

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

Wien, 18. Oktober 2018
GZ 303.019/001-P1-3/18

Entwurf eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes/Notarversicherungs-Überleitungsgesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Rechnungshof (RH) nimmt zu dem, mit Schreiben vom 14. September 2018, GZ: BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018, ausgeschickten, im Betreff genannten Entwurf aus der Sicht der Rechnungs- und Gebarungskontrolle wie folgt Stellung:

1. Allgemeines

Mit dem vorliegenden Entwurf sollen

1. die Zusammenführung der derzeit bestehenden Sozialversicherungsträger auf fünf Sozialversicherungsträger und einen Dachverband anstelle des derzeitigen Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
2. die Reduzierung der Verwaltungskörper und deren Mitgliederanzahl,
3. die Aufgabenbündelung durch Zusammenführung der bis dato bestehenden Sozialversicherungsträger,
4. die Harmonisierung des Leistungsrechts innerhalb der einzelnen Sozialversicherungsträger und
5. Zielvereinbarungen im Personal- und Sachbereich (insbesondere in der EDV) unter Verwendung des Zielsteuerungssystems mit dem Ziel finanzieller Einsparungen

erreicht werden.

Der RH hat auf Basis von umfangreichen Gebarungsüberprüfungen der Sozialversicherung wiederholt Verbesserungen hinsichtlich der Transparenz der Mittelverwendung, Prozessverbesserungen und eine optimierte Koordination der Entscheidungsträger empfohlen. Er konnte auch zeigen, dass unmittelbar für Bürgerinnen und Bürger relevante Verbesserungen der Leistungserbringung selbst möglich wären. Dabei lagen die Schwerpunkte wie folgt:

- Bei Prüfungen zur grundsätzlichen Vorgehensweise zur betriebswirtschaftlichen Steuerung (Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung, Reihe Bund 2016/3; Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung, Reihe Bund 2016/3; Vergleich der WGKK und der OÖGKK, Reihe Bund 2008/2; Vergleich der KGKK und der SGKK, Reihe Bund 2011/11; Mittelflüsse im Gesundheitswesen, Bund 2017/10) stellte der RH wiederholt Mängel in der Transparenz der Mittelverwendung sowie in der Steuerung und daraus resultierende Effizienzsteigerungspotenziale fest. Er betonte aber auch die Möglichkeit, Vergleiche zwischen den Trägern für ein gegenseitiges Lernen voneinander zu nutzen.
- Dies zeigte sich besonders in bestimmten Querschnittsmaterien (Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung, Reihe Bund 2017/7; Vermögensmanagement ausgewählter Kranken- und Unfallversicherungsträger, Reihe Bund 2014/5; Liegenschaftsverkäufe ausgewählter Sozialversicherungsträger und Anmietung der Rossauer Lände 3 durch die Universität Wien, Reihe Bund 2014/1; Pensionsrecht der Sozialversicherung, Reihe Bund 2012/10; Register im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, Reihe Bund 2014/8).

Ein wiederkehrendes Thema dabei war die Möglichkeit, durch verbesserte Koordinierung und gemeinsame Aufgabenerledigung Verbesserungen zu erreichen.

- Gebarungskontrollen der Kernprozesse der Krankenversicherungsträger, d.h. der Prüfung der Beiträge und der leistungsrechtlichen Voraussetzungen, sowie beim Management der ärztlichen Hilfe und der Heilmittel (Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung, Reihe Bund 2016/3; Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung, Reihe Bund 2015/8; Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA), Reihe Bund 2012/6) zeigten Optimierungsmöglichkeiten in der Kooperation beim Management von Schnittstellen zu anderen Verwaltungsbereichen.
- Als Ergebnis der verschiedenen Prozesse hob der RH in seinen Prüfungen zur Versorgungswirkung bzw. Versorgungsmängeln in bestimmten Agenden (laufende Prüfung zum Thema psychiatrische Versorgung im niedergelassenen Bereich, Diabetes Versorgung in Österreich, Versorgung im Bereich der Zahnmedizin, Reihe Bund 2018/24; System der Gesundheitsvorsorge, Reihe Bund 2014/14; Versorgung von Schlaganfallpatienten in Oberösterreich und in der Steiermark, Reihe Steiermark 2012/6) hervor, dass auch die Ergebnisse der Versorgung Verbesserungspotenzial aufwiesen.
- In seinem jüngst veröffentlichten Bericht IT-Projekt ZEPTA, Reihe Bund 2018/54, überprüfte der RH die nahezu 10-jährige Projektumsetzung mit Kosten von rd. 93 Mio. EUR, ein IT-Projekt, das im Oktober 2017 immer noch in wesentlichen Teilen unvollständig war. Das Ziel eines in den vier Sozialversicherungsträgern einheitlichen Einsatzes der zugehörigen IT-Anwendungen von ePV wäre bis Ende 2018 auch umzusetzen.

Für den RH ist die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems – und damit auch der Sozialversicherungen – so zentral, dass er das Thema als eines der zehn wichtigsten Reformthemen für die neue Bundesregierung definiert hat. Die Ausgaben für den Gesundheitsbereich stellen eine besondere Herausforderung für den Gesamtstaat dar. Der RH weist darauf hin, dass das gesamte Gebarungsvolumen der Sozialversicherungsträger rd. 63,9 Mrd. EUR im Jahr 2018 beträgt.

In Österreich besteht mit insgesamt 21 Sozialversicherungsträgern derzeit ein komplexes, zersplittertes System. Der RH hat daher regelmäßig Verbesserungen in der Struktur der Sozialversicherungsträger gefordert. Eine Neuorganisation des Systems der Sozialversicherungsträger muss dazu dienen, strukturelle Defizite zu überwinden, Transparenz und Effizienz zu erhöhen sowie die Steuerung und damit einhergehend die Qualität der Leistungen für alle Versicherten zu verbessern.

Der RH befürwortet dementsprechend das Ziel einer Effizienzsteigerung und Vereinheitlichung von Leistungen im Bereich der Sozialversicherungen.

Allerdings sieht er eine Reihe von Problemen im gegenständlichen Entwurf, die im Folgenden näher ausgeführt werden. Allein der Umfang der Reform erfordert nach Auffassung des RH eine ernsthafte und differenzierte Auseinandersetzung mit bestehenden Problemstellungen, die sich aus dem Entwurf ergeben:

- Das Ziel, die Anzahl der Träger auf fünf zu reduzieren, wird zwar formal, nicht aber inhaltlich erreicht.
- Die finanziellen Erläuterungen sind mangelhaft und bieten keine geeignete Grundlage für eine informierte Beschlussfassung. Das im Rahmen der Präsentation gesetzte Reformziel der Einsparung von 1 Mrd. EUR ist im Entwurf nicht enthalten, Mehrkosten sind nicht berücksichtigt.
- Es wird keine geeignete Grundlage für ein professionelles Fusionsmanagement gelegt; die konkreten Fusions- und Finanzziele bleiben unklar, ein Regelwerk für die Fusionskosten fehlt. Es bestehen rechtliche und wirtschaftliche Risiken.
- Wesentliche Fragen der vorgeschlagenen Reform, insbesondere die Leistungsharmonisierung und die Verwendung der Mittel der ÖGK bleiben unbeantwortet.
- Eine verwaltungseffiziente Beitragsprüfung unter Berücksichtigung der besonderen Interessen der Sozialversicherung scheint nicht sichergestellt.

Zudem weist der RH darauf hin, dass inhaltliche Vorhaben der Gesundheitsreform (z.B. Verbesserungen bei Schnittstellen zum Spitalsbereich, Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, Verbesserungen im Vertragspartnerrecht) durch den gegenständlichen Entwurf nicht umgesetzt werden.

2. Inhaltliche Anmerkungen

a) Zur Zahl der Träger

Die Zahl der Sozialversicherungsträger wird nominell auf fünf reduziert; dabei ist jedoch aus der Sicht des RH Folgendes zu berücksichtigen:

- Die Notariatsversicherung wird von einer „Versicherungsanstalt“ zur „Versorgungsanstalt“ und bleibt im Übrigen unverändert bestehen.
- Die Betriebskrankenkassen (derzeit fünf) verlieren zwar ihren Status als Sozialversicherungsträger, vier davon können aber als betriebliche Wohlfahrtseinrichtung weiter bestehen.

Damit bestünden faktisch weiterhin zehn Träger.

Nicht erfasst vom Entwurf werden zudem die 15 Krankenfürsorgeanstalten (KFA; vgl. § 2 B–KUVG). Wenn eine Konzentration der Rechtsträger und eine Zentralisierung der Verwaltung zu Effizienzsteigerung und Leistungsharmonisierung führen soll, ist näher zu begründen, warum gerade Einheiten, die sich auf wenige Versicherte beziehen, von der Reform unberührt bleiben.

Die Umgestaltung der Betriebskrankenkassen in betriebliche Wohlfahrtseinrichtungen (§ 5a ASVG des Entwurfs) hat nach Ansicht des RH – abgesehen vom Fehlen von Effizienzvorteilen oder einer Leistungsharmonisierung – einen wesentlichen Nachteil: Durch das Herausfallen aus dem Bereich des Dachverbandes wird die Verbindung zur sonstigen Krankenversicherung (z.B. Verfügbarkeit von Daten, Meldepflichten) schwächer.

Die betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen gemäß § 5a ASVG des Entwurfs zählen nicht mehr zu den Versicherungsträgern (§ 23 Abs. 1 ASVG des Entwurfs). Es ist nach Ansicht des RH daher nicht auszuschließen, dass diese Wohlfahrtseinrichtungen nicht mehr als „Träger der Sozialversicherung“ gelten, weshalb die Prüfkompetenz des RH in § 5a ASVG des Entwurfs ausdrücklich zu verankern wäre. In diesem Zusammenhang gibt der RH auch zu bedenken, dass durch diese Umgestaltung auch der Dachverband zukünftig mangels Zuständigkeit keinen Überblick über die maßgeblichen Daten der betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen mehr haben wird.

b) Zur materiellen Vereinheitlichung des Leistungsrechts

Die Versicherungsträger der Bauern und der gewerblichen Wirtschaft werden zusammengelegt, ihr jeweiliges Beitrags– und Leistungsrecht bleibt jedoch unverändert. Die Erläuterungen sprechen die „Hoffnung“ auf eine langfristige Vereinheitlichung aus, die diesbezüglich maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen beschränken sich darauf, die Vereinheitlichung des Beitrags– und Leistungsrechts lediglich als Ziel zu definieren (§ 53 Abs. 9 Entwurf eines Selbständigen–Sozialversicherungsgesetzes [SVSG]). Die Versicherungsanstalt hat der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Bundesminister für Finanzen halbjährlich, beginnend ab 30. Juni 2020, über den Fortgang der Beitrags– und Leistungsvereinheitlichung zu berichten (§ 255 Abs. 5 B–KUVG des Entwurfs). Der RH merkt dazu an, dass nicht die Versicherungsanstalt das Beitrags– und Leistungsrecht annähern kann. Dies ist vielmehr die Aufgabe des Gesetzgebers.

Somit bezieht sich die Reform in diesem Bereich inhaltlich im Wesentlichen auf zwei Aspekte: die Frage der Zusammensetzung der entscheidenden Gremien und die Frage von Querfinanzierungen zwischen den Berufsgruppen.

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass materiell im Leistungsrecht zwischen der SVA und der SVB ein wesentlicher Unterschied liegt. Die SVB ist eine sog. „§ 2 Kasse“ (d.h. sie hat den gleichen Tarif wie die Gebietskrankenkassen), während die SVA eigene Tarife verhandelt, die faktisch deutlich höher sind. Der RH verweist auf das Risiko, dass durch die Zusammenlegung – ohne klare Regelung des Leistungsrechts – die Tarife für den fusionierten Träger steigen könnten, was mit deutlichen Mehrkosten verbunden wäre.

Ähnliches gilt auch für die unterschiedlichen Vorgaben für Beamtinnen und Beamte, Vertragsbedienstete neu, Eisenbahnerinnen und Eisenbahner (nach den Dienstrechtsgruppen A und B) und die Knappen im



GZ 303.019/001-P1-3/18

Seite 5 / 11

Sinne des Bergbaus. Der aus VAEB und BVA neu gegründete Träger wird fünf verschiedene beitrags- und leistungsrechtliche Systeme zu administrieren haben. Dass unter diesen Voraussetzungen wesentliche Einsparungen erfolgen, hält der RH für wenig wahrscheinlich.

Ungeachtet der Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zu einem einheitlichen Rechtsträger (der Österreichischen Gesundheitskasse) wird sowohl im Bereich des Leistungsrechts, d.h. bei der Verhandlung der Gesamtverträge, als auch hinsichtlich des Budgets den Landesstellen wesentlicher Gestaltungsspielraum eingeräumt. Bestimmte Beitragseinnahmen müssen den Landesstellen zugewiesen werden, die dann regionale Differenzierungen in den Gesamtverträgen verhandeln können. Eine unmittelbare materielle Vereinheitlichung des Leistungsrechts erfolgt auf diese Weise offenbar nicht.

Nach Einschätzung des RH wird mit der Strukturreform somit im Wesentlichen nur die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe aufgelöst (und die Versicherten auf die KFA Wien und die VAEB aufgeteilt). Eine tatsächliche Vereinheitlichung für die Versicherten auch innerhalb der neu geschaffenen Träger erfolgt darüber hinaus nicht. Dies, obwohl die Leistungsharmonisierung eines der zentralen Ziele der Reform ist.

c) Risiken im Zusammenhang mit unklaren Regelungen zur regionalen Gebarung der ÖGK

(1) § 443 ASVG des Entwurfs regelt: „Es ist sicherzustellen, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.“ Da die Beiträge nur einen Teil (im Bundesschnitt rd. 85 %, aber zwischen 86 % in OÖ und 79 % in Wien) der Gesamterträge ausmachen (hinzu kommen insb. Rezeptgebühren und andere Kostensätze), scheint die Mittelverwendung innerhalb der ÖGK nach regionalen Kriterien unklar.

Der Wortlaut könnte i.S.e. Mittelverteilung aller Erträge proportional zu den Beiträgen gedeutet werden. Das wäre mit finanziellen Folgen verbunden: Wer z.B. mehr Heilmittel zu bezahlen hat und daher mehr Einnahmen aus Rezeptgebühren erzielt, müsste diese an jene Träger abgeben, die eben weniger Heilmittel zu bezahlen haben, aber höhere Beiträge erzielen. Dies würde insbesondere die derzeitige WGKK, die den höchsten Anteil, rd. 21 % an sonstigen Erträgen hat, betreffen.

Der Wortlaut könnte auch bedeuten, dass die sonstigen Erträge (rd. 2,3 Mrd. EUR) zunächst bei der Zentrale der ÖGK vereinnahmt werden und dann frei verteilbar sind. Dies erscheint ohne gesetzlich determinierte Kriterien problematisch.

Die jeweilige Auslegung ist nach Ansicht des RH von entscheidender Bedeutung, weil die tatsächliche Gleichbehandlung von Versicherten in erheblich größerem Ausmaß von den regional tatsächlich verfügbaren Mitteln und den entsprechend regional ausgehandelten Leistungen und der möglichen Ärztedichte abhängt, als von den Satzungen und deren geringfügigen Unterschieden (Kostenbeitrag für Grippeimpfung etc.). Nunmehr ist zwar klar, dass die Landesstellen regionale Besonderheiten zu den Gesamtverträgen aushandeln können; das finanzielle Volumen bleibt jedoch offen.

(2) Ebenso unklar scheint, was mit den Rücklagen der Gebietskrankenkassen (2017: rd. 1,3 Mrd. EUR) zu geschehen hat. § 434 Abs. 2 Z. 5 des Entwurfs regelt als Kompetenz der Landesstellenausschüsse:

„Verhandlung und Entscheidung über die Verwendung der am 31. Dezember 2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Verwendung der Rücklagen für Gesundheitsreformprojekte im Einvernehmen mit der Landeszielsteuerungskommission“.

Zunächst weist der RH darauf hin, dass in den Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherungsträger zwar zwischen verschiedenen Rücklagenarten unterschieden wird (Leistungssicherungsrücklagen, allgemeine Rücklagen, Rücklagen für den Unterstützungsfonds), aber keine „freien Rücklagen“ definiert sind. Weiters weist der RH darauf hin, dass die WGKK voraussichtlich Ende des Jahres 2018 über eine negative Rücklage verfügen könnte (WGKK: Ende 2017 rd. minus 41 Mio. EUR). Ebenso bleibt unklar, ob auf diese Weise eine Zweckbindung für Reformpoolprojekte der Landesgesundheitsfonds erfolgt und wie sich dies auf die Versicherten auswirkt.

d) Sonstige Regelungen

§ 460 Abs. 4a ASVG des Entwurfs sieht – ohne weitere Begründung – einen weiteren (dritten) Generaldirektorstellvertreter für die PVA vor, obwohl die PVA nicht primär von der Strukturreform betroffen ist. Dies scheint unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten problematisch.

Die Bestimmungen zur Vorsitzführung in den Hauptversammlungen der Versicherungsträger (§ 430 Abs. 3a letzter Satz und § 430 Abs. 3b letzter Satz ASVG des Entwurfs, § 139 Abs. 2a letzter Satz B-KUVG des Entwurfs, § 24 Abs. 2a vorletzter Satz des Entwurfs eines SVSG) nehmen – ohne weitere Erläuterungen in den Materialien – auf die Zugehörigkeit zu einer wahlwerbenden Gruppe Bezug.

e) Positive Aspekte/Umsetzung von Empfehlungen

Im Hinblick auf seine bisherigen Feststellungen beurteilt der RH die folgenden Bestimmungen des Entwurfs positiv:

- Der Entwurf sieht teilweise Eignungs- bzw. Qualifikationsvorgaben für Funktionäre vor (z.B. § 420 Abs. 6 ASVG des Entwurfs, § 132 Abs. 6 B-KUVG des Entwurfs), was aus der Sicht des RH positiv zu bewerten ist („Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung“, Reihe Bund 2017/7, TZ 8).
- Die Verankerung einer aufsichtsbehördlichen Einspruchsmöglichkeit bei Beschlüssen, die in wichtigen Fragen „gegen den Grundsatz der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit verstoßen“ (z.B. § 448 Abs. 4 ASVG des Entwurfs, § 154 Abs. 3 B-KUVG des Entwurfs und § 36 Abs. 4 Entwurf eines SVSG) ist aus der Sicht des RH ebenso zweckmäßig wie die nähere Definition des Terminus „wichtige Fragen“ in § 449 Abs. 2 ASVG des Entwurfs, § 155 Abs. 2 B-KUVG des Entwurfs und § 37 Abs. 2 Entwurf eines SVSG.
- Vorgesehen ist die Prüfung der Jahresabschlüsse durch Wirtschaftsprüfer (z.B. § 444 Abs. 1 ASVG des Entwurfs). Der RH erachtet dies angesichts des Gebarungsvolumens als positiv.
- Die Einzelverrechnung zwischen der AUVA und den GKK ist aus der Sicht des RH ebenso grundsätzlich positiv zu bewerten wie Erleichterungen im Falle der Mehrfachversicherung (amtswegige Differenzvorschreibung).



GZ 303.019/001–P1–3/18

Seite 7 / 11

3. Zu den finanziellen Auswirkungen

(1) Die wirkungsorientierte Folgenabschätzung (WFA) bei Regelungsvorhaben und sonstigen Vorhaben regelt § 17 BHG 2013. Danach haben alle mit der Vorbereitung der Erlassung u.a. von Rechtsvorschriften des Bundes betrauten Organe „auf deren wesentliche Auswirkungen bei der Folgenabschätzung (...) Bedacht zu nehmen“.

Zu diesen wesentlichen Auswirkungen zählen dabei insbesondere die finanziellen Auswirkungen, die der RH regelmäßig in den Fokus seiner Stellungnahmen im Rahmen von Gesetzesbegutachtungen rückt. Für deren Darstellung enthält § 17 Abs. 4 BHG nähere Bestimmungen. Zu beziffern ist die Höhe der finanziellen Auswirkungen im laufenden Finanzjahr und mindestens in den nächsten vier Finanzjahren. Die Kalkulationspflicht besteht nicht nur für den Bund, die Länder und die Gemeinden, sondern ausdrücklich auch für Sozialversicherungsträger.

Gemäß § 17 Abs. 2 BHG 2013 ist jedem Entwurf für ein Regelungsvorhaben und jedem sonstigen Vorhaben, von dem Mitglied der Bundesregierung oder dem haushaltsleitenden Organ, in dessen Wirkungsbereich der Entwurf ausgearbeitet oder das Vorhaben geplant wurde, eine der WFA–Finanzielle–Auswirkungen–Verordnung (WFA–FinAV, BGBl. II Nr. 490/2012) entsprechende Darstellung der finanziellen Auswirkungen im Rahmen der wirkungsorientierten Folgenabschätzung anzuschließen. Gemäß § 3 Abs. 2 der WFA–FinAV sind bei den Angaben zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen die Grundsätze der Relevanz, der inhaltlichen Konsistenz, der Verständlichkeit, der Nachvollziehbarkeit, der Vergleichbarkeit und der Überprüfbarkeit zu beachten.

(2) Im Zusammenhang mit der Präsentation des vorliegenden Entwurfs in der Öffentlichkeit bezifferte u.a. auch die zuständige Bundesministerin das Einsparungspotenzial mehrfach mit 1 Mrd. EUR. In den Erläuterungen zum gegenständlichen Entwurf findet dieser Betrag keinen Niederschlag; diesen zufolge sollen die Einsparungen für die Sozialversicherungsträger in den Jahren 2019 bis 2023 33 Mio. EUR betragen. Im Zeitraum 2024 bis 2026 sollen diese um weitere 318 Mio. EUR steigen.

Die im Entwurf enthaltene Darstellung der finanziellen Auswirkungen der Reform der Organisation der Sozialversicherungsträger ist aus Sicht des RH als ungenügend zu bezeichnen. Der Nachweis zum Einsparungspotenzial der oben erwähnten 1 Mrd. EUR fehlt. Die Darstellung entspricht nicht den Anforderungen gemäß § 17 BHG 2013. Sie unterscheidet sich von den öffentlich genannten finanziellen Zielsetzungen, ist unvollständig, basiert auf nicht nachvollziehbaren Grundlagen. Damit ist sie nicht geeignet, dem Gesetzgeber eine aussagekräftige Entscheidungsgrundlage zu bieten. Die für den RH maßgeblichen Gründe sind im Folgenden ausgeführt:

(2.1.) Es fehlen transparente und nachvollziehbare Berechnungsgrundlagen. Die Erläuterungen begründen die Einsparungen i.d.H.v. 33 Mio. EUR im Jahr 2023 mit der „Annahme einer linearen Einsparung von bis zu 10 % der Personal– und Sachaufwendungen des Verwaltungsbereichs der Sozialversicherung“. Eine nachvollziehbare Herleitung des genannten Betrages enthalten die Materialien nicht:

Die offizielle Verwaltungsstatistik des Hauptverbandes weist für die Summe der Sozialversicherungsträger einen Verwaltungs– und Verrechnungsaufwand 2017 von rd. 1,2 Mrd. EUR aus. Dieser Wert wäre jedoch



keine konzeptionell sinnvolle Basis für die Berechnung von Einsparungen, weil die PVA und die AUVA von dem Entwurf kaum betroffen sind. Der (Brutto)Verwaltungsaufwand für alle Krankenversicherungsträger machte 2017 rd. 824 Mio. EUR aus. Es bleibt unklar, welche Ausgangsbasis zur Ermittlung der Einsparungen dient.

Weiters unterblieb eine inhaltliche Begründung für die Annahme einer Reduktion der Verwaltungskosten um 10 %. Da (wie oben ausgeführt) eine Vereinheitlichung des Beitrags- und Leistungsrechts nicht erfolgt, bleibt offen, wie und bis wann eine entsprechende Prozessveränderung erfolgen kann. Der RH unterstützt zwar ausdrücklich das Ziel einer effizienten Verwaltung, weist aber auf das Risiko hin, dass Personalreduktionen ohne entsprechende begleitende Prozessveränderungen, einen unmittelbaren wirtschaftlichen Nachteil für die Versicherten bewirken könnten.

(2.2.) Die Angaben zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen sind unvollständig. Die angeführten Fusionskosten (Neuanmietung von Büros, EDV-Umstellungen, Beratungskosten etc.) sind nicht bewertet. Die Angabe, dass deren Höhe von der Selbstverwaltung zu entscheiden sei, kann diesen Mangel nicht rechtfertigen. Dies würde auch für etwaige Einsparungen gelten; zudem ist die Fusion gesetzlich angeordnet, die Fusionskosten sind daher Kosten i.S.d. § 17 BHG und in den Materialien auszuweisen.

Die WFA verweist nicht auf den Umstand, dass die ÖGK mit zusätzlichen 14,7 Mio. EUR jährlich belastet wird (§ 149 Abs. 3a ASVG des Entwurfs), um die Finanzierung der Privatkrankenhäuser über den PRIKRAF zu erhöhen (u.a. um die Privatklinik Währing in den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds aufzunehmen). Im Zeitraum bis 2023 (Wirksamkeit 1. Jänner 2020) bedeutet dies eine Mehrbelastung i.d.H.v. rd. 60 Mio. EUR.

Zudem fehlen Ausführungen zu den finanziellen Auswirkungen der Änderungen im Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG), die sich zu Lasten der ÖGK mit rd. 15 bis 30 Mio. EUR p.a. ab 1. Jänner 2020 niederschlagen dürften. Bisher flossen aus Mitteln des GSBG rd. 130 Mio. EUR über den Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG an die Gebietskrankenkassen. Dieser Betrag wird auf 100 Mio. EUR reduziert, die übrigen 30 Mio. EUR fließen an die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen; sie dienen lt. Erläuterungen der Sicherung der medizinischen Versorgung des ländlichen Raums. Maßnahmen zur Messung einer Wirkung für den ländlichen Raum oder eine Zweckwidmung sind jedoch nicht vorgesehen.

Nach den Erläuterungen sollen 15 Mio. EUR des Nachteils für die ÖGK durch eine Veränderung im Finanzierungsschlüssel für das LKF System (§ 447f ASVG des Entwurfs) wieder kompensiert werden. Dieser ist durch Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zu regeln (§ 447f Abs. 18 ASVG des Entwurfs). Eine gesetzliche Verankerung dieser Vorgabe fehlt jedoch. Der RH weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass damit für einen finanziell derart bedeutsamen Bereich (die Verpflegskosten etwa betragen 2017 rd. 4,5 Mrd. EUR) lediglich eine Verordnungsermächtigung besteht, ohne dass die Inhalte hinreichend gesetzlich determiniert werden. Unter der Annahme, dass der Intention der Erläuterungen Rechnung getragen wird, ergibt sich daraus eine finanzielle Belastung der ÖGK bis 2023 von rd. 60 Mio. EUR.

Die künftig vorgesehene Einzelverrechnung zwischen AUVA und (Landesstellen der) ÖGK wird in der WFA nicht bewertet. Bisher kamen bis zur Klärung, ob ein Arbeitsunfall vorliegt oder nicht, die GKK für die



GZ 303.019/001–P1–3/18

Seite 9 / 11

Kosten der medizinischen Versorgung auf. Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls ersetzt die AUVA die Kosten über eine Pauschalsumme. Die AUVA argumentierte zuletzt, diese Pauschale sei zu hoch. Dagegen führten die GKK ins Treffen, dass z.B. im Bereich psychischer Belastungen die Arbeitswelt vielfach für Erkrankungen maßgeblich sei, deren Behandlung allerdings nicht von der AUVA refundiert werde. Eine genaue Bewertung, die der RH für wesentlich erachtet, setzt voraus, dass die konkreten Regelungen zur Einzelverrechnung (zu verwendende Tarifsätze, Betrachtung zu Voll- oder Grenzkosten, etc.) geklärt sind.

Ebenso findet sich in der WFA keine Darstellung der Auswirkung der Senkung der Beitragssätze für die Unfallversicherung (AUVA) um 0,1 %.

(2.3.) Das Nettoergebnis der im vorliegenden Entwurf vorgeschlagenen Maßnahmen für die ÖGK und die dort vertretene Versichertengemeinschaft wird – soweit ersichtlich – in den ersten 5 Jahren nicht wie dargestellt positiv, sondern – selbst ohne Berücksichtigung von Fusionskosten – deutlich negativ sein.

4. Voraussetzungen für ein professionelles Fusionsmanagement: Konkrete Finanzziele und Steuerung der Fusionskosten

Der RH hat in seinem Bericht über die Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten im Jahr 2007 Fusionskosten (bei der Fusion von lediglich zwei Trägern) von über 114,8 Mio. EUR festgestellt. Er kritisierte damals, dass keine konkreten Finanzziele vorlagen und eine tatsächliche Verringerung an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht feststellbar war. Der Zeitdruck bei der Fusion führte zu Planungs- und Durchführungsmängeln und vermeidbaren Mehraufwendungen von rd. 23 Mio. EUR. Eine Reihe von Rahmenbedingungen (z.B. im Dienstrecht der Sozialversicherungsträger) erschwerten die Erzielung von Synergieeffekten („Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und der Angestellten“, Reihe Bund 2007/8, S. 49).

Diese Rahmenbedingungen (Zeitdruck, unklare Einsparungsvorgaben, keine klare Definition von Fusionskosten, schlechte Voraussetzungen für Einsparungen z.B. im Dienstrecht) werden durch den vorliegenden Entwurf nicht geregelt. Er enthält zudem keine Ansätze für eine geeignete Steuerung (Begrenzung, transparenter Ausweis, etc.) der Fusionskosten.

Der RH verweist daher auf das Risiko, dass ohne weitere Maßnahmen bei den vorgeschlagenen Fusionsvorhaben vermeidbare Mehraufwendungen entstehen könnten.

5. Rechtliche und wirtschaftliche Risiken des Entwurfs

a) Mangelnde Kontrolle durch Abschaffung der Kontrollversammlung

Der RH hat in seinem Bericht „Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Bund 2017/7) im Gefolge von staatsanwaltlichen Erhebungen bei BVA, PVA und AUVA umfassende Probleme in der Corporate Governance der Sozialversicherungsträger aufgezeigt. Die Abschaffung der Kontrollversammlung scheint daher unter Gesichtspunkten der good governance problematisch. Aufgrund des hohen Gebarungsvolumens (Sozialversicherungsträger insgesamt: rd. 63,9 Mrd. EUR im Jahr 2018) ist ein Kontrollgremium aus der Sicht des RH unbedingt erforderlich. Angesichts der Regelungen im

Gesellschaftsrecht sowie des Corporate Governance Kodex (die schon bei einem geringeren Volumen einen Aufsichtsrat vorsehen) scheint die vorgeschlagene neue Entscheidungsstruktur problematisch. Der RH regt daher an, jedenfalls ein Kontrollgremium vorzusehen. Auch ein ausreichendes IKS und Risikomanagement sind gerade in der Phase der Überleitung in die neuen Strukturen dringend geboten.

b) Risiko verzögerter Fusionsentscheidungen

Der RH weist auf den Umstand hin, dass ein neuer kommissarisch leitender Angestellter und neue Versicherungsvertreter bzw. im Streitfall zwischen Dienstgebern und Dienstnehmern die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz operative Einzelfallentscheidungen ab 100.000 EUR treffen sollen. Dies birgt nach Ansicht des RH das Risiko wesentlicher Verzögerungen in sich. Ebenso ist im Übergangszeitraum die Verantwortung zwischen den weiterhin vorhandenen Vorständen und den Überleitungsausschüssen unklar.

c) Übertragung der Beitragsprüfung an das BMF

Gleichzeitig mit dem vorliegenden Entwurf hat das Bundesministerium für Finanzen den Entwurf eines Gesetzes über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung (77/ME XXVI. GP) zur Begutachtung übermittelt. Der RH ist in seiner Stellungnahme u.a. auf die Organisation des Prüfdienstes für lohnabhängige Abgaben und Beiträge (PLAB), die Verfahrensgrundsätze, das Personal (insbesondere auf die Zuweisung von Angestellten der ÖGK zum Bund) und die Darstellung der finanziellen Auswirkungen eingegangen.

Zusammengefasst sieht der RH darin eine weitere Komplexitätserhöhung in der Verwaltungsorganisation und der wechselseitigen Verrechnungen sowie das Risiko, dass die spezifischen Interessen der Sozialversicherung im Rahmen der Beitragsprüfung durch die vorgeschlagenen Regelungen nicht ausreichend berücksichtigt sind.

Auf die Stellungnahme des RH zum Entwurf des Gesetzes über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung vom 18. Oktober 2018, GZ 303.018/001–P1–3/2018 wird verwiesen.

6. Vorschläge für Änderungen aufgrund des Begutachtungsprozesses

Nach Ansicht des RH sollten folgende Punkte im Begutachtungsverfahren berücksichtigt werden:

- Die wirtschaftlichen Konsequenzen der Reform sollten durch eine den gesetzlichen Vorschriften entsprechende WFA vor einer Beschlussfassung berechnet und vervollständigt werden.
- Die Voraussetzungen für ein professionelles Fusionsmanagement sollten geschaffen werden (Kostendefinition, Zieldefinition, klare Prozesse).
- Zur Vermeidung von unnötigen Fusionsaufwendungen sollten die rechtlichen und wirtschaftlichen Risiken bei den Governance-Änderungen minimiert werden.



GZ 303.019/001-P1-3/18

Seite 11 / 11

- Die Leistungsharmonisierung (regional im Rahmen der ÖGK, berufsständisch zwischen Bauern und Gewerbe sowie Eisenbahnerinnen und Eisenbahnern, Beamtinnen und Beamten, Betriebskrankenkassen, KFA, Beitragsvereinfachung) sollte eingeleitet werden, weil die Mittelverteilung und rechtliche Regelung durch den Gesetzgeber zu erfolgen haben.
- Die Vorgehensweise der regionalen Mittelverteilung in der Österreichischen Gesundheitskasse sollte klar und eindeutig geregelt werden.
- Die Prüfkompetenz des RH für Betriebskrankenkassen, die als betriebliche Wohlfahrtseinrichtungen weiterbestehen, sollte außer Streit gestellt werden.

Abschließend weist der RH darauf hin, dass auch mit diesem Entwurf weiterreichende Strukturthemen (z.B. die Integration der KFA in das System der Krankenversicherung, Gleichbehandlung aller Versicherten) sowie die Umsetzung der Gesundheitsreform (z.B. die bessere Integration von Spitalsbereich und niedergelassenem Sektor, medizinische Versorgung) über die Gebietskörperschaften hinweg weiterhin offen bleiben.

Von dieser Stellungnahme wird je eine Ausfertigung dem Präsidium des Nationalrates und dem Bundesministerium für Finanzen übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Die Präsidentin:
Dr. Margit Kraker

F.d.R.d.A.: