auf Grund der im Entwurf normierten Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen auch im Bereich der EDV mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand für notwendige Produktpassungen gerechnet werden muss. Für diese aus Sicht der WGKK notwendigen Schritte wird die gesetzlich normierte Amtszeit des Überleitungsausschusses vom 01.04.2019 bis 31.12.2019 nach den Erfahrungswerten der WGKK nicht ausreichen. Der Überleitungsausschuss kann in diesem Zeitraum höchstens und unter unabdingbarer Einbeziehung von Experten die Abhängigkeiten der EDV-Systeme darstellen lassen und darauf aufbauend einen Masterplan für die Zusammenführung vorsehen, für dessen Umsetzung mit Sicherheit mehrere Jahre anzuberaumen sind. Aufgrund der komplexen Abhängigkeiten ist für die WGKK schon der Umstand fraglich, ob die Gehaltsverrechnung aller Bediensteten der ÖGK ab 01.01.2020 über ein gemeinsames System erfolgen und somit den rechtlichen Vorgaben genüge getan werden kann.

Der vorliegende Gesetzesentwurf weist ferner zahlreiche strukturelle Unklarheiten auf. So geht beispielsweise nicht daraus hervor, ob das derzeit in der Abteilung Versorgungsmanagement der WGKK angesiedelte Competence Center Integrierte Versorgung (CCIV) von der künftigen ÖGK in der Hauptstelle oder in einer Landesstelle betrieben werden wird.

Darüber hinaus erfolgten Änderungen im Kinderbetreuungsgeldgesetz, allerdings nicht im Karenzgeldgesetz. Hier wäre die Zuständigkeit in § 34 Abs. 1 KGG zu adaptieren. Auch erforderliche Anpassungen des Arbeitslosenversicherungsgesetzes sind nicht erfolgt. Insgesamt ist es evident, dass der gegenständliche Entwurf überhastet und wenig durchdacht ist.

Zu den einzelnen Gesetzesstellen:

Zu Art. 1 Z 7 (§ 5a ASVG):

Die WGKK steht der Einrichtung von Wohlfahrtseinrichtungen für bestimmte Versichertengruppen generell negativ gegenüber, weil dies im Ergebnis zu einem „Opting Out“ aus dem solidarischen Gesundheitssystem für die Betroffenen führt. Diese Ungleichbehandlung bestimmter Versichertengruppen ist aus Sicht der WGKK sachlich nicht nachvollziehbar und begründbar und daher auch verfassungsrechtlich bedenklich.

Ferner wird durch die beabsichtigte Gleichstellung etwaiger Wohlfahrtseinrichtungen anstelle der bisherigen Betriebskrankenkassen neuerlich eine Parallelstruktur geschaffen, die bei Einbeziehung in die vertraglichen Beziehungen der künftigen ÖGK (in Bezug auf den 6. Teil des ASVG) auch wieder zu erhöhtem Verwaltungsaufwand führen wird.

Zu Art. 1 Z 22 (§§ 23, 24, 26 ASVG):

Im Entwurf des neuen § 24 ASVG ist die Textierung des geltenden Abs. 2 letzter Satz par. cit., wonach es den Unfallversicherungen insbesondere obliegt, für die Unfallheilbehandlung der Versicherten ausreichend Vorsorge zu treffen, nicht mehr enthalten. Dieser Entfall ist für die WGKK nicht nachvollziehbar und sollte die bisherige Formulierung zur Klarstellung der Aufgabe der Unfallversicherungsträger beibehalten werden.

Die im neuen Abs. 4 enthaltene Normierung, wonach die AUVA ab 2020 ihre eigenen Einrichtungen in einer Betreibergesellschaft, die zu 100 % im Eigentum der Anstalt zu stehen hat, zusammengefasst zu verwalten hat, wird seitens der WGKK äußerst kritisch gesehen, weil weder dem Gesetz noch den Gesetzesmaterialien zu entnehmen ist, welche sachlichen Gründe diesen durch das Gesetz vorgenommenen massiven Eingriff in die Selbstverwaltung rechtfertigen (sollen). Der Verweis in den Materialien auf das vom Vorstand der AUVA beschlossene Reformkonzept macht demgegenüber aus Sicht der WGKK deutlich, dass derartige Maßnahmen auch weiterhin der autonomen Entscheidung der Selbstverwaltungskörper vorbehalten sein sollten. Eine gesetzliche Anordnung, die Sozialversicherungsträgern eine derartige Beschlussfassung aufzwingt, wird daher als verfassungsrechtlich höchst bedenklich angesehen.

Zu Art. 1 Z 23 (§§ 30a, 30c ASVG):

Mit dieser Bestimmung können Aufgaben (wie insbesondere die Ausarbeitung von Richtlinien oder trägerübergreifende Verwaltungsaufgaben) auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen werden. Diese Möglichkeit soll nach dem Gesetzesentwurf jeweils nicht nur der Dachverband selbst haben, sondern kann dies auch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mittels Verordnung vornehmen – dies bedeutet eine sachlich nicht begründbare Einschränkung der Selbstverwaltung.

Durch eine einseitige Erarbeitung von Richtlinien durch einen Träger kann sowohl das wertvolle Wissen der anderen Träger nicht ideal genutzt werden, des Weiteren droht die Gefahr, dass die unterschiedliche Struktur der Versicherten bei der Ausarbeitung der Richtlinien nicht ausreichend beachtet wird, sondern der betraute Träger seine Versichertengemeinschaft im primären Blickfeld hat. Eine trägerübergreifende Erarbeitung für den Dachverband oder die Erarbeitung durch den Dachverband selbst wäre daher zielführender.

Zu § 30a Abs. 1 lit. 7 ASVG ist festzuhalten, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes neben den Beitragsgruppen für Beitragszeiträume bis Dezember 2018 bereits das Tarifsystem für Beitragszeiträume ab Jänner 2019 in Verwendung steht. Ob die Formulierung in der vorliegenden Form korrekt ist, hängt von der Änderung der entsprechenden Richtlinie ab.

– 7 –

Die Neuaufnahme einer weiteren Richtlinienkompetenz betreffend die Zusammenarbeit der mit der Internen Revision befassten Abteilungen wie im § 30a Abs. 1 Z 37 ASVG vorgesehen, ist aus Sicht der WGKK nicht zweckmäßig.

Zu Art. 1 Z 24 (§ 31 ASVG):

Die WGKK steht einer Verordnung, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz für die Versicherten der WGKK sowie in der Folge der ÖGK festgestellt wird, äußerst ablehnend gegenüber. Grundsätzlich wird festgehalten, dass Selbstbehalte bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen kaum Lenkungseffekte sowie kaum Finanzierungseffekte haben, weil die Einhebung hohe Verwaltungskosten verursacht und negative Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und somit auf die Gesundheit der Bevölkerung haben.

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

Die WGKK lehnt die Senkung des Unfallversicherungsbeitrages der Dienstgeberinnen/Dienstgeber entschieden ab, weil nicht erkennbar ist, aus welchen alternativen Einnahmen der Entfall dieser Finanzmittel kompensiert werden soll. Weniger Finanzmittel für die Unfallheilbehandlung bedeuten im Ergebnis höhere Kosten für die Krankenbehandlung. Dies führt zu höheren Kosten der Krankenversicherung, die finanziell nicht gedeckt sind und vermutlich über Beitragserhöhungen oder Leistungseinschränkungen ausgeglichen werden müssen.

Zu Art. 1 Z 35 (§ 67c Abs. 1 ASVG):

Es wird empfohlen, § 67c Abs. 1 ASVG insofern zu ergänzen, dass der Ausdruck *Österreichische Gesundheitskasse* mit dem Zusatz „Landesstelle Wien“ geführt wird. Dies mit der Begründung, dass das Dienstleistungszentrum (DLZ) seit nunmehr neun Jahren erfolgreich und effizient in der WGKK geführt wird.

Zu Art. 1 Z 36 bis 41 (§§ 70 Abs. 1 bis 4 und 70a Abs. 1 und 3 ASVG):

Durch die Senkung der rückzuerstattenden Beiträge von 50 % auf 45 % kommt es zur Verschlechterung für die Versicherten.

Im Übrigen wird seitens der WGKK angemerkt, dass eine effiziente Umsetzung dieser Bestimmung edv-technischer Programmierungen bedarf, was jedenfalls Mehrkosten verursacht. Gem. den Schlussbestimmungen (§ 718 Abs. 1 Z 2 ASVG) sollen die §§ 70 und 70a ASVG mit 01.01.2020 in Kraft treten. Die WGKK regt die Aufnahme einer Bestimmung an, wonach mittels Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz die §§ 70 und 70a

– 8 –

ASVG zu einem späteren Zeitpunkt in Kraft gesetzt werden können, wenn die technischen Voraussetzungen für die automatische Rückerstattung der Überschreibungsbeträge vorliegen.

Zu Art. 1 Z 43 (§ 73 Abs. 2 ASVG):

Für Pensionistinnen/Pensionisten nach dem ASVG, denen die Pension von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ausgezahlt wird, sowie für jene Personen, denen von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau ein Rehabilitationsgeld zuerkannt wird und für Bezieherinnen/Bezieher einer laufenden Geldleistung aus der zusätzlichen Pensionsversicherung bei einem der im § 479 ASVG genannten Institute ist ein Hebesatz im Ausmaß von 308 % heranzuziehen. Für die ÖGK bleibt der Hebesatz mit 178 % bestehen, wodurch die Kosten für Leistungen aus der Krankenversicherung für Pensionistinnen/Pensionisten in einem Ausmaß ersetzt werden, welches unter 40 % liegt. Dies bringt wesentliche finanzielle Nachteile für die ÖGK mit sich. Auf Grund der deutlich höheren Hebesätze (finanzielle Beteiligung des Bundes an der Krankenversicherung der Pensionistinnen/Pensionisten) liegt eine unsachgemäße Ungleichbehandlung der Versicherten der ÖGK vor, was in direkter Folge zu schlechteren Leistungen für Versicherte der Versichertengemeinschaft der ÖGK gegenüber jenen der Selbständigen sowie der Beamten führt. Dies bedeutet auch eine bewusste steuerfinanzierte Subventionierung der finanziell mehr als gut ausgestatteten Träger SVS sowie BVAEB und somit der Beibehaltung größerer Leistungsunterschiede zwischen den Trägern.

Zu Art. 1 Z 46 (§ 75a ASVG):

Nach Abs. 3 dieser Regelung überweist der Bund den Unterschiedsbetrag nach § 75a Abs. 1 ASVG an die ÖGK. Für die WGKK stellt sich hier die Frage, ob und wenn ja, in welcher Form in weiterer Folge Gelder an die Landesstellen (weiter)verteilt werden.

Zu Art. 1 Z 50 (§ 84a Abs. 3 ASVG):

Aus Sicht der WGKK sollten in die Landes-Zielsteuerungskommissionen sowie den jeweiligen Landesgesundheitsfonds nur Vertreterinnen/Vertreter der jeweilig zuständigen Landesstellen und darüber hinaus nicht auch Vertreterinnen/Vertreter der ÖGK entsendet werden, weil in den Gremien Zielsteuerung Gesundheit auf Landesebene lediglich die Interessen der jeweiligen regionalen Landesstellen vertreten werden. Für die bundesweiten Interessen sehen die einschlägigen Bestimmungen eigene Gremien auf Bundesebene vor.

Zu Art. 1 Z 53 (§ 129 ASVG):

Die Aufhebung jener Bestimmung, mit der die Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des zuständigen Krankenversicherungsträgers geregelt wurde, mag in der Systematik der neuen Struktur (eine österreichweite ÖGK) letztendlich stimmig sein, erscheint jedoch verfrüht. Wenngleich es nur mehr eine ÖGK gibt, existieren weiterhin je Bundesland unterschiedliche

– 9 –

Tarifsituationen. D.h. es muss sichergestellt werden, dass die Vertragspartnerinnen/-partner mit jener Landesstelle ihre Dienstleistung abrechnen, in deren Bundesland die Leistung erbracht wird. Die Abrechnung mit anderen Landesstellen ist nicht möglich, weil die Tarifkataloge eines anderen Bundeslandes weder bekannt sind noch bundesweit einheitlich gewartet werden. Es sollte daher eine gesetzliche Regelung getroffen werden, dass immer nur mit der „ÖGK-Landesstelle“ verrechnet werden kann.

Ferner erfolgt mangels einer anderen Regelung der bisherige Ausgleich bei Inanspruchnahme von Vertragspartnerinnen/-partnern in einem Bundesland durch Versicherte, die in einem anderen Bundesland Beiträge leisten, nicht mehr. Speziell für die Versichertengemeinschaft in Wien wird dies – sofern es keinen passenden Ausgleich gibt – finanziell enorm negative Auswirkungen haben.

Zu Art. 1 Z 54 (§ 131 Abs. 1 ASVG):

Künftig soll, wenn Leistungen der ärztlichen Hilfe nicht bei Vertragspartnerinnen/-partnern in Anspruch genommen werden, nicht mehr auf die sonst geltende 80%-Tarifregelung aufgesetzt, sondern einheitliche Tarife in der Satzung aufgenommen werden. Durch die in diesem Gesetzesentwurf bestehenden unstimmigen Begrifflichkeiten in Bezug auf die Ärzte-Gesamtverträge im 6. Teil des ASVG, bleibt unklar, welche Tarife für die Festlegung heranzuziehen sind. Eine Zulässigkeit von Erstattungsbeträgen in der Satzung wird von deren Ausgestaltung abhängig sein. Um eine verfassungskonforme Umsetzung zu gewährleisten, wird die Beachtung des jeweiligen Aufwands und der Belastung der Versicherten erforderlich sein. Es besteht allerdings jedenfalls die Gefahr, dass die Aufwendungen im Bereich der Kostenerstattung in einem beträchtlichen Ausmaß ansteigen. Das führt zu einer Stärkung des Wahlarztbereichs und somit zu geringeren finanziellen Mitteln für den Vertragspartnerbereich.

Die neue Formulierung des Gesetzes betrifft überdies nicht nur alle Leistungen, die im niedergelassenen Bereich erbracht werden von Ärztinnen/Ärzten, Therapeutinnen/Therapeuten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, sondern auch alle Leistungen, die in Einrichtungen erbracht werden. Der Spielraum für individuelle Regelungen wird damit erheblich eingeengt, was sich vermutlich auch auf die Ausgestaltung von Verträgen mit spezifischen Einrichtungen auswirken wird. Zu befürchten ist, dass regionalen Versorgungserfordernissen dadurch nicht mehr Rechnung getragen werden kann.

Zu Art. 1 Z 59 (§ 149 Abs. 3a ASVG):

Die vorgeschlagene Normierung bewirkt eine finanzielle Erhöhung der Mittel des PRIKRAF um EUR 14,7 Mio. für das Kalenderjahr 2019 und bedeutet daher gleichzeitig eine entsprechend hohe zusätzliche Belastung für die Sozialversicherung. Bis zum Kalenderjahr 2023 entstehen

– 10 –

Mehrkosten iHv zumindest EUR 53 Mio. Begründet wird die Erhöhung mit der Erweiterung der PRIKRAF-Mitglieder (vom Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds finanzierte Privatkrankenanstalten) um die Privatklinik Währing. Beim ärztlichen Leiter dieser Klinik handelt es sich um einen Facharzt für plastische Chirurgie, es stellt sich daher die Frage, in welchem Ausmaß dort Krankenbehandlungen, für welche die gesetzliche Krankenversicherung leistungszuständig ist, erbracht werden. Demnach kommen die zusätzlichen EUR 14,7 Mio. wohl den bereits seit jeher im PRIKRAF-Gesetz angeführten Krankenanstalten zu Gute, d.h. die Versichertengemeinschaft finanziert somit zusätzliche Mittel für die Finanzierung dieser Krankenanstalten und die Privatklinik Währing hat lediglich die Funktion der Argumentationshilfe.

Zu Art. 1 Z 65 - Z 68 (§ 319a ASVG):

Der besondere Pauschbetrag wird nur mehr bis Ablauf des Jahres 2022 geleistet, danach erfolgt die Feststellung der Ersatzansprüche auf Einzelverrechnungsbasis. Für die Jahre von 2019 bis 2022 entfällt die Valorisierung und es wird ein Fixbetrag von EUR 209 Mio. jährlich festgelegt, wobei aus Sicht der WGKK klarzustellen wäre, dass dieser Betrag jährlich zu leisten ist. Hieraus ergeben sich bundesweit Mindereinnahmen in Höhe von EUR 8,6 Mio. jährlich. Der gänzliche Entfall des besonderen Pauschbetrages ab dem Jahr 2023 sowie die Umstellung auf ein System der Einzelfall-Abgeltung wird für die ÖGK voraussichtlich zu weiteren Mindereinnahmen in Höhe von rund EUR 256,5 Mio. sowie zu einem erheblichen Mehraufwand in der Verwaltung führen.

Zu Art. 1 Z 74 - Z 79 (§ 341f ASVG):

§ 341 ASVG sieht nunmehr die Beschlussfassung von Gesamtverträgen mit der (Österreichischen) Ärztekammer durch den Träger der Krankenversicherung (nicht mehr einheitlich durch den Hauptverband) vor. Ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag für alle Krankenversicherungsträger durch den Dachverband wird zwar als Möglichkeit vorgesehen, jedoch ohne jegliche Verbindlichkeit. Das entspricht nicht dem von der Regierung vorgegebene Ziel einer Vereinheitlichung von Leistungen.

In § 342 Abs. 1 Z 6 ASVG fehlt der Hinweis auf die Richtlinien über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze bei der Krankenbehandlung (RöK). Richtigerweise müssten diese auch in den Gesamtverträgen bei der Zusammenarbeit mit den Vertragsärztinnen/-ärzten Berücksichtigung finden (anstatt § 30a Abs. 1 Z 11, müsste es § 30a Abs. 1 Z 9 heißen).

Mit der Einführung des neuen § 342 Abs. 2b ASVG können regionale „gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen“ vereinbart werden, die durch die ÖGK mit der jeweiligen Landesärztekammer abzuschließen sind. Durch die verwendeten Begrifflichkeiten bleibt vollkommen offen, was darunter zu verstehen ist. Eine Präzisierung, ob es sich lediglich um Zu- oder Abschläge für einen bundesweit einheitlichen Leistungskatalog mit Rahmentarifen handelt

– 11 –

oder ob Honorare für Leistungen auf Landesebene eigenständig vereinbart werden können, wird zur Vermeidung von Auslegungsproblemen dringend empfohlen. Dies stellt insbesondere deshalb eine besondere Notwendigkeit dar, weil in Abs. 2c par. cit. die Zulässigkeit einer Kündigung der gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung für ein Bundesland normiert ist. Die Auswirkungen – ob eine solche Kündigung zur Nichtanwendung der gesamtvertraglichen Bestimmungen führt, oder nur einzelne Honorarkomponenten nicht angewendet werden können – sind unbestimmt, für die Versorgung der Versicherten aber essentiell.

Generell ist zur Neuregelung der Gesamtverträge festzuhalten, dass durch Schaffung eines einheitlichen Tarifikatalogs die Gefahr einer massiven Verteuerung für das System droht – keine Landesärztekammer wird Abschlüsse oder niedrigere Tarife akzeptieren. Die Orientierung an bisherigen Tarifen wird voraussichtlich am derzeit höchsten Niveau erfolgen. Für die Versichertengemeinschaft zahlreicher Länder, darunter Wien, wird dies zu erheblichen Mehrkosten auf Grund der Honorarerhöhungen führen, die budgetär nicht gedeckt sind. Dies führt jedoch nicht zu einer Leistungsverbesserung für die Versichertengemeinschaft.

Offen bleibt, ob die Verhandlung und Festlegung von Stellenplänen regional durch den Landesstellenausschuss oder zentral durch den Verwaltungsrat erfolgt. Sollte es zu einem österreichweiten Stellenplan im Ärztebereich kommen, ist das bisher in Wien gelebte System der „dynamischen Stellenplanung“ vermutlich nicht mehr umsetzbar. Es besteht auch die Gefahr, dass Ärztinnen-/Ärztstellen in Wien nicht mehr besetzt werden und somit eine Verschlechterung für Patientinnen/Patienten eintritt.

Zu Art. 1 Z 82 (§ 342c Abs. 3 ASVG):

Gem. dem Entwurf liegen künftig die Kompetenzen zum Abschluss des Primärversorgungsvertrages und der Primärversorgungs-Einzelverträge bei der ÖGK. Aus Sicht der WGKK sollte die derzeitige Gesetzeslage auch künftig beibehalten werden und diese Kompetenzen bei den jeweiligen Landesstellen liegen, zumal der Verhandlungspartner zur Finanzierung auch das jeweilige Bundesland ist.

Zu Art. 1 Z 86 (§ 343 Abs. 1 ASVG):

Gem. dem Entwurf bedarf der Abschluss von Einzelverträgen, die nicht im Stellenplan sind, der Zustimmung der ÖGK bzw. der ÖÄK. Die WGKK sieht die mangelnde Möglichkeit der Länder, entsprechende Regelungen zu treffen, kritisch, weil dadurch das Versorgungsniveau der Versicherten bedroht wird.

Zu Art. 1 Z 89 und Z 94 (§§ 343d Abs. 2, 347 Abs. 6 ASVG):

Bis dato werden die Kanzleigeschäfte der Schiedskommission jährlich zwischen der jeweils betroffenen GKK und der Landesärztekammer/Landeszahnärztekammer geteilt; die Verhandlungen bei Verfahren finden entsprechend im jeweiligen Bundesland statt. Durch die Neuaufteilung der Kanzleiführung zwischen der ÖGK und den Landesärztekammern/Landeszahnärztekammern liegt diese daher jedes zweite Jahr in der Zentrale der ÖGK. Aus Sicht der WGKK fehlt eine Regelung, wonach diese an die jeweilige Landesstelle übertragen werden kann. Eine dbzgl. Zentralisierung führt einerseits zu höheren Verwaltungskosten in der ÖGK und andererseits zu einer Ungleichbehandlung der Vertragspartner.

Zu Art. 1 Z 93 (§ 347 Abs. 5 ASVG):

Zur Richtlinie zur Beurteilung des Ökonomiegebots: die aktuell gesetzlich vorgesehene Entwicklung einer Richtlinie, mit der die Parameter für die Einhaltung ökonomischer Behandlungsgrundlagen einvernehmlich zwischen ÖÄK und HVB festgelegt werden sollten, entfällt ersatzlos. Auch wenn bis dato keine Einigkeit gefunden werden konnte und das BMASGK keine derartige Richtlinie erlassen hat, ist der Entfall äußerst kritisch zu sehen. Vielmehr wäre es aus Sicht der WGKK sinnvoll, die Entwicklung neuerlich anzutreiben.

Zu Art. 1 Z 102 (§ 351g Abs. 3 ASVG):

Der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gehören derzeit zehn Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung an. Mit dem neuen Gesetzesentwurf sollen nunmehr lediglich acht Vertreterinnen/Vertreter der Sozialversicherung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission angehören. Darüber hinaus soll es zwei Vertreterinnen/Vertreter des Bundesamtes für Sicherheit im Gesundheitswesen mit Stimmrecht geben. Außerdem soll nunmehr ein/e Vertreterin/Vertreter der Patientenanwaltschaft (ohne Stimmrecht) ebenfalls zur Heilmittel-Evaluierungs-Kommission gehören. Im Ergebnis bedeutet dies, dass es nach wie vor 20 Vertreterinnen/Vertreter mit Stimmrecht geben soll, diese jedoch anders besetzt werden sollen. Da die Sozialversicherung mit weniger Mitgliedern in der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission vertreten sein soll, kann die Sozialversicherung nunmehr in den Sitzungen der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission betreffenden Angelegenheiten, die der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission obliegen (der Kommission sind zB alle Anträge auf Aufnahme einer Arzneyspezialität in den Erstattungskodex vorzulegen und sie gibt Empfehlungen ab bzw. ist die Kommission anzuhören, wenn der Hauptverband von sich aus eine Veränderung des Erstattungskodex beabsichtigt), überstimmt werden. Durch die Neubesetzung der Heilmittel-Evaluierungs-Kommission kommt es zu einem Auseinanderklaffen zwischen Finanzierungsverantwortung und Entscheidung und somit zu erwartbaren Mehrkosten im Bereich Heilmittel für die ÖGK.

– 13 –

Zu Art. 1 Z 115 (§§ 420 Abs. 4, 6 und 8, 421, 426, 427, 428, 430 Abs. 2, 3a und 4, 432 Abs. 1, 3 und 5, 433, 434 Abs. 2 und 5 ASVG):

§ 420 Abs. 6 ASVG normiert das Erfordernis eines Befähigungsnachweises für Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertreter. Die WGKK sieht dies kritisch, weil Sinn und Zweck der Entsendung von Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertretern das Abbilden der Personengruppen ist, deren Interessen sie im Rahmen der Selbstverwaltung vertreten. Dies ist aus Sicht der WGKK unabhängig von einem Nachweis einer bestimmten fachlichen Befähigung möglich und sollte den gewählten Vertreterinnen/Vertretern die Amtsausführung nicht auf Grund etwaiger Prüfungsergebnisse verunmöglicht werden. Des Weiteren gibt es keine sachliche Begründung für die in Abs. 6 Z 5 als Nachweis für die fachlichen Voraussetzungen angeführten „Qualifikationen“. Insbesondere erscheint es überaus fragwürdig, dass für die Übernahme einer Funktion als Oberstes Verwaltungsorgan weniger Voraussetzungen notwendig sind als dies gem. dem vorliegenden Gesetzesentwurf für ein Mitglied eines Landesstellenausschusses oder des Verwaltungsrates eines Sozialversicherungsträgers erforderlich ist (unter dem Aspekt des Sachlichkeitsgebots problematisch).

Die vorgesehene paritätische Entsendung von Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertretern in die Verwaltungskörper ist aus Sicht der WGKK verfassungsrechtlich höchst bedenklich und wird daher entschieden abgelehnt. Der hohe Anteil versicherungsfremder Personen in den Entscheidungsgremien von ÖGK und PVA ist auch nicht mit dem Hinweis auf die Teilung der Beitragslast zu diesen Versicherungsträgern auf Dienstnehmerinnen/Dienstnehmer und Dienstgeberinnen/Dienstgeber zu rechtfertigen, weil die Beiträge der Dienstgeberinnen/Dienstgeber weder freiwillig von diesen als bedingte Sozialleistung, noch aus deren eigenem Vermögen erbracht werden, sondern aus der Wertschöpfung der Versicherten resultieren. Aber selbst unter Außerachtlassung dieses Gesichtspunktes tragen Dienstgeberinnen/Dienstgeber mit den dienstgeber/innenseitigen Beiträgen nur zu weniger als 30 % zu den Einnahmen der Krankenversicherung bei, sodass ihre Repräsentanz in den Gremien der zukünftigen ÖGK jedenfalls deutlich überhöht ist.

§ 430 Abs. 3a letzter Satz ASVG ist im Zusammenhang mit Abs. 2 letzter Satz par. cit. auf Grund unterschiedlicher Textierungen nicht verständlich, weil im Abs. 2 letzter Satz par. cit. begrifflich zwischen dem/der den Vorsitz führenden Obmann/Obfrau einerseits und dem/der den Vorsitz nicht führenden Obmann/Obfrau andererseits unterschieden wird. Hinsichtlich dem/der Vorsitzenden der Hauptversammlung der ÖGK ist auf Grund des gewählten Begriffs „Obmann/Obfrau“ im Abs. 3a letzter Satz par. cit. nicht klar, ob von dieser Regelung auch der/die nicht den Vorsitz führende Obmann/Obfrau umfasst ist. Hier sollte zur Vermeidung von Rechtsunsicherheiten eine Klarstellung vorgenommen werden, wonach ein Ausschluss nur hinsichtlich jener Personen gilt, die derselben wahlwerbenden Gruppe angehören, wie der/die den Vorsitz führende Obmann/Obfrau.

Zu § 430 Abs. 4 ASVG wird ausgeführt, dass nicht nachvollziehbar ist, weshalb bei den Landesstellenausschüssen hinsichtlich der Wahl der Vorsitzenden nicht die gleichen Erfordernisse gelten, wie nach Abs. 2 par. cit. Es sollte jedenfalls auch für die Wahl der Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse in Ergänzung zur einfachen Mehrheit aller Mitglieder des Landesstellenausschusses die einfache Mehrheit der Gruppe erforderlich sein, der die zu wählende Person angehört.

Die in § 432 Abs. 1 Z 1 bis 4 ASVG vorgenommene gesetzlich angeordnete Delegation bestimmter Angelegenheiten des Verwaltungsrates an das Büro ist aus Sicht der WGKK verfassungsrechtlich höchst bedenklich, weil hier durch den Gesetzgeber massiv in die Selbstverwaltung eingegriffen und diese auch beschränkt wird. Eine sachliche Begründung, weshalb die in den Z 1 bis 4 par. cit. taxativ aufgezählten Angelegenheiten ex lege dem Büro übertragen werden, ist auch nicht erkennbar. Beispielsweise ist zur Übertragung der Abwicklung von Personalangelegenheiten mit Ausnahme des bereichsleitenden und leitenden Dienstes sowie der Leiter/innen des höheren Dienstes nach der DO. A und des ärztlichen Dienstes nach § 37 Z 1 und 2 DO. B anzumerken, dass es erforderlich sein wird, dass mittels der Möglichkeiten der Geschäfts- bzw. Büroordnung möglichst unverzüglich Delegationen dieser Aufgaben an die lokalen Ebenen erfolgen, um ein sinnvolles Personalmanagement zu entwickeln. Insgesamt muss nach Ansicht der WGKK die Entscheidung, welche bestimmten laufenden Angelegenheiten dem Büro oder dem/der Obmann/Obfrau übertragen werden, ausschließlich der Selbstverwaltung und sohin dem Verwaltungsrat obliegen.

Das aktuell im Zuständigkeitsbereich des Hauptverbandes angesiedelte Bedarfsprüfungsverfahren fällt künftig in den Zuständigkeitsbereich der Versicherungsträger. Die Grundsätze des Bedarfsprüfungsverfahrens sind gem. § 432 Abs. 4 ASVG von der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz per Verordnung festzulegen. Somit erfolgt künftig durch die Aufsichtsbehörde die Vorgabe von Grundsätzen und Rahmenbedingungen, wobei dieses Vorgehen nicht mit dem Prinzip der Selbstverwaltung zu vereinbaren ist.

Beschlüsse des Verwaltungsrates über die Erstellung von Dienstpostenplänen – soweit sich diese auf den höheren Dienst und leitenden Dienst der Dienstordnung A erstrecken – bedürfen gem. § 432 Abs. 5 ASVG künftig der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen. Aus Sicht der WGKK liegt auch hier ein massiver Eingriff in die Selbstverwaltung vor. Ohne Personalhoheit ist die Durchführung der Verwaltung nicht möglich. Die Umsetzung der gesetzlich vorgegebenen Verwaltungsaufgaben ist eine der Kernaufgaben der Selbstverwaltung.

– 15 –

In § 434 Abs. 2 ASVG werden die Aufgaben der Landesstellenausschüsse geregelt und taxativ aufgelistet, die hier nicht ausdrücklich angeführten Aufgaben fallen in den Zuständigkeitsbereich des Verwaltungsrates. Diese Zuweisung der Aufgaben ist nach Ansicht der WGKK nicht schlüssig und scheint nur wenig durchdacht. Beispielsweise obliegt den Landesstellenausschüssen die Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere bei der regionalen Planung einschließlich der Entsendung von Vertreterinnen/Vertretern in die entsprechenden Gremien, die Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit Ärztinnen/Ärzten auf regionaler Ebene, Abschluss von Einzelverträgen etc. Dies führt dazu, dass die Regionalität nur für einzelne Vertragspartner im Rahmen der Aufgaben der Landesstellenausschüsse geregelt ist. Wo die Zuständigkeit für die nicht angeführten Vertragspartner angesiedelt ist, erschließt sich nicht.

Weiters ist der Zielsteuerungskordinator nunmehr dem/der Vorsitzenden des Landesstellenausschusses unterstellt. Die unstrukturierte Aufgabenzuteilung an die Landesstellenausschüsse führt ferner dazu, dass sowohl durch die ÖGK als auch durch die Landesstellen Vertreterinnen/Vertreter in die Landes-Zielsteuerungskommission entsendet, die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen allerdings durch die ÖGK abgeschlossen werden, die Mitwirkung und regionale Planung jedoch wiederum durch die Landesstellen erfolgt. Der Innovations- und Zielsteuerungsfonds ist zwar bei der ÖGK einzurichten, dient jedoch der Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen. Insgesamt wird die Umsetzung der Gesundheitsreform durch die unausgeglichene Kompetenzverteilung verunmöglicht: Die Gesundheitsreform sowie die Honorarvereinbarungen sind gem. dem vorliegenden Entwurf Kompetenzen des Landesstellenausschusses, die dafür notwendige Vertrags- und Budgethoheit liegt jedoch in der Kompetenz des Verwaltungsrates und die gesamte Personalhoheit – auch jene zur Umsetzung der Gesundheitsreform – liegt ex lege beim Leitenden Angestellten. Zur Weiterführung der Gesundheitsreform ist es jedenfalls notwendig, alle genannten Kompetenzen beim Landesstellenausschuss bzw. bei der Landesstelle zu bündeln. Darüber hinaus sind im Hinblick auf die Vertragspartnerinnen/-partner Unstimmigkeiten festzustellen – so werden die Gesamtverträge durch die ÖGK abgeschlossen, die Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen wird dagegen durch die Landesstellen vorgenommen.

Die unter Z 2 par. cit. vorgesehene Möglichkeit des Verhandeln gesamtvertraglicher Vereinbarungen auf regionaler Ebene ist in Bezug auf Umfang und Inhalt dieser Verhandlungen nicht ausreichend definiert. Des Weiteren ist die Beschlussfassung des erzielten Verhandlungsergebnisses nicht dezidiert genannt – sollte die Beschlussfassung durch den Verwaltungsrat erfolgen, wäre eine eigene Erwähnung auf Grund der Übertragungsmöglichkeit sinnvoll.

– 16 –

Die in Z 3 und Z 4 par. cit. angeführten Aufgaben – der Beschlussfassung der Einzelverträge für Hebammen, klinische Psychologinnen/Psychologen sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten und die Auswahl der Vertrags(zahn)ärztinnen/-ärzte, -gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten werden voraussichtlich – wie bisher – Angelegenheiten sein, die an das Büro der Landesstelle übertragen werden, weil es sich hierbei um formalisierte Abläufe nach konkret vorgegebenen Kriterien handelt. Die tatsächlichen Aufgaben der Landesstellenausschüsse sind daher nur in minimalem Ausmaß vorhanden.

Konkret findet sich u.a. in Z 4 die Beschlussfassung über Einzelverträge mit Hebammen, Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten unter Bedachtnahme auf bestehende Muster-, Rahmen- und Gesamtverträge. Vollkommen unerwähnt bleiben in dieser Bestimmung alle sonstigen Vertragspartnerinnen/Vertragspartner, wie diverse Institute (etwa für Labordiagnostik, Physikalische Medizin und weitere), weitere Therapeutinnen/Therapeuten, diverse Spezialeinrichtungen für Psychotherapie oder die Versorgung von Kindern, gewerblichen Berufsgruppen aus dem Bereich der Versorgung mit Heilbehelfen/Hilfsmitteln wie zB. Optiker, Hörgeräteakustiker, Bandagisten, sowie die Berufsgruppe der dipl. Pflegekräfte bzw. Organisationen zur Erbringung der Medizinischen Hauskrankenpflege. Dies legt nahe, dass die Verhandlungen mit diesen künftig zentral von der ÖGK geführt werden sollen. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Regelungen für die überwiegende Mehrheit der Vertragspartnergruppen damit nicht mehr auf Landesebene verhandelt werden könnten. Die Berücksichtigung regionaler Erfordernisse wird unter diesen Umständen nicht mehr möglich sein, was zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung – insbesondere für Randgruppen – führen könnte. Des Weiteren erscheint es auch aus administrativen Gründen nicht zweckmäßig, dass die Verträge mit dieser Vielzahl an einzelnen Vertragspartnerinnen/-partnern – es handelt sich alleine in Wien um zahlreiche unterschiedliche Vertragskonstellationen mit einem jährlichen Gesamtvolumen im hohen zweistelligen Millionenbereich – abseits der Landesebene verhandelt werden.

Unter Z 6 par. cit. ist die Entgegennahme von Leistungsanträgen angeführt. Wer die Bearbeitung dieser Leistungsanträge vornimmt, ist völlig unklar. Dbzgl. kann auch Z 11 keinen Aufschluss geben, welche als weitere Aufgabe die regionale Betreuung der Versicherten, Dienstgeberinnen/Dienstgeber und Vertragspartnerinnen/Vertragspartner anführt. Diese Umschreibung ist jedenfalls zu wenig konkret, um daraus abzuleiten, ob die Bearbeitung der Leistungsanträge darunter zu verstehen ist.

Sollte es in der noch festzulegenden Aufgabenzuteilung bzw. späteren Praxis tatsächlich so sein, dass in der künftigen Landesstelle keine "Sofort erledigungen" für diverse Anträge erfolgen können, wäre dies eine Verschlechterung für die Versicherten und Angehörigen im Vergleich zum jetzigen Zustand. Derzeit können die meisten Anträge auch in den Kundencentern und Bezirksstellen sofort

– 17 –

erledigt werden. Diese Verschlechterung sollte tunlichst vermieden werden. Darüber hinaus läge die Kompetenz für bescheidmäßige Ablehnungen von Anträgen beim Verwaltungsrat.

Z 7 par. cit. regelt Verfahren in erster und zweiter Instanz. Danach müssten Revisionen an den OGH vom Verwaltungsrat erledigt werden. Seit der Einführung der Verwaltungsgerichtsbarkeit im Zuge der Verwaltungsreform 2014 kommen die neuen Instanzenzüge zur Anwendung. Im gegenständlichen Entwurf fehlt somit die Vertretung vor dem Bundesverwaltungsgericht, zudem ist die Vertretung vor den Landeshauptmännern/Landeshauptfrauen obsolet.

Auf Grund der Weisungsgebundenheit der Landesstellenausschüsse sowie der im Entwurf enthaltenen Bestimmung, dass der Verwaltungsrat die Beschlüsse der Landesstellenausschüsse aufheben oder abändern kann, sind die regionalen Gestaltungsmöglichkeiten äußerst begrenzt. Auf Landesebene ist in Zukunft die Selbstverwaltung praktisch nicht mehr existent. Dies ergibt sich (auch) aus § 434 Abs. 5 ASVG, welcher vorgibt, dass die Landesstellenausschüsse bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden sind, der zudem Beschlüsse der Landesstellenausschüsse auch aufheben oder ändern kann.

Zu Art. 1 Z 117 (§§ 441a, 441e, 441f ASVG):

Gem. § 441a ASVG werden in der Konferenz nur zwei Versichertenvertreterinnen/Versicherungsvertreter der ÖGK vorhanden sein. Hieraus ergibt sich eine unverhältnismäßige Besetzung der Konferenz, weil die ÖGK wesentlich mehr Versicherte versorgt als die anderen hier vertretenen Träger. Zudem ergibt sich zwangsläufig eine Mehrheit der Vertreterinnen/Vertreter der Dienstgeberinnen/Dienstgeber in der Konferenz. Die Zusammensetzung des Gremiums spiegelt das Verhältnis der jeweils vertretenen Versichertengemeinschaften nicht wieder. Die demokratische Legitimität ist daher fraglich.

Eine im Hinblick auf die Selbstverwaltung fragwürdige Einbeziehung des BMF ist in § 441f ASVG nunmehr vorgesehen, weil die strategischen und operativen Ziele bereits vor Beschlussfassung in der Konferenz nicht nur mit dem BMASGK, sondern darüber hinaus auch mit dem BMF abzustimmen sind. Eine weitere Verschärfung liegt in der Tatsache, dass die/der Vorsitzende der Konferenz dem BMASGK und dem BMF laufend über die Erarbeitung der Zielsteuerung zu berichten hat. Dies bedeutet einen Komplexitätszuwachs sowie infolge der neu eingezogenen Berichtsebene eine zeitliche Verzögerung bzw. Herausforderung im Hinblick auf die Beschlussfassung in der Konferenz und dadurch höhere Verwaltungskosten. Weiters wird durch Abs. 3 par. cit. die Möglichkeit eines Verwaltungskostendeckels eröffnet, der nicht nur die Umsetzung der beschlossenen Ziele erschweren kann, sondern auch durch die vermehrte Einbeziehung der angeführten Ministerien eine weitere Einflussmöglichkeit bietet. Dies erscheint als unsachlich und verfassungsrechtlich bedenklich.

Zu Art. 1 Z 118 (§§ 443, 444 ASVG):

In Zukunft sind der für jedes Geschäftsjahr vorgesehene Voranschlag iSd § 443 ASVG sowie die rollierende Gebarungsvorschaurechnung nicht nur für den Träger gesamt, sondern auch je Bundesland zu erstellen. Der Planungszeitraum erhöht sich von zwei auf vier Geschäftsjahre. Allerdings ist nur sicherzustellen, dass die Beiträge (d. s. 80 % der Einnahmen), die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, im jeweiligen Bundesland zur Verfügung stehen. Leistungersätze, Kostenbeteiligungen und dergleichen, welche bundesweit etwa EUR 3,5 Mrd. ausmachen, sind hier nicht berücksichtigt. Es ist daher unklar, ob und wenn ja in welcher Form die daraus resultierenden fehlenden Mittel im Land bzw. in der Landestelle (20 % der bisherigen Einnahmen) kompensiert werden. Aus Sicht der WGKK könnten sich daraus gegebenenfalls entsprechende Mehrbelastungen für die Versichertengemeinschaften der jeweiligen Bundesländer bzw. für die jeweiligen Bundesländer selbst ergeben. Am Beispiel Wien macht die Differenz zwischen Beiträgen und Aufwendungen rund EUR 800 Mio. (gem. Rechnungsabschluss 2017) aus.

Gem. § 444 ASVG haben die Versicherungsträger und der Dachverband für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluss (bestehend aus Erfolgsrechnung und Schlussbilanz) zu erstellen und durch einen beeideten Wirtschaftsprüfer prüfen zu lassen, was zwangsläufig zu höheren Verwaltungskosten führt. Der Rechnungsabschluss ist dann dem BMASGK vorzulegen. Auch die vorgegebenen statistischen Nachweisungen sind dem zuständigen Bundesministerium vorzulegen. Künftig hat der Bundesminister für Finanzen also auch hier Eingriffsmöglichkeiten, weil Weisungen der Aufsichtsbehörde in diesem Bereich nun mit diesem abzustimmen sind. Dies gilt auch für die Regelung des Abs. 5 Z 3 par. cit., welcher vorsieht, dass für den Zielfindungsprozess sowie für die Struktur der Zielsteuerung und deren Evaluierung eine Weisung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz in Abstimmung mit dem Finanzminister erlassen wird.

Zu Art. 1 Z 123 (§ 447a ASVG):

Der bisherige Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen wird mit 01.01.2020 nicht mehr existieren, weswegen die Erfüllung von Leistungsansprüchen der Versicherten auf Grund des Entzugs von Finanzmitteln gefährdet wird (der einzige Ausgleich zwischen unterschiedlichen Risikostrukturen der Versichertengemeinschaften entfällt). Stattdessen ist gem. § 447a ASVG in Zukunft ein Innovations- und Zielsteuerungsfonds einzurichten. Dessen Mittel werden durch Übertragung von 0,8 % der Beitragseinnahmen der ÖGK an den Fonds sowie durch die pauschale Beihilfe nach § 1a GSBG in Höhe von EUR 100 Mio. aufgebracht. Der zukünftige Innovations- und Zielsteuerungsfonds wird daher im Vergleich zum derzeitigen Ausgleichsfonds eine geringere Verteilungsmasse (Verringerung um EUR 165 Mio.) haben. Es ergibt sich daher ein Volumen von rund EUR 191 Mio. Nähere Regelungen sind in einer Geschäftsordnung vorzunehmen, welche

– 19 –

durch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gemeinsam mit dem Bundesminister für Finanzen festgelegt wird. Dabei handelt es sich um einen unsachlichen Eingriff in die Selbstverwaltung.

Zu Art. 1 Z 125 bis 127 (§ 447f ASVG):

In § 447f Abs. 18 ASVG wird normiert, dass die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz mit Verordnung für das Jahr 2020 und die folgenden Jahre die Beträge und Aufteilungsschlüssel der §§ 149 und 447f ASVG mit Verordnung festsetzt. Diese unterliegt dbzgl. keinen Vorgaben. Hier ist nicht abzuschätzen, wie weit die zuständige Ministerin von den derzeitigen Beträgen und Aufteilungsschlüsseln abweichen wird. Eine zu gravierende Abweichung kann zum Vorliegen von Verfassungswidrigkeit, zu weniger finanzieller Mittel und somit zu Leistungseinschränkungen führen.

Zu Art. 1 Z 128 (§ 447h ASVG):

Die ÖGK wird bei der Überweisung der verbleibenden Mittel des Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung in Zukunft gem. § 447h Abs. 3 ASVG nicht mehr berücksichtigt werden, wodurch sich beträchtliche finanzielle Einbußen ergeben.

Zu Art. 1 Z 129 (§§ 448, 449 ASVG):

§ 449 ASVG sieht künftig drastisch erweiterte Aufsichtsrechte vor, welche in Abs. 2 par. cit. auch die Aufsicht im Hinblick auf Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit bei Beschlüssen, deren finanzielle Auswirkungen innerhalb eines Kalenderjahres oder mehrerer Kalenderjahre EUR 10 Mio. übersteigen, umfasst. De facto wurde also auch an dieser Stelle ein Versorgungs- und Innovationsstopp verankert.

Weiters bestehen nunmehr die rechtlichen Möglichkeiten des Vertreters/der Vertreterin sowohl der Aufsichtsbehörde als auch des BMF zwei Mal die Absetzung von Punkten von der Tagesordnung zu verlangen, sowie des Bundesministers für Finanzen, eine amtliche Untersuchung jedes Trägers anzuregen. Damit kann das BMASGK Beschlüsse der Selbstverwaltung verzögern – und bei zeitlicher Relevanz – unmittelbar verhindern. Der Bundesminister für Finanzen ist gem. § 448 Abs. 4 ASVG darüber hinaus künftig bei sämtlichen Trägern zur Wahrnehmung von Aufsichtsrechten befugt, wobei sich diese auch auf die Landesstellen erstrecken. Die Entscheidung liegt somit in letzter Konsequenz nicht mehr bei den Trägern, sondern bei den zuständigen Ministerinnen/Ministern. Zusätzlich wurde ein neuer Einspruchsgrund konstruiert, indem nunmehr Einspruch gegen Beschlüsse möglich sein wird, welche in wichtigen Fragen gegen den Grundsatz der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verstoßen. Auffallend ist ferner, dass statt der bisherigen Möglichkeit, einen Beschluss aufzuheben, nun bereits ein Einspruch möglich ist,

– 20 –

wenn die Aufsichtsbehörde keine Zweckmäßigkeit bzw. Wirtschaftlichkeit erkennt. In all den angeführten Punkten liegen wiederum massive Eingriffe in die Selbstverwaltung vor.

Dies gilt auch für die in Zukunft erforderliche Genehmigung der Geschäftsordnungen der Verwaltungskörper und jeder Änderung durch die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Bisher waren die Geschäftsordnungen und jede Änderung lediglich zur Kenntnis zu bringen. Eine tatsächliche Aushebelung der Selbstverwaltung ist zudem in der Aufstellung von Mustergeschäftsordnungen für den Verwaltungsrat und die Hauptversammlung in Verordnungsform durch die zuständige Bundesministerin zu sehen. Hervorzuheben ist hier, dass durch das Zustimmungserfordernis eine mit der Selbstverwaltung nicht zu vereinbarende Einflussnahme der zuständigen Bundesministerin auf die Übertragung von Angelegenheiten an den Obmann/die Obfrau bzw. an das Büro erfolgt.

Zu Art. 1 Z 143 (§§ 538t, 583u Abs. 1 und 2, 583v Abs. 1, 3 und 5, 583w Abs. 1, 2 und 4 ASVG):

Gem. § 538t ASVG ist die zu Gunsten der ÖGK angeordnete Gesamtrechtsnachfolge insofern problematisch geregelt, als eine solche naturgemäß bloß zu einem Stichtag eintreten kann. Demnach ist die zusätzliche Wortfolge „ab 1. April 2019“ zu unbestimmt, zumal nicht explizit geregelt ist, was ab 1. April 2019 konkret geschehen soll. Die Zusammenführung der Versicherungsträger in der geplanten Art und Weise erscheint darüber hinaus auch vor dem Hintergrund des vom Verfassungsgerichtshof entwickelten allgemeinen Sachlichkeitsgebotes nicht praktikabel.

Weiters sind infolge der offenbar vorgesehenen ex lege Gesamtrechtsnachfolge die Regelungen zum Betriebsübergang nicht anzuwenden. Für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Gebietskrankenkassen kann das nur bedeuten, dass es durch diese Rechtsnachfolge grundsätzlich zu keiner Änderung der Rechtspositionen kommt. Wünschenswert wäre es trotzdem, dass die Rechtewahrung aus dem Dienstverhältnis ausdrücklich geregelt wird, wie es im Übrigen für die zukünftigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Dachverbandes vorgesehen ist (vgl. § 718 Abs. 12 Z 3 ASVG). Hinsichtlich der Weitergeltung von bestehenden Betriebsvereinbarungen wird auf Grund der sehr zentralistisch geplanten Organisationsstruktur vorerst von einem Eintritt der ÖGK auf Dienstgeberseite ausgegangen werden dürfen.

§ 538u Abs. 1 ASVG sieht vor, dass die Entsendungen in die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse erstmals bis 31.03.2019 nach den Bestimmungen der §§ 420ff erfolgen, wobei die Entsendung mit 01.01.2020 wirksam wird. Gem. Abs. 2 par. cit. sind die Mitglieder des Überleitungsausschusses ab 01.01.2020 die Mitglieder des Verwaltungsrates. Gem. § 421 Abs. 4 ASVG ist jedoch die gleichzeitige Entsendung ein und derselben Person als

– 21 –

Versicherungsvertreterin/Versicherungsvertreter in mehr als einen Verwaltungskörper unzulässig. Somit können bestehende Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertreter nicht in den Überleitungsausschuss entsendet werden und sind daher vom Verwaltungsrat ausgeschlossen. Dies ist jedenfalls verfassungsrechtlich äußerst bedenklich, weil entsprechend den Vorgaben des B-VG der Bestellmodus der Organe demokratischen Grundsätzen entsprechen muss. Eben dies ist nach dem vorliegenden Entwurf jedoch nicht der Fall.

§ 538v Abs. 1 ASVG sieht für den Fall, dass kein gültiger Beschluss im Überleitungsausschuss zustande kommt, die Delegation der Entscheidung an das BMASGK vor. Zudem ist gem. § 538v Abs. 3 ASVG vom BMASGK eine Mustergeschäftsordnung zu erlassen, die als Basis für die Geschäftsordnung des Überleitungsausschusses dient. Auch hier liegt jeweils ein gravierender Eingriff in die Selbstverwaltung vor.

Nach § 538v Abs. 4 ASVG obliegt die Organisation der Bürogeschäfte des Überleitungsausschusses bis zur Bestellung des Leitenden Angestellten der ÖGK einem/er kommissarischen Leiter/in. Diese Funktion ist mit der des vorläufigen Verwalters vergleichbar, welcher jedoch derzeit erst dann eingesetzt werden kann, wenn der betroffene Verwaltungskörper ungeachtet zweimaliger schriftlicher Verwarnung durch die Aufsichtsbehörde weiterhin gesetzliche oder satzungsmäßige Bestimmungen außer Acht lässt.

In der Bestimmung nach § 538v Abs. 5 ASVG wäre hinsichtlich des anteilmäßigen Aufwandverhältnisses die Wortfolge „im Verhältnis der Versicherten“ anstelle von „im Verhältnis der Anspruchsberechtigten“ schlüssiger bzw. sachgerechter.

Die in § 538w Abs. 2 ASVG enthaltene Regelung, wonach der Überleitungsausschuss auch sämtliche Entscheidungen, die in den Aufgabenbereich des Vorstands fallen, jederzeit an sich ziehen und selbst darüber entscheiden kann, wenn diese sich auf die Zusammenführung der Versicherungsträger auswirken, erscheint zu unbestimmt und könnte wichtige Beschlüsse nicht nur verzögern, sondern auch zu Zuständigkeitskonflikten führen. Im Übrigen ist festzuhalten, dass durch diese Regelung Beschlüsse zweier Gremien – Vorstand und Kontrollversammlung – durch den Beschluss des Überleitungsausschusses ersetzt werden könnten, in dem dieser die Entscheidung an sich zieht. Dadurch werden zwei Gremien durch eines ersetzt. Dabei handelt es sich um einen unsachlichen Eingriff in die Selbstverwaltung, der verfassungswidrig erscheint.

Mit dieser Bestimmung soll dem Überleitungsausschuss im Übrigen für seine Bestellsdauer die alleinige Zuständigkeit zur Beschlussfassung u.a. hinsichtlich der Bestellung bestimmter Schlüsselpositionen bzw. Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich übertragen werden. Eine solche Regelung lässt auf Grund fehlender Delegationsbestimmungen die Entstehung eines

– 22 –

„Entscheidungsflaschenhales“ befürchten, sodass zumindest im Jahr 2019 die Gefahr von Besetzungsverzögerungen und zusätzlichen Belastungen für das bestehende Personal entstehen.

Der in § 538w Abs. 4 ASVG vorgesehene kommissarische Leiter ist lediglich den (Gesetzes)Erläuterungen zufolge für einen konkreten Zeitraum – nämlich von 1. April 2019 bis 1. Juli 2019 – zu bestellen. Der Bestellungszeitraum sollte in sachgerechter Weise jedoch vielmehr (umgekehrt) in den Gesetzestext einfließen, zumal dieser bereits mit 1. Jänner 2019 in Kraft tritt. Dabei handelt es sich um einen unsachlichen Eingriff in die Selbstverwaltung, der verfassungswidrig erscheint.

Zu Art. 1 Z 145 (§ 718 ASVG):

Mit Ablauf des 31.12.2019 wird gem. § 718 Abs. 2 Z 3 ASVG der Beirat als eigenständiges Gremium ex lege abgeschafft. Dies ist nicht nachvollziehbar, weil dieser alleine in Wien rund 350 000 Pensionistinnen/Pensionisten vertritt.

Gem. § 718 Abs. 4 ASVG wird das In-Kraft-Treten der einheitlichen Kostenerstattungsbeiträge von einem einheitlichen Gesamtvertrag gem. § 341 ASVG abhängig gemacht. Da jedoch durch die nicht spezifisch genug erscheinende Textierung des § 131 Abs. 1 ASVG – die damit auch die der ärztlichen Hilfe gleichgestellten Leistungen umfassen könnte – nicht nur Tarife des ärztlichen Gesamtvertrags betroffen wären, erscheint die zeitliche Gebundenheit als nicht zweckmäßig.

Die Frist zur Erlassung einer Satzung und Krankenordnung der ÖGK bis 31.12.2020 nach Abs. 11 par. cit. führt zu parallelen Anwendungen der unterschiedlichen Bestimmungen und somit Ungleichstellung der Versicherten für ein ganzes Jahr. Es ist erforderlich, dass bereits mit 01.01.2020 eine einheitliche Satzung und Krankenordnung für die ÖGK vorliegt, weil andernfalls möglicherweise eine unsachliche und verfassungswidrige Ungleichbehandlung der ÖGK-Versicherten je Bundesland droht. Eine einheitliche Satzung und Krankenordnung für die ÖGK bis zum 01.01.2020 zu erstellen, scheint allerdings auf Grund der sehr kurzen Übergangsphase und des umfassenden Regulierungsbedarfs unmöglich. Dies erscheint im Hinblick darauf, dass die Versicherten/Anspruchsberechtigten ab 01.01.2020 bei einem Träger – der ÖGK – versichert sind, sachlich nicht gerechtfertigt. Ferner ist im derzeitigen Entwurf nicht geregelt, für welche Versicherten der ÖGK welcher der neun Satzungen/Krankenordnungen zur Anwendung gelangen sollen. Es wird daher auch an dieser Stelle nochmals dringend angeraten, von dem Gesetz zur Gänze Abstand zu nehmen, jedenfalls aber den Übergangszeitraum deutlich zu verlängern.

Gem. § 718 Abs. 8 ASVG werden die Betriebskrankenkassen ab 01.01.2020 aufgelöst, es sei denn, sie errichten mittels einer Betriebsvereinbarung eine betriebliche Wohlfahrtseinrichtung iSd § 5a leg. cit. Somit kommt es nicht zu Reduktion der Anzahl der Träger, sondern ausschließlich zur Änderung der Rechtsform.

– 23 –

Die Betriebsunternehmer nach Abs. 8 (Wiener Verkehrsbetriebe, Mondi, voestalpine Bahnsysteme, Zeltweg und Kapfenberg) dürfen gem. Abs. 9 par. cit. zur Aufrechterhaltung ihres Leistungsniveaus jeweils eine Privatstiftung zur Förderung der Gesundheit ihrer Beschäftigten einrichten. Dieser Stiftung sind von der jeweiligen Betriebskrankenkasse xx % ihres im Jahresabschluss 2019 ausgewiesenen Reinvermögens zu widmen. Anstatt einer echten Reduktion der Anzahl der Träger wird hier die Möglichkeit geschaffen, das Vermögen der Betriebskrankenkassen in Stiftungen überzuleiten, um die dort bestehenden besseren Leistungen weiterhin gewähren zu können. Somit kann von einem solidarischen Versicherungssystem nicht ausgegangen werden, weil hier anstatt einer Leistungsangleichung im Rahmen der Zusammenlegung der Träger eine weitere Ausnahme geschaffen wird.

§ 718 Abs. 11 ASVG sieht vor, dass die ÖGK bis längstens 31.12.2020 eine Satzung und eine Krankenordnung zu erlassen hat, die an die Stelle der von den Gebietskrankenkassen erlassenen Satzungen bzw. Krankenordnungen tritt. Bis dahin gelten die Satzungen bzw. Krankenordnungen weiter. Dies führt dazu, dass für Versicherte eines einzigen Trägers, nämlich der ÖGK, neun unterschiedliche Satzungen bzw. Krankenordnungen in Geltung sind. Diese Regelung ist nicht nur zu unbestimmt, weil nicht klar daraus hervorgeht, nach welchen Zuständigkeitskriterien hier vorzugehen ist, sondern widerspricht darüber hinaus auch dem allgemeinen Sachlichkeitsgebot.

Die Bestimmung des § 718 Abs. 14 ASVG betrifft Leitende Angestellte, Leitende Ärztinnen/Ärzten und deren ständige Stellvertreterinnen/Stellvertreter. Durch diese Regelung soll ein direkter Eingriff in ein bestehendes Vertragsverhältnis erfolgen. Anders als nach der bisherigen Rechtslage, die eine vorzeitige Beendigung der Betrauung mit den betreffenden Tätigkeiten nur im Fall der Beendigung des Dienstverhältnisses zulassen, soll nunmehr auch während der Bestelldauer eine Betrauung mit einem „geringwertigeren Tätigkeitsbereich“ ermöglicht werden. Die Einreihung soll jedoch auch für diesen Fall für die gesamte Dauer der Bestellung gewahrt werden (Verweis auf sinngemäße Anwendung des § 36 Abs. 3 DO.A bzw. § 36 Abs. 2 DO.B). Unter Berücksichtigung bestehender höchstgerichtlicher Judikatur wäre damit nicht nur der Schemabezug sondern auch eine allfällige Leitungszulage in ursprünglicher Höhe weiter zu gewähren. Um Unklarheiten zu vermeiden, sollte dieser Umstand jedoch ausdrücklich in den Gesetzestext aufgenommen werden.

§ 718 Abs. 15 ASVG spiegelt nicht die medial von der Regierung abgegebene Jobgarantie wider. In diesem Zusammenhang wird auf die geplante Neuregelung in § 20 PLABG verwiesen, mit der eine Vereinheitlichung der Anwendung der Dienstordnung geregelt werden soll. Abgesehen von Auslegungsfragen der einzelnen Bestimmungen der Dienstordnungen kann hier der Hauptanwendungsfall vor allem im Hinblick auf eine Harmonisierungspflicht bestehender Rechtsgestaltung insbesondere durch Betriebsvereinbarungen gesehen werden. Um dadurch

– 24 –

allenfalls unzulässige Verschlechterungen der bestehenden Rechtspositionen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu bewirken, wird dies wohl zu einer Anpassung „nach Oben“ führen müssen und einen zusätzlichen Personalaufwand erzeugen. Des Weiteren ist es befremdlich, dass sich diese für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der GKK's bzw. ÖGK geltende Bestimmung in einem sonst auf einen sehr kleinen Mitarbeiterinnen-/Mitarbeiterkreis bezogenen Gesetz „versteckt“. Aus Sicht der WGKK ist diese Norm zu unbestimmt und verstößt daher gegen das Legalitätsprinzip.

Gem. Abs. 17 par. cit. soll der Dachverband dafür Sorge tragen, dass spezielle Dienstprüfungen ab 01.01.2021 auch in Kooperation mit Fachhochschulen als Kolloquien erfolgen können. Im Sprachgebrauch wird unter Kolloquium eine mündliche Prüfung verstanden, sodass schriftliche Abschlussarbeiten somit nicht vorzusehen sein werden. Welcher Rechtsnatur die Vorbereitung auf ein solches Kolloquium haben soll bzw. ob und welchen akademischen Grad durch ein solches Kolloquium erlangbar sein soll, ist aus den Formulierungen nicht erschießbar und würde allenfalls Konkretisierungsbedarf bestehen. Aus der Formulierung *„auch in Kooperation mit Fachhochschulen“* erschließt sich auch die Vermutung, dass eine solche Kooperation neben den bisherigen Regelungen zu den Dienstprüfungen erfolgen soll, was in seiner Sinnhaftigkeit zumindest hinsichtlich einer dann entstehenden Doppelgleisigkeit zumindest hinterfragt werden darf.

Zu Art. 2, 3 und 5 (GSVG, BSVG und SVSG):

Durch die Neugestaltung der Gesetze für Selbständige und Bauern wird das oft kritisierte Spezial- bzw. „Geheimwissen Sozialversicherungsrecht“ noch verstärkt; im Sinne einer bürgerfreundlichen und bürgernahen Verwaltung wäre hier eine Neukodifizierung dringend zu empfehlen.

Ferner ist aus Sicht der WGKK nicht nachvollziehbar und wird dies daher kritisch gesehen, dass die „Selbständigen“ zwar in einem gemeinsamen SV-Träger zusammengelegt werden, allerdings weiterhin unterschiedliche Beitrags- und Leistungsrechte nachhaltig bestehen bleiben.

Zu § 18 SVSG wird ausgeführt, dass diese Regelungen in den Verwaltungskörpern der neuen SVS zu einer mehrheitlichen Anzahl an Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertretern, welche die bisher bei der SVA versicherten Personen gegenüber jenen, die die Versicherten der SVB vertreten, führt. Dies ist aus Sicht der WGKK nicht sachlich gerechtfertigt und daher verfassungsrechtlich bedenklich.

– 25 –

Zu Art. 4 (B-KUVG):

Gem. den §§ 20 und 22 B-KUVG hat die künftige Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) weiterhin vier Rechenkreise. Unterschiedliche Leistungsrechte werden somit beibehalten. Dies ist aus Sicht der WGKK im Sinne einer Harmonisierung der Leistungen im Gesundheitssystem nicht nachvollziehbar.

Der Umstand, dass die Beschäftigten der Wiener Linien gem. § 63 B-KUVG im Unterschied zu den übrigen Versicherten nach dem B-KUVG keinen Behandlungsbeitrag bei Inanspruchnahme Ärztlicher Hilfe zu leisten haben, erscheint hinsichtlich des Gleichheitsgrundsatzes problematisch.

Zu § 133 Abs. 3 Z 3 B-KUVG merkt die WGKK an, dass nicht nachvollziehbar ist, weshalb nicht auch der Fachverband der Schienenbahnen Entsendungen von Versicherungsvertreterinnen/ Versicherungsvertretern in die künftigen Verwaltungskörper der BVAEB vornehmen kann.

Im Gegensatz zur ÖGK besteht bei der BVAEB gem. § 138 B-KUVG keine Parität zwischen den Versicherungsvertreterinnen/Versicherungsvertretern aus der Gruppe der Dienstnehmerinnen/ Dienstnehmer und jenen aus der Gruppe der Dienstgeberinnen/Dienstgeber und ebenso wenig ein wechselnder Vorsitz. Es ist nicht nachvollziehbar, warum in der BVAEB eine verfassungskonforme Besetzung der Gremien der Selbstverwaltung vorgesehen ist, während dies bei den anderen Sozialversicherungsträgern durch die paritätische Besetzung nicht der Fall ist. Dies stellt eine unsachliche Ungleichbehandlung dar.

Der enthaltende Verweis in § 143 Abs. 2 Z 3 B-KUVG auf § 2-Kassenverträge ist aus Sicht der WGKK insofern unrichtig, als es die betreffenden Versicherungsträger in absehbarer Zeit nicht mehr geben wird.

Zu Art. 9 Z 1 bis 3 (Kinderbetreuungsgeldgesetz):

Für die Durchführung des KBGG wird mit 01.01.2020 die ÖGK zuständig. Da bzgl. der Verfahrensvorschriften das KBGG auf das ASVG verweist, ist die neue Regelung des § 434 Abs. 2 Z 7 ASVG unklar – diese ordnet die Zuständigkeit für die Verfahren in erster und zweiter Instanz den Landesstellen zu. Revisionen an den OGH würden in die Kompetenz des Verwaltungsrates fallen.

Zu Art. 10 (GSBG):

Derzeit beträgt der Pauschalbetrag gem. § 1a GSBG EUR 135 Mio. Durch die geplante Novellierung dieser Bestimmung soll zukünftig ein Pauschalbetrag für die ÖGK in der Höhe von EUR 100 Mio. und ein Pauschalbetrag für die SVS in der Höhe von EUR 30 Mio. vorgesehen sein. Durch die geplante Novellierung des § 1a GSBG wird die Beihilfe an die künftigen

– 26 –


Versicherungsträger demnach um insgesamt um EUR 5 Mio. gekürzt. Die ÖGK erhält zukünftig um EUR 35 Mio. weniger an Beihilfe gem. § 1a GSBG. Dies wirkt sich infolge auch beim geplanten Zukunfts- und Innovationsfonds aus (siehe Anmerkung zu Art. 1 Z 123; § 447a ASVG).

Zu Art. 13 (KaKuG):

Die in den §§ 3 Abs. 2a und 3a Abs. 4 jeweils vorgenommenen Begriffsersetzungen sind insofern nicht sachgerecht, als die künftigen Landesstellen keine juristischen Personen (und somit nicht selbst rechtsfähig) und die Landesstellenausschüsse ex lege nicht zuständig sind.

Mit kollegialen Grüßen,

Wiener Gebietskrankenkasse


Wiener Gebietskrankenkasse
Generaldirektor
Hofrat Ing. Mag. Erich Sulzbacher