

Präsidium des Nationalrates
Dr.-Karl-Renner-Ring 3
1010 Wien

<i>Unser Zeichen</i>	DB
<i>Telefon</i>	05 7807 101100
<i>Telefax</i>	05 7807 66101100
<i>E-Mail</i>	andrea.wesenauer@oegkk.at
<i>Ihre Kontaktperson</i>	Dr. Andrea Wesenauer
<i>Datum</i>	17. Oktober 2018

Stellungnahme zum Entwurf eines Sozialversicherungsorganisationsgesetzes (SV-OG) und zum Entwurf eines Gesetzes über die Zusammenführung der Prüforganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung (ZPFSG)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit dem Entwurf zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) und zum Gesetz über die Zusammenführung der Prüforganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung (ZPFSG) wurde ein Gesetzesvorhaben in den parlamentarischen Prozess gebracht, das in vielerlei Hinsicht einzigartig ist und in der bisherigen Geschichte der 2. Republik seines Gleichen sucht.

Als OÖGKK verzichten wir darauf, auf die Bestimmungen im Einzelnen einzugehen. Wir erlauben uns aber, eine rechtspolitische Stellungnahme abzugeben, die unsere grundsätzlichen Bedenken zum Ausdruck bringen soll. Dabei gehen wir jedoch nur auf jene Passagen ein, die uns als OÖGKK unmittelbar betreffen.

1 Keine Einbeziehung der betroffenen Krankenversicherungsträger

Einzigartig ist die Art der Entstehung: Der Gesetzesentwurf wurde ohne Einbeziehung der betroffenen Normadressaten, primär der Gebietskrankenkassen bzw. deren Entscheidungs- und Verantwortungsträger, erstellt. Dabei geht es uns nicht ausschließlich darum, dass dieses Vorgehen dem bisherigen politischen Usus in der 2. Republik völlig widerspricht. Bereits die Novelle zum Erwachsenenschutzgesetz hat schon klar gezeigt, dass die amtierende Bundesregierung andere Vorstellungen darüber hat, wie die Gesetzeswerdung im Bereich der sozialen Krankenversicherung – insbesondere im vorparlamentarischen Prozess – künftig von

Statten gehen soll. Unser Hauptkritikpunkt dabei ist: Die Implementierung von gesetzgeberischen Reformvorhaben ohne Know-how der Betroffenen und ohne auch nur den Versuch zu unternehmen, die legitimen Interessen der Betroffenen zu berücksichtigen. Solch ein Vorgehen war in der österreichischen Politik nur sehr selten von Erfolg gekrönt. Wir halten es somit für staatspolitisch höchst bedenklich, auf dem Rücken der Versicherten, Patienten, Vertragspartner und anderer Stakeholder sehenden Auges das Risiko einzugehen, einen Gesetzestext zwar durch das österreichische Parlament zu bringen, aber schlussendlich in der Implementierung zu scheitern.

2 Keine Bedachtnahme auf legitime Interessen der Dienstnehmer

Einzigartig ist der Gesetzesentwurf auch dahingehend, dass im Resultat eine völlige Abkehr von dem politischen Usus erfolgt, die Interessen einer großen gesellschaftlichen Gruppe im Zuge einer Reform zumindest mit zu berücksichtigen. Gemeint ist hier die Gruppe der privat unselbständig Beschäftigten in Österreich: Sie verlieren weitgehend ihre Mitbestimmung darüber, wie ihre eigene Gesundheitsversorgung gestaltet werden soll.

Wogegen sich unserer Bedenken richten ist, dass der Gesetzesentwurf sicherstellt, dass den Interessen der Kurie der Dienstgeber einseitig der Vorzug gegeben wird und zwar in einer Form, welche die grundlegende Balance zwischen den politischen Kräften in diesem Land aus dem Gleichgewicht bringt. Der Verwaltungsrat, die Landesstellenausschüsse und die Hauptversammlung der ÖGK sollen sich jeweils zur Hälfte aus Vertretern der Dienstnehmer und Vertretern der Dienstgeber zusammensetzen. Das bedeutet, dass die Gruppe der Dienstgeber künftig in gleichem Ausmaß mitgestalten kann, obwohl ihr Anteil an den Gesamterträgen beispielsweise der OÖGKK nicht einmal ein Drittel beträgt. Hinzu kommt, dass die Dienstgeber nicht von Qualität und Umfang der Leistungen einer künftigen ÖGK betroffen sind. Anders als allen anderen Berufsgruppen wird damit den privat unselbständig Versicherten das grundlegende Recht aberkannt, in ihrem eigenen Belangen der Gesundheitsversorgung selbst zu entscheiden. Dies wird im Resultat von „ihren“ Dienstgebern erledigt.

Darüber hinaus droht die Selbstverwaltung, die sich bisher dadurch ausgezeichnet hat, sich im Schatten der oft symbolischen Tagespolitik sachpolitischen Entscheidungen widmen zu können

und auch längerfristige Ziele nachhaltig zu verfolgen, zum Spielball kurzfristiger kurien- bzw. parteipolitischer Interessen zu werden. Grund dafür ist die Stärkung der politischen Position der Bundespolitik, konkret der Aufsichtsbehörde und des Bundesministers für Finanzen.

Eine „Verpolitisierung“ und ein wesentlich stärkerer Einfluss parteipolitischer Interessen auf die Gestaltung der Gesundheitsversorgung wird so entgegen der eigentlichen Intention von Selbstverwaltung – nämlich der Führung der Verwaltung durch die unmittelbar Betroffenen – bewusst systemisch im Gesetz angelegt. Auch hier verzichten wir auf Details und wollen nur durch einige exemplarische Beispiele unsere Position illustrieren:

- Ein gültiger Beschluss in den Gremien bedarf in der Regel der Zustimmung der Mehrheit der gültig abgegebenen Stimmen. Durch die paritätische Besetzung von Dienstnehmer- und Dienstgebervertretern kann es künftig zu „Pattsituationen“ kommen, für die das Gesetz keine Lösung vorsieht. So ist kein Dirimierungsrecht des Vorsitzenden normiert. Es wird wohl in der Geschäftsordnung vorzusehen sein, wie in solchen Konstellationen vorzugehen ist. Diese Geschäftsordnungen sind von der Aufsichtsbehörde nicht nur zu genehmigen, sie haben auch den Grundsätzen der Mustergeschäftsordnung zu entsprechen, die von der Bundesministerin aufzustellen sind.
- Der Transformationsprozess der Gebietskrankenkassen zur ÖGK wird alleine vom Überleitungsausschuss gestaltet. Der Vorsitzende hat der Gruppe der Dienstgeber anzuhören. Kann die erforderliche Mehrheit für einen Beschluss nicht erreicht werden und scheinen wichtige Interessen der ÖGK gefährdet, so ist die Angelegenheit der Bundesministerin zur Entscheidung vorzulegen.
- Möglichkeit des Dachverbandes (und subsidiär der Aufsichtsbehörde), Entscheidungen in grundlegenden Angelegenheiten der Krankenversicherung bzw. der Versorgungspolitik (etwa RÖK oder RÖV) an Minderheiten (konkret an die Versicherungsträger der Selbständigen oder an jene der öffentlich Bediensteten) zu übertragen. Damit werden Versicherungsträger, die nur vergleichsweise wenige Versicherte haben (einige 100.000), in die Lage versetzt, über die große Mehrheit der dann ca. 6,5 Mio. ÖGK-Versicherten zu bestimmen.

- Die Dienstnehmersvertreter sind in den Gremien des Dachverbandes künftig in der Minderheit. Dies gilt auch für Themenbereichen, die rein die Gruppe der Dienstnehmer betreffen.
- Weitere Einflussmöglichkeiten des Bundes sind die Möglichkeit von BMASGK und BMF, künftig Punkte von der Tagesordnung zu streichen oder einzubringen sowie Dienstpostenpläne ab Gehaltsgruppe F der Zustimmung der Aufsichtsbehörde und des BMF zu unterwerfen.

3 Keine Evidenz für positive Veränderung des Gesundheitswesens durch Reform

Einzigartig ist auch das aus unserer Sicht kritikwürdige Vorgehen des Gesetzgebers, ohne sachliches Substrat Reformen erzwingen zu wollen. So steht das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich gut, wenn nicht sogar sehr gut da. In einem – aus Patientensicht wohl ganz zentralen – Feld belegt Österreich seit Jahren konstant den Spitzenplatz: Kein Staat im OECD-Vergleich erreicht einen besseren, das bedeutet niedrigeren Wert bei „ungedektem medizinischen Behandlungsbedarf“, wobei sowohl finanzielle als auch regionale und zeitliche Zugangshürden berücksichtigt werden. (OECD, Health at a Glance 2016). Die Londoner School of Economics (LSE) vergab in ihrer „Effizienzstudie“ (Efficiency Review of Austria’s Social Insurance and Healthcare System 2017) gute Noten, vor allem was die Bereiche Leistungsniveau, Zugang zu Leistungen, Verwaltungseffizienz und Gesundheitsausgaben betrifft. Zusammengefasst forderte die LSE daher *„(...) keine Revolution, sondern vorsichtige, aufeinander aufbauende Veränderungen – weil das System in Österreich auf soliden Beinen steht und gut funktioniert. Wichtiger als die Diskussion über die Anzahl von Sozialversicherungsträgern in Österreich ist, die Qualität des Systems weiter zu verbessern.“*

Die Regierung erhoffte sich im Rahmen der Vorstellung des Gesetzes durch die geplante Strukturreform Einsparungen von einer Milliarde Euro bis 2023. Die frei gewordenen Mittel sollen als „Patientenmilliarde“ direkt bei den Versicherten ankommen. Diese Berechnung ist für uns nicht nachvollziehbar. Genau genommen hat sich abgesehen von der Bundesregierung noch niemand zu Wort gemeldet, der diese Zahlen nachvollziehen konnte. Selbst die

Wirkungsfolgenabschätzung geht nur von einem Einsparungspotential von € 33 Mio. bis 2023 aus. Dabei sind Kosten, die durch die Fusion entstehen, nicht mitberücksichtigt.

Bei der Fusion der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und jener der Angestellten betrug der Fusionsaufwand laut Bericht des Rechnungshofes aus 2007 rund € 114,8 Mio. Der vorgegebene Zeitdruck führte zu einer Reihe von Planungs- und Durchführungsmängeln und vermeidbaren Mehraufwendungen von rund € 23 Mio. Der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand stieg von insgesamt € 212,1 Mio. im Jahr vor der Fusion auf € 245,8 Mio. im Jahr danach. Der bisherige Höchststand wurde im Jahr 2014 mit € 314,1 Mio. erreicht, im Jahr 2017 betrug der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand € 298,17 Mio.

Selbstverständlich werden auch die in diesem Gesetzesentwurf vorgesehen Fusionen einer objektiven Nachprüfung durch den Rechnungshof hinsichtlich Kosten, Erfolg etc. standzuhalten haben.

Die Erfahrungen aus Deutschland in puncto Kassenfusionen zeigen Folgendes (vgl Bericht des deutschen Bundesrechnungshofes über die Prüfung der freiwilligen Vereinigung von Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2010):

- Bei fünf von sechs untersuchten Fusionen lagen die Netto-Verwaltungskosten nach der Fusion über den Verwaltungskosten der bisherigen Krankenkassen, die Steigerung betrug bis zu 18 %.
- Auch längerfristig führen Fusionen überwiegend nicht zu einer Senkung der Netto-Verwaltungskosten:
- Vier von sieben Krankenkassen konnten ihre Netto-Verwaltungskosten in den drei auf das Fusionsjahr folgenden Jahren nicht senken. In einem Fall stiegen die Netto-Verwaltungskosten in diesem Zeitraum um 20 % (bundesweiter Anstieg 2 %).

Hinzu kommt noch, dass der ÖGK etwa durch das Einfrieren des Pauschbetrages gemäß § 319a ASVG oder durch den Wegfall der jährlichen Überweisung gemäß § 73 Abs 2 ASVG (alt) Geld entzogen wird. Dies könnte sich auf die Versorgung der Versicherten negativ auswirken.

Wesentliches Verkaufsargument für diese Strukturreform ist das Versprechen „gleiche Leistungen für gleiche Beiträge“. Hier wird verschwiegen, dass es zwischen den Gebietskrankenkassen praktisch keine Leistungsunterschiede mehr gibt. Durch das Projekt

„Leistungsharmonisierung“ wurden bereits zahlreiche Unterschiede (z.B. Heilbehelfe/Hilfsmittel, Fahrtkosten, FSME-Impfung) innerhalb der Gebietskrankenkassen beseitigt. Die wirklich großen Leistungsunterschiede zu Beamten, Selbständigen und Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten bleiben auch nach der Reform weiterhin bestehen.

Weiteres wesentliches Verkaufsargument ist die Reduktion der Zahl der Sozialversicherungsträger. Mag dies formalrechtlich auch richtig sein (durch Veränderung des Rechtsstatus der Betriebskrankenkassen von Krankenversicherungsträgern zu betrieblichen Wohlfahrtseinrichtungen – nur die Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe wird tatsächlich aufgelöst – und der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats zu einer „Versorgungsanstalt“), so bleiben ohne Einbeziehung der Krankenfürsorgeanstalten (KFA) – die damit verbundenen Sonderrechte für bestimmte Gruppen öffentlich Bediensteter bleiben unverändert bestehen – nach wie vor zehn und nicht fünf juristische Personen, die sich um die Abwicklung der Sozialversicherung in Österreich kümmern. Rechnet man die KFA dazu, bleiben gar 25 übrig.

4 Schwerwiegende Bedenken hinsichtlich Verfassungskonformität

Historisch leider nicht einzigartig, dennoch demokratie- und verfassungspolitisch bedenklich ist die Nonchalance, mit welcher der einfache Gesetzgeber über die schwerwiegenden Bedenken in puncto Verfassungsmäßigkeit einer Reihe der geplanten Veränderungen hinweggeht. Als „eindeutig verfassungswidrig“ bezeichnet Verfassungsexperte Theo Öhlinger etwa die Ausweitung der Kontrollrechte des BMASGK. Zudem qualifiziert er einige Passagen als mit dem Prinzip der Selbstverwaltung nicht vereinbar. Kritisch bewertet er zudem, dass im Verwaltungsrat der ÖGK künftig ein Gleichgewicht zwischen Dienstnehmern und Dienstgebern herrschen soll. Diese Bevorzugung der Dienstgeber sei eindeutig verfassungswidrig (Online Ausgabe Der Standard vom 14.9.2018 <https://derstandard.at/2000087379805/Kassenreform-als-rechtlicher-Balanceakt>). Der Gesetzgeber scheint die Verfassungswidrigkeit einer Reihe von Bestimmungen geradewegs mitkalkuliert zu haben. Speziell hervorzuheben ist an dieser Stelle das völlige Übergehen einer wesentlichen Versichertengruppe, nämlich jener der Pensionistinnen und Pensionisten. Nicht nur, dass Seniorenvertreter auch weiterhin in den Verwaltungskörpern nicht mit Stimmrecht vertreten sein sollen – eine Regelung, die bereits im

bisherigen System verfassungsrechtlich bedenklich war. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf soll zudem der Beirat, jenes Gremium, das bislang der Wahrnehmung sozialversicherungsrechtlicher Anliegen spezieller Gruppen, insbesondere jener der Pensionistinnen und Pensionisten diente, aufgelöst werden. Auch dies wird einer Prüfung durch den Verfassungsgerichtshof kaum standhalten.

Ebenso verhält es sich mit der Verlagerung der Beitragsprüfung zur Finanz oder dem Eignungstest für Versicherungsvertreter.

5 Gezielte Verbreitung von unrichtigen Informationen

Ebenso neu ist die Erfahrung, dass zur Durchsetzung politischer Vorhaben seitens der österreichischen Bundesregierung gezielt mit eindeutigen Unwahrheiten die öffentliche Meinung für die Reform zu beeinflussen versucht wird und – um es an einem Beispiel zu illustrieren – nach der Pressekonferenz des Ministerrates vom 23.5.2018 einem ausgesuchten Kreis von Boulevardmedien „Informationen“ zugespielt werden, die – wie mittlerweile vielfach bewiesen wurde – eindeutig widerlegt wurden. Vom Vorwurf der Privilegien der 2000 Funktionäre (die tatsächlich nur 955 sind), die € 1 Milliarde kosten (der Aufwand für Sitzungsgelder, Funktionsgebühren, Reise- und Aufenthaltskosten für die gesamte Sozialversicherung betrug im Vorjahr korrekterweise € 5,67 Millionen Euro) bis hin zu den 155 Dienstwägen (wobei es sich in Wahrheit zum Großteil um Transportfahrzeuge, Autos für Beitragsprüfer, Gesundheitsdienstleister und für Krankenbesuche handelt) ist nichts geblieben, außer dem diffusen Gefühl einer verunsicherten Öffentlichkeit „dass einmal etwas geschehen muss“. Als OÖ Gebietskrankenkasse halten wir dieses Vorgehen einer vernünftigen, faktenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens für nicht zuträglich.

6 Anregungen an den Gesetzgeber

Trotz dieser Ablehnung der grundlegenden Stoßrichtung des Gesetzesentwurfes wollen wir versuchen, konstruktiv mit Vorschlägen einen Beitrag dazu zu leisten, dass die regionale Versorgung der Menschen in Österreich weiterhin sinnvoll gewährleistet werden kann. Bei allem

Reformwillen der Bundesregierung ist danach zu trachten, dass vieles, was bislang im österreichischen Gesundheitssystem gut und sehr gut läuft, beizubehalten.

Wir betonen daher erneut, dass wir zutiefst davon überzeugt sind, dass eine weitreichende Beibehaltung von autonomer Budgethoheit auf Ebene der Landesstellen zu wirksamerer – weil an den regionalen Bedürfnissen ausgerichteter – Versorgung führt, als dies eine völlige Zentralisierung je leisten könnte. Hier gilt es, gemeinsam das sinnvolle Mindestausmaß einer solchen zumindest teilweisen Budgetautonomie zu diskutieren und darüber Konsens herzustellen. Gerade die OÖGKK hat über Jahrzehnte bewiesen, wie höchste Kunden- und Qualitätsorientierung bei gleichzeitig gesunder finanzieller Gebarung geleistet werden kann, obwohl die OÖGKK zu Beginn der 1990er Jahre sowohl hinsichtlich des Gesamtergebnisses als auch der Verwaltungskosten Schlusslicht unter den GKKs war. Ermöglicht wurde dies durch einen professionellen Veränderungsprozess, der von Selbstverwaltung und Management unter Einbindung der Belegschaft getragen wurde.

Darüber hinaus ist es versorgungspolitisch sehr wichtig, dass die Landesstellen der geplanten ÖGK zumindest in einigen Bereichen autonome Teilrechtsfähigkeit erhalten, damit die regionale Versorgungsplanung (beispielsweise die Stellenplanung) – wie im Übrigen auch im Ministerratsvortrag vom 23. Mai 2018 angekündigt – tatsächlich geleistet werden kann. Nur so ist es praktisch möglich, auf regionale Bedürfnisse adäquat eingehen zu können. Sollte der Gesetzgeber aus rechtspolitischen Erwägungen auf diese autonome Teilrechtsfähigkeit der Landesstellen verzichten wollen, so muss es den Landesstellen zumindest möglich sein, in einigen Bereichen weisungsfrei agieren zu können. Damit könnte auch auf der Landesebene weiterhin noch von Selbstverwaltung gesprochen werden. Diese Bereiche sind insbesondere die Themen Zielsteuerung, Versorgungsplanung, Auswahl der Vertragspartner und Verwendung der finanziellen Rücklagen. Ohne diese Voraussetzungen ist auch das gesetzlich vorgesehene „Megaprojekt österreichweite Verträge“ praktisch nicht bewältigbar. Wenn es dem Gesetzgeber daher nicht nur um machtpolitische Verschiebungen, sondern auch um die Versorgungsqualität der Menschen geht, ist dies von zentraler Bedeutung.

Daran anknüpfend ist für die Sicherstellung der optimalen Versorgung die Beibehaltung der dezentralen Servicestrukturen und medizinischen Einrichtungen einschließlich der

entsprechenden Entscheidungskompetenzen ebenso essentiell. Die OÖGKK verfügt derzeit über 23 Kundenservicestellen, 4 Gesundheitszentren für physikalische Medizin und Rehabilitation, 14 Zahnambulatorien sowie 3 Kurheime in ganz Oberösterreich. In unseren Unternehmensgrundsätzen haben wir uns unter anderem zur regionalen Nähe und zu exzellentem Service für unsere Kunden verpflichtet.

Gleiches gilt auch für den Bereich des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens. Durch die dezentrale Präsenz der Gebietskrankenkassen in den Ländern hat sich ein gut organisiertes und effizientes Netzwerk etabliert, das die Versicherten und Dienstgeber vor Ort in den Fokus rückt. Damit auch in Zukunft eine optimale Betreuung der Versicherten und ihrer Dienstgeber erfolgen kann, ist es unumgänglich, dass der Melde-, Versicherungs- und Beitragsbereich weiterhin dezentral erfolgt und der ÖGK nur eine zentrale koordinierende Funktion zukommt. In Bezug auf die Verlagerung der Beitragsprüfung zur Finanz sei auf die bisherige Performance der Finanz hingewiesen, die zeigt, dass die vereinbarten Zielwerte für die Prüfung bei weitem nicht erreicht wurden. (vgl Online Ausgabe Der Standard vom 1.12.2017 <https://derstandard.at/2000068883441/Koalitionsverhandler-wollen-Kassen-entmachten-und-Finanz-aufwerten>).

Wir sprechen uns auch ausdrücklich für die Fortführung der „dezentralen Zentralisierung“ in Form von gut funktionierenden Kompetenzzentren (CC) aus. Aufgaben sollen dort, wo die größte Kompetenz vorliegt, erfüllt werden. Dies hat unabhängig vom Sitz der Zentrale zu erfolgen und entspricht auch jedem modernen Managementverständnis. Das betrifft beispielsweise die bereits gebündelten Rechenzentrums- und IT-Standorte in den einzelnen Bundesländern.

Damit der Versorgungsauftrag auch operativ erfüllt werden kann, ist weiters die Führung von eigenen Rechenkreisen sowie die Personalhoheit im Bundesland unbedingt erforderlich. Ebenso unabdingbar sind die entsprechenden internen Dienstleister, die für eine erfolgreiche Steuerung und Weiterentwicklung des Gesundheits- und Versorgungssystems benötigt werden, wie etwa Organisations- und Projektmanagement, Controlling, Personalentwicklung, Gesundheitswissenschaften und –ökonomie, die erforderlichen juristischen Kompetenzen usw.

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass die Entscheidung, wie ein Gesundheitssystem gestaltet wird, immer eine rein politische ist. Unser primäres Interesse als Krankenversicherungsträger liegt „nur“ darin, dass unsere Versicherten (weiterhin) bestmöglich versorgt sind. Aus unserer Erfahrung mit erfolgreichen Reformprozessen wissen wir, dass ein solches Vorhaben nur dann funktionieren kann, wenn die operativ Zuständigen – die Verantwortlichen in den GKKs und im HVB – in die weiteren Schritte eingebunden werden. Wesentlichen Erfolgsfaktoren sind zudem die Festsetzung von gemeinsamen Zielen und deren Umsetzung in verteilten Rollen.

Wir sind daher ein weiteres Mal zu konstruktiven Gesprächen bereit und stellen unser Expertenwissen zur Verfügung – nicht, weil wir die konkret vorliegenden politischen Pläne gutheißen, sondern weil wir die Verantwortung für die Versorgung unserer Versicherten tragen.

Freundliche Grüße