

**Rudolf Anschober**  
Bundesminister

Herr  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1010 Wien

Geschäftszahl: 2019-0.000.053

Wien, 7.2.2020

Sehr geehrter Herr Präsident,

die Abgeordneten zum Nationalrat Einwallner, Genossinnen und Genossen haben am 11. Dezember 2019 unter der Nr. **305/J** an meine Amtsvorgängerin eine schriftliche parlamentarische Anfrage betreffend „Postenvergaben und Parteiabsprachen rund um die Österreichische Gesundheitskassa sowie Leistungsharmonisierung“ gerichtet.

Die Fragen beantworte ich wie folgt:

**Zu den Fragen 1 bis 11, 15 bis 31, 37, 38 und 40:**

- *Wie ist der Vertrag mit dieser Firma zustande gekommen?*
- *Gab es eine Ausschreibung für diese Beratungstätigkeit?*
- *Wie viele Firmen haben sich an dieser Ausschreibung beteiligt und welche Qualifikationen wiesen diese aus?*
- *Warum wurde die Firma Odgers Berndtson als „Bestbieter“ mit dieser Aufgabe betraut und welche Erfahrungen hat sie im Bereich von Personalentscheidungen im Sozialversicherungsbereich?*
- *Wie hoch sind die Kosten, die durch die Beratungstätigkeit angefallen sind?*
- *Warum wurde, trotz Zweifel an seiner Qualifikation, Mag. Sima trotzdem mit der Aufgabe im Management der ÖGK betraut?*
- *Wie wurden Mag. Sima's Qualifikationen seitens der Firma Odgers Berndtson bewertet?*
- *Wurden besser bewertete Kandidaten übergangen?*

- *Gab es Interventionen von Vertretern der Wirtschaft bezüglich dieser Besetzung?*
- *Pressemeldungen zufolge waren jene Manager, die direkt aus dem Hauptverband gekommen sind wie Mag. Wurzer, Mag. Hagenauer und Dr. Thomas Wunsch Kandidaten des Hauptverbandes. Wie wurden diese Kandidaten von der Personalberatungsfirma bewertet?*
- *Gab es weitere Bewerber für diese Position?*
- *Wurde dieselbe Personalberatungsfirma Odgers Berndtson mit der Aufgabe betraut und wenn ja, warum?*
- *Wurde eine Ausschreibung für die Beratungstätigkeit gemacht und wenn ja, gab es preisgünstigere Angebote?*
- *Wenn keine Ausschreibung erfolgte, warum nicht?*
- *Wenn eine andere Firma beauftragt wurde die Leistungsfunktionen zu bewerten, die Qualifikation der Bewerber zu überprüfen und danach Kandidaten vorzuschlagen? Welche Firma wurde mit der Aufgabe betraut? Warum wurde diese Firma mit der Aufgabe betraut?*
- *Wie hoch waren die Kosten für diese Beratungstätigkeit?*
- *Wie wurden die ggf. bereits bestellten Kandidaten von der Beratungsfirma bewertet?*
- *Wie waren die Qualifikationen/Bewertungen der nicht zum Zuge gekommenen Kandidaten und warum wurden diese bei ggf. besserer Qualifikation nicht für eine Leistungsfunktion vorgeschlagen und bestellt?*
- *Eine der wesentlichen Aufgaben des neuen Managements ist die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben. Laut Pressemeldung werden derzeit in Projektgruppen 2500 Fragestellungen in 61 Projekten gebündelt und abgearbeitet. Hier wurden bereits 10 Millionen Euro an Beraterverträgen ausgeschrieben und auch schon zum Teil vergeben. Wie viele Beraterverträge für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zur Überführung der einzelnen Versicherungsträger in die ÖGK wurden bereits vergeben?*
- *Wie hoch sind die Kosten?*
- *Sind weitere Beratungen durch Beratungsfirmen geplant und wenn ja, zu welchem Zweck?*
- *Gab es Ausschreibungen für diese Beratungstätigkeit und wenn ja, wie viele Firmen haben sich beteiligt?*
- *Welche Aufgaben sollen die bereits bestellten und noch zu bestellenden Beraterfirmen übernehmen?*
- *Bei welchen Projekten werden sie als Berater herangezogen?*
- *Welche Qualifikationen haben die Beratungsfirmen im Bereich der Sozialversicherung?*
- *Werden durch diese Beratungsfirmen auch Ideen wie weiter Privatisierung und Selbsthalte in der Sozialversicherung eingebracht?*
- *Wie weit sind die 2500 Fragestellungen ausgearbeitet?*
- *Welchen Beitrag haben dabei die Beratungsfirmen geleistet?*

- *Gibt es hinkünftig auch Regelungen für länderspezifische Probleme. Wenn ja, inwieweit werden die ÖGK Kassen vor Ort eingebaut?*
- *Wird bei den 2500 Fragestellungen auch das Thema Selbstbehalte und Leistungskürzungen behandelt?*
- *Ist Ihnen bewusst, dass – sollte nicht durch ein VfGH Urteil eine Gesetzesänderung erforderlich sein – die Wichtigkeit einer umfassenden, begleitenden Information für die Versicherten von Bedeutung ist?  
Wenn ja, wie wollen Sie das durchführen?*

Die von einer Vorgängerregierung initiierte und vom Parlament beschlossene Strukturreform der Sozialversicherung wurde grundsätzlich mit 1. Jänner 2020 wirksam. Die Umsetzung und Vorbereitung der hierfür erforderlichen Maßnahmen liegt bzw. lag in den Händen und in der Verantwortung der Selbstverwaltung. Diesbezüglich hat der Gesetzgeber bereits mit 1. April 2019 bzw. 15. April 2019 entsprechende Überleitungsgremien eingesetzt und diesen entsprechende Aufgaben übertragen.

Dazu zählt unter anderem auch die Bestellung der ersten Führungsebene der neuen Träger sowie des Dachverbandes zum 1. Juli 2019.

Die Umsetzung dieser Maßnahmen erfolgte im Rahmen der Selbstverwaltung. Die entsprechend zu setzenden Verwaltungsakte bilden daher keinen Gegenstand der Vollziehung des Bundes – und unterliegen damit auch nicht dem parlamentarischen Interpellationsrecht. Meine Vorgänger/innen als zuständige Bundesminister/innen für Arbeit Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz hatten lediglich im Zuge der ihnen übertragenen Wahrnehmung der Agenden der Aufsicht über die Sozialversicherungsträger auf die Rechtmäßigkeit der getroffenen Beschlüsse sowie in wichtigen Fragen auch auf deren Zweckmäßigkeit zu achten.

#### **Zur Frage 12:**

- *Matthias Krenn wurde im April erster ÖGK Obmann. Welche Qualifikationen befähigen ihn, diese Funktion kompetent auszuüben?*

Das Gesetz sieht und sah für die Entsendung als Versicherungsvertreter/in immer schon eine Bedachtnahme auf seine/ihre fachliche Eignung vor. Diese ist daher primär von den entsendeberechtigten Stellen sicherzustellen. Der Versicherungsvertreter KommR Matthias Krenn wurde von einer meiner Amtsvorgängerinnen auf Vorschlag der Wirtschaftskammer entsendet. Die Wahl zum Vorsitzenden erfolgte durch die Mitglieder im Überleitungsausschuss der Österreichischen Gesundheitskasse.

Eine entsprechende Regelung im SV-OG zur Einführung eines Eignungstests durch eine außerhalb der Selbstverwaltung angesiedelte Prüfungskommission hat der

Verfassungsgerichtshof bekanntlich als nicht verfassungskonform erkannt (VfGH vom 13.12.2019, ua G 78-81/2019).

**Zu den Fragen 13 und 14:**

- *Noch zu vergeben sind offensichtliche jene Leistungspositionen bei der BVAEB, bei der SVS, bei der PVA, bei der VA des österreichischen Notariates und der AUVA welche in eine eigene berufsständische Versorgungseinrichtung überführt werden sollen. Wurden bei allen Versicherungsträgern die Leistungsfunktionen bereits bestellt?*
- *Wo wurden diese bereits bestellt und nach welchen Qualifikationen?*

Wie bereits oben zum ersten Fragenblock ausgeführt, bestand – mit Ausnahme der Versorgungsanstalt des österreichischen Notariates – ein gesetzlicher Auftrag zur Bestellung der ersten Führungsebene im Wesentlichen zum 1. Juli 2019. Diesem gesetzlichen Auftrag sind alle Träger nachgekommen. Die Bestellungen wurden sämtlich nach erfolgter Ausschreibung und unter Einbeziehung von entsprechend qualifizierten Personalberatungsunternehmen vorgenommen.

**Zu den Fragen 32 bis 36 und 39:**

- *Die ÖGK soll alle Verträge der Landeskrankenkassen mit Ärzten, Rettungsorganisationen und Gesundheitseinrichtungen übernehmen. Vorerst soll sich für diese Vertragspartner nichts ändern. Ziel der Kassenreform ist es, dass die Patienten überall in Österreich für dieselben Beiträge dieselben Leistungen bekommen. Diese Leistungen sollen bis Ende 2020 harmonisiert werden. In allen Bereichen soll es Einschleifregelungen geben.*
- *Wie soll gewährleistet werden, dass eine Harmonisierung der Leistungen in der sozialen Krankenversicherung in absehbarer Zeit, bis 2021, umgesetzt wird?*
- *Wird es bei der Umsetzung der Harmonisierung der Leistung eine Nivellierung nach unten geben?*
- *Wenn nein, wie werden Sie das verhindern?*
- *Was verstehen Sie unter Einschleifregelungen und wo genau sollen sie greifen?*
- *Bei der Präsentation der neuen ÖGK wurde seitens der Bundesregierung immer betont, der Nutzen für die Versicherten sei enorm. Den Versicherten wurde eine so genannte Patientenmilliarde in Aussicht gestellt. Welche tatsächliche, nachvollziehbare Summe ist von dem Versprechen übrig geblieben?*

Die Leistungsharmonisierung im Bereich der Österreichischen Gesundheitskasse findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Hier sind im Wesentlichen die Bereiche Satzung und Krankenordnung, diverse Richtlinien sowie insbesondere die Verträge mit den unterschiedlichen Leistungsanbieterinnen und -anbietern zu nennen.

Sowohl die Satzung als auch die Krankenordnung der Österreichischen Gesundheitskasse wurden bereits am 17. Dezember 2019 vom Überleitungsausschuss des genannten Versicherungsträgers mit Wirksamkeitsbeginn 1. Jänner 2020 beschlossen und die diesbezüglichen Beschlüsse am 19. Dezember 2019 von der Aufsichtsbehörde genehmigt. Beide Normen sind im Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) unter avsv Nr. 186/2019 und avsv Nr. 187/2019 abrufbar.

Auch die Richtlinien betreffend Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 156 ASVG) – RFG 2020 sowie die Richtlinien für die Gewährung von Unterstützungen in Form von finanziellen Zuschüssen aus dem Unterstützungsfonds – RUF 2020 wurden vom Überleitungsausschuss der Österreichischen Gesundheitskasse in seiner Sitzung am 17. Dezember 2019 beschlossen.

Die Zusammenführung der genannten Normen war von dem Gedanken getragen, die darin behandelten Leistungen nach Möglichkeit in der Weise zu harmonisieren, dass Leistungsver schlechterungen weitest gehend hintangehalten werden, dass aber auch die budgetären Möglichkeiten des Versicherungsträgers nicht überspannt werden. Nicht zuletzt im Hinblick auf die in vielfältiger Weise voneinander divergierenden Regelungen der einzelnen Gebietskrankenkassen konnte nicht in jedem Einzelfall dem Günstigkeitsprinzip zum Durchbruch verholfen werden. Es muss aber auch aus Sicht der Aufsichtsbehörde betont werden, dass es insgesamt betrachtet zu deutlichen Leistungsverbesserungen gekommen ist.

Ich muss aber in diesem Zusammenhang auch darauf hinweisen, dass es – im Rahmen der rechtlichen Vorgaben – Aufgabe der Selbstverwaltung der Österreichischen Gesundheitskasse war, auf Basis der gesetzlichen Vorgaben eine neue Satzung, eine neue Krankenordnung und die erwähnten Richtlinien zu erlassen und im Zuge dessen auch deren Inhalt eigenverantwortlich zu bestimmen.

Die von den anfragenden Abgeordneten erwähnten „Einschleifregelungen“ sind kein gesetzlicher Terminus. Zutreffend ist, dass zufolge § 718 Abs. 6 ASVG die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen mit der Österreichischen Ärztekammer, den örtlich zuständigen Ärztekammern oder der österreichischen Zahnärztekammer sowie die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Verträge dieser Versicherungsträger mit den Ärzten/Ärztinnen, Zahnärzten/Zahnärztinnen und anderen Vertragspartnern/Vertragspartnerinnen zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die Österreichische Gesundheitskasse weiterbestehen. Hinsichtlich der (künftigen) Honorierung der ärztlichen Leistungen können gemäß § 342 Abs. 2b ASVG die Beziehungen der Österreichischen Gesundheitskasse auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen

geregelt werden, wobei darin auch eine Regelung über den Stellenplan im jeweiligen Bundesland erfolgen kann.

Nicht unerwähnt soll in diesem Zusammenhang bleiben, dass den Landesstellenausschüssen – nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates – gemäß § 434 Abs. 2 ASVG eine Reihe von Befugnissen im Zusammenhang mit der vertraglichen Regelung der Leistungserbringung der Ärztinnen und Ärzte sowie anderer Vertragspartnerinnen und Vertragspartner eingeräumt ist. So obliegt ihnen die Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen und den Gruppenpraxen, die Beschlussfassung über die Auswahl der Vertrags(zahn)ärztinnen und –ärzte, Vertragsgruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten auf regionaler Ebene sowie die Beendigung dieser Vertragsverhältnisse sowie die Beschlussfassung über Einzelverträge mit Hebammen, klinischen Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Beförderungsunternehmen unter Bedachtnahme auf bestehende Gesamt-, Muster- und Rahmenverträge.

Die Regelung über die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes/einer Wahlärztin nimmt auf die vertragliche Situation im jeweiligen Bundesland Bezug: § 131 Abs. 1 ASVG wurde durch das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG, BGBl. I Nr. 100/2018, um die Anordnung erweitert, dass zur Gewährleistung einer bundesweit einheitlichen Kostenerstattung bei ärztlicher Hilfe in der Satzung die Höhe der Kostenerstattung unter Bedachtnahme auf die in den Honorarordnungen festgelegten Grundvergütungen und Zuschläge festzusetzen sind (§ 131 Abs. 1 letzter Satz ASVG). Allerdings tritt diese Bestimmung zufolge § 718 Abs. 4 ASVG (erst) zu dem Zeitpunkt in Kraft, den die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (nunmehr: der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) durch Verordnung festsetzt. Die Verordnung ist zu erlassen, sobald für die Österreichische Gesundheitskasse ein Gesamtvertrag nach § 341 ASVG abgeschlossen wurde und ein einheitlicher Leistungskatalog wirksam wird.

Da die Voraussetzung zur Verordnungserlassung derzeit noch nicht erfüllt ist und ein einheitlicher Leistungskatalog als Grundlage für die Kostenerstattung noch nicht besteht, gelten vorerst die Kostenerstattungsregeln der einzelnen Gebietskrankenkassen in der bisherigen Form weiter.

Ganz allgemein ist zu diesem Fragenkomplex festzuhalten, dass es mir selbstverständlich ein Anliegen ist, dass – neben der zumindest mittelfristig zu erreichenden bundesweiten Einheitlichkeit der von der Österreichischen Gesundheitskasse zu erbringenden Leistungen – das Leistungsniveau unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten des

Versicherungsträgers ein möglichst hohes sein soll. Dabei sind allerdings die von § 133 Abs. 2 ASVG gezogenen Grenzen zu beachten, denen zufolge die Krankenbehandlung (im Sinne der allgemeinen Grundsätze der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Sparsamkeit) ausreichend und zweckmäßig zu sein hat, das Maß des Notwendigen jedoch nicht überschreiten soll.

Die konkrete Ausgestaltung des Leistungskataloges sowohl im Bereich der Pflichtleistungen als auch in jenem der freiwilligen Leistung muss aber in all den oben erwähnten Bereichen der Selbstverwaltung des Versicherungsträgers überlassen bleiben. Ich darf in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass der Verfassungsgerichtshof jüngst gerade jene Bestimmungen des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes aufgehoben hat, die der Aufsicht des Bundes einen größeren – nach Meinung des Verfassungsgerichtshofes: einen unverhältnismäßig großen – Einfluss auf die Geschäftsführung der Selbstverwaltung der gesetzlichen Sozialversicherung eingeräumt hätten.

Mit freundlichen Grüßen

Rudolf Anschober

