

Unterlage zum Positionspapier über die Reform der Sozialversicherungen*

Inhaltsübersicht

A.	Was bedeutet Selbstverwaltung in der Sozialversicherung?	3
1.	Zum Begriff „Selbstverwaltung“	3
2.	Rechtsgrundlagen	3
a)	Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG).....	3
b)	Zentrale Bestimmungen des ASVG	4
3.	Die Judikatur des VfGH zu den Grundsätzen der Selbstverwaltung und zum Ausgleichsfonds.....	4
a)	Das „Hauptverbandserkenntnis“ VfSlg 17.023 vom 10.10.2003	4
b)	Das Erk VfGH G166/09 ua, VfSlg 19.158, vom 23.09.2010.....	5
B.	Die verfassungsrechtlichen Vorgaben einer Reform der Sozialversicherungs-träger	6
1.	Selbstverwaltung in der Bundes-Verfassung.....	6
2.	Zur Bedeutung der Grundrechte	6
a)	Allgemeine Bemerkungen.....	6
b)	Grundrechtliche Schranken einer Reform aus der Sicht der Versicherten	7
c)	Grundrechtliche Schranken einer Reform aus der Sicht der Sozialversicherungs-träger	8
C.	Die Bedeutung der Gebietskrankenkassen für die regionale Gesundheitsver-sorgung	8
1.	Die regionale Funktion der Gebietskrankenkasse.....	8
2.	Die Bedeutung der Beitragshoheit.....	10
3.	Die Bedeutung der Vertragshoheit	11
4.	Regionale Gesundheitsplanung.....	12
D.	Die Reform der Sozialversicherungsträger unter dem Blickwinkel der regionalen Gesundheitsversorgung	13
1.	Die föderalistische Funktion der Gebietskrankenkasse	13
2.	Bekannte Inhalte des „ÖVP-Reformkonzepts“ und eines Ministerratsvortrags	15
a)	RSG.....	15
b)	Gesamtverträge	15

* Bei der Erstellung der Unterlage zum Positionspapier über die Reform der Sozialversicherungen wirkte Ssc Dr. Friederike Bundschuh-Rieseneder mit.

c) Beitragshoheit	15
E. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	15

A. Was bedeutet Selbstverwaltung in der Sozialversicherung?

1. Zum Begriff „Selbstverwaltung“

Die Selbstverwaltung¹ in der Sozialversicherung² existiert seit rund 110 Jahren und spielt für die soziale Sicherheit in Österreich nach wie vor eine zentrale Rolle. Die wesentlichen Elemente der Selbstverwaltung bestehen in der grundsätzlichen Unabhängigkeit von der staatlichen Verwaltung (Weisungsfreiheit), einer Pflichtmitgliedschaft³ und der Geschäftsführung durch Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber.

Die Verwaltungsaufgaben, also die Angelegenheiten der Sozialversicherung, werden von autonomen Organen, den Sozialversicherungsträgern und ihren Verwaltungskörpern, eigenverantwortlich besorgt. Allerdings unterliegen die Versicherungsträger und der Hauptverband der Aufsicht des Bundes. Diese Aufsicht besteht in einer Kontrollfunktion hinsichtlich der Gesetzmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, umfasst aber keine Weisungs- oder Entscheidungsbefugnis.

2. Rechtsgrundlagen

a) Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG)

Das „Sozialversicherungswesen“ stützt sich auf den Kompetenztatbestand von Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG⁴, der die Bundeszuständigkeit in Gesetzgebung und Vollziehung im „Sozial- und Vertragsversicherungswesen“ festlegt.

Die verfassungsrechtliche Grundlage für die Einrichtung von nicht-territorialen Selbstverwaltungskörpern bildet nunmehr jedoch Art 120a B-VG, der im Jahr 2008⁵ in der Bundesverfassung verankert wurde.⁶ Demgemäß können Personen zur selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die in ihrem ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse gelegen und geeignet sind, durch sie gemeinsam besorgt zu werden, durch Gesetz zu Selbstverwaltungskörpern zusammengefasst werden. Die Republik anerkennt die Rolle der Sozialpartner, achtet deren Autonomie und fördert den sozialpartnerschaftlichen Dialog durch die Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern.⁷ Selbstverwaltungskörper werden dadurch eingerichtet, dass „Personen“ durch Gesetz unter Beachtung des Sachlichkeitsgebotes zusammengefasst werden. Dies können auch ausschließlich juristische Personen sein, wie der Hauptverband der Sozialversicherungsträger, der sich ausschließlich aus Sozialversicherungsträgern zusammensetzt.⁸

¹ Zur Selbstverwaltung generell siehe ua *Berka*, Verfassungsrecht⁶ (2016) 251 ff; *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹ (2016) 241.

² Zum Begriff der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung siehe ausführlich ua *Pernthaler*, Möglichkeiten und Grenzen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, *SozSi* 2001, Heft 2, 129 ff; *Ruda*, Hauptverband neu – Organisation und Selbstverwaltung, *SozSi* 2001, Heft 10, 714 ff; *Kahl/Weber*, Allgemeines Verwaltungsrecht⁶ (2017) 93 ff.

³ Siehe zB VfSlg 18.731.

⁴ BGBl 1930/1 idF BGBl I 2017/138.

⁵ BGBl I 2008/2. Die Novelle des Jahres 2008 stellte freilich lediglich klar, was zuvor schon unbestritten war, nämlich, dass der zuständige Gesetzgeber Selbstverwaltungskörper einrichten konnte.

⁶ Siehe dazu umfassend *Rill/Stolzlechner*, Kommentar Art 120a B-VG, in *Kneihls/Lienbacher* (Hrsg), *Rill/Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht*, 6. Lfg (2010) 1 ff.

⁷ Vgl Art 120a Abs 1 und Abs 2 B-VG.

⁸ Zu den Grundprinzipien der Selbstverwaltung siehe VfSlg 17.023. Dazu ausführl unten Pkt 3.

Wesentliches Element der Selbstverwaltung ist die Weisungsfreiheit, die in Art 120b B-VG verankert ist. Allerdings kann der Gesetzgeber dem Selbstverwaltungskörper auch Aufgaben übertragen, die unter staatlicher Weisung durchzuführen sind. Es ist daher zwischen dem eigenen Wirkungsbereich, in dem Weisungsfreiheit besteht, und einem übertragenen Wirkungsbereich, in welchem das Selbstverwaltungsorgan staatlichen Weisungen unterliegt, zu unterscheiden. Das verfassungsrechtliche Konzept der Selbstverwaltung beinhaltet daher Mischformen, nämlich Selbstverwaltungskörper, in die Organe eingebunden sind, die einem staatlichen Weisungsrecht unterliegen und solche, denen Weisungsfreiheit zukommt.⁹

b) Zentrale Bestimmungen des ASVG

§§ 23 bis 25 ASVG¹⁰ regeln die Träger der Krankenversicherung, der Unfallversicherung und der Pensionsversicherung. § 31 leg cit bildet die Rechtsgrundlage dafür, die in den §§ 23 bis 25 genannten Versicherungsträger sowie die in § 2 ASVG¹¹ Abs 2 genannten Sonderversicherungen zum Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper zusammenzufassen. § 32 leg cit beinhaltet die Rechtsstellung der Versicherungsträger und des Hauptverbandes. Sie sind Körperschaften öffentlichen Rechts und verfügen über Rechtspersönlichkeit. Die Aufsicht über den Hauptverband ist in den §§ 448 ff ASVG festgelegt, insbesondere die Aufsichtsbehörden¹², deren Aufgaben¹³ und Entscheidungsbefugnis¹⁴. Zur Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern hat der VfGH verschiedene Prinzipien entwickelt, die im Folgenden wiedergegeben werden.

3. Die Judikatur des VfGH zu den Grundsätzen der Selbstverwaltung und zum Ausgleichsfonds

a) Das „Hauptverbandserkenntnis“ VfSlg 17.023 vom 10.10.2003

Mit diesem Erk hat der VfGH grundlegende Feststellungen zum Hauptverband getroffen und insbesondere die Hauptverbandsreform 2001 wegen Widerspruchs der Bestimmungen über die Zusammensetzung des Verwaltungsrates und der Geschäftsführung zu den Grundsätzen der Selbstverwaltung hinsichtlich der Vertretung der Sozialversicherungsträger, der demokratischen Legitimation und der Weisungsungebundenheit als verfassungswidrig erklärt.¹⁵

Grundsätzlich sind demnach bei der Einrichtung von Selbstverwaltungskörpern das Sachlichkeitsgebot¹⁶ zu beachten und Aufsichtsbefugnisse iSd § 448 ff ASVG vorzusehen. Der Wirkungsbereich hat sich auf die in Art 120a B-VG definierten Angelegenheiten zu beschränken.¹⁷ Bereits mehrfach judiziert¹⁸ ist die Stellung des im Selbstverwaltungskörper

⁹ Vgl *Tomandl*, Die Neuordnung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger aus rechtlicher Sicht, ZAS 2002, 129 ff (131).

¹⁰ BGBl 1955/189 idF BGBl I 2018/2.

¹¹ § 2 Abs 1 ASVG definiert den Umfang der allgemeinen Sozialversicherung.

¹² § 448 ASVG.

¹³ § 449 leg cit.

¹⁴ § 450 leg cit.

¹⁵ Die weiteren Themenbereiche wie Mitwirkungsrechte von Verbandsangehörigen werden an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt. S dazu ausführlich ua *Souhrada*, § 31, in Sonntag (Hrsg), ASVG Jahreskommentar⁸ (2017) Rz 50 ff.

¹⁶ Siehe dazu VfSlg 19.158; dazu ausführlich unten Pkt A.3.b).

¹⁷ Siehe auch VfSlg 8215/1977.

¹⁸ Siehe ua VfSlg 8485, 8539, 12.021, 12.417.

zusammengefassten Personenkreises, der objektiv und sachlich abgegrenzt sein muss. Das aus den Verbandsangehörigen bestellte oberste Organ des Selbstverwaltungskörpers muss über eine demokratische Legitimation verfügen.¹⁹

Hinsichtlich der Verwaltungsführung ist das aus dem B-VG erfließende Effizienzprinzip beachtlich, demgemäß der Gesetzgeber Selbstverwaltungskörper so zu gestalten hat, dass nach dem Gebot der sparsamen, wirtschaftlichen und zweckmäßigen Haushaltsführung gehandelt wird.²⁰ Dies bedeutet aber auch, dass eine Reform der Selbstverwaltung dem Effizienzprinzip genügen muss.

b) Das Erk VfGH G166/09 ua, VfSlg 19.158, vom 23.09.2010

In diesem Erkenntnis wurde die Gleichheitswidrigkeit der Mittelaufteilung aus Rücklagen aus dem Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen zugunsten der Wiener Gebietskrankenkasse festgestellt, weil keine besonderen Strukturnachteile dieser Gebietskrankenkasse bestünden. § 447b Abs 1 ASVG regelt den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen. Dafür werden unterschiedliche Parameter herangezogen, darunter die Beitragseinnahmen und die Einnahmen aus der Rezeptgebühr²¹, die Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht sowie für die „teureren“ Fälle²², regionale Belastungen²³ und Belastungen aus der Krankenanstaltenfinanzierung²⁴.

Zum Ersatz dieser Belastungen ist der Ausgleichsfonds²⁵ nach den dort getroffenen Vereinbarungen, die von der Trägerkonferenz zu beschließen sind, heranzuziehen. Eine Sonderfinanzierung zum Ausgleich unterschiedlicher Liquidität wie in dem Fall, der dem Erkenntnis zugrunde lag, ist darin nicht festgelegt. Ein bloß vorübergehender Geldbedarf in einer bestimmten Situation – vorliegend der Fall eines vorübergehenden Liquiditätsproblems der Wiener Gebietskrankenkasse – kann kein Grund sein, ohne besondere sachliche Rechtfertigung von dem durch den Ausgleichsfonds geschaffenen Ordnungssystem abzuweichen. Die gegenständliche Ausgleichsmaßnahme stand in Widerspruch dazu, eine sachliche Rechtfertigung²⁶ war nicht gegeben.

Diesem Erkenntnis ist für die hier zu beurteilende Konstellation zu entnehmen, dass finanzielle Ausgleichsmaßnahmen zwischen den Gebietskrankenkassen jedenfalls sachlich begründet sein müssen. Inwieweit einer Fusion der Gebietskrankenkassen, die also über einen bloßen Ausgleich weit hinausgeht, die Verfassung entgegen stehen könnte, wird im Folgenden²⁷ behandelt.

¹⁹ Siehe auch VfSlg 8590, 10.412.

²⁰ VfSlg 14.473, 14.474. S dazu *Kahl/Weber*, Allgemeines Verwaltungsrecht⁶ (2017) 126 f; weiters *Berka*, Verfassungsrecht⁶, 254.

²¹ § 447b Abs 1 Z 1 ASVG.

²² § 447b Abs 1 Z 2 leg cit.

²³ § 447b Abs 1 Z 3 leg cit.

²⁴ § 447b Abs 1 Z 4 leg cit.

²⁵ Der Ausgleichsfonds hat eine ausgeglichene Gebarung und Liquidität der Gebietskrankenkassen zu gewährleisten; die Mittelaufbringung regelt § 447a Abs 3 ASVG.

²⁶ Verbot sachlich nicht gerechtfertigter Differenzierungen iSd Gleichheitssatzes. Nur dann, wenn gesetzliche Differenzierungen aus Tatsachenunterschieden ableitbar sind, entspricht das Gesetz dem Gleichheitssatz; siehe stRspr VfSlg 4392/1963, 8169/1977; 8475/1978, 11.641/1988, 13.477/1993. Vgl *Berka*, Verfassungsrecht⁶, 576 ff; weiters *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹, 341 ff.

²⁷ S unten Pkt C.

B. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben einer Reform der Sozialversicherungsträger

1. Selbstverwaltung in der Bundes-Verfassung

Wie oben bereits ausgeführt, stützt sich das Sozialversicherungswesen auf den Kompetenztatbestand von Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG²⁸, die Einrichtung von nicht-territorialen Selbstverwaltungskörpern basiert auf Art 120a B-VG.²⁹

Demgemäß können Personen durch Gesetz zu Sozialversicherungskörpern zusammengefasst werden. Die Ermächtigung des Art 120a Abs 1 B-VG richtet sich an den Bundes- und Landesgesetzgeber. Welcher von beiden zuständig ist, ergibt sich aus der Kompetenzverteilung. Auch durch hoheitliche Verwaltungsakte wie zB Verordnungen oder Bescheide ist eine Bildung von Sozialversicherungskörpern zulässig, sofern diese gesetzlich grundgelegt sind und die Art und Weise dieser Errichtung dem Sachlichkeits-³⁰ und Determinierungsgebot³¹ entspricht.

Aus der Bundesverfassung ergibt sich kein verfassungsrechtlicher Auftrag, denn iSv Art 120a B-VG kann der Gesetzgeber Selbstverwaltungskörper einrichten, muss aber nicht.³² Insofern liegt die Einrichtung im politischen Ermessen.³³ Darüber hinaus ist der Begriff „Selbstverwaltungskörper“³⁴ in der Bundes-Verfassung nicht definiert, auch die Gesetzesmaterialien³⁵ geben keinen Hinweis darauf.³⁶

2. Zur Bedeutung der Grundrechte

a) Allgemeine Bemerkungen

Grundrechte sind iSv Art 144 B-VG verfassungsgesetzlich gewährleistete Rechte, also subjektive Rechte, die durch eine Vorschrift im Verfassungsrang³⁷ gewährleistet sind.³⁸ Diese schützen die Grundrechtsträger³⁹ gegen staatliche Eingriffe in die individuelle Freiheit, verpflichten aber auch den Staat zu positivem Handeln.

²⁸ Zur Auslegung des Kompetenztatbestandes „Sozialversicherungswesen“ s *Runggaldier/Pfeil*, Kommentar Art 10 Abs 1 Z 11, in Kneihls/Lienbacher (Hrsg), Rill/Schäffer-Kommentar Bundesverfassungsrecht, 14. Lfg (2014) 14 ff.

²⁹ Vgl A.2.a).

³⁰ Art 7 B-VG. Zum Sachlichkeitsgebot s zB *Berka*, Verfassungsrecht⁶, 574 ff; weiters *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹, 343 f.

³¹ Legalitätsprinzip; Art 18 B-VG. S dazu ua *Berka*, Verfassungsrecht⁶ (2016) 155 f; *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹ (2016) 266 ff.

³² S auch *Rebhahn*, Verfassungsrechtliche Probleme der Finanzierung der Krankenversicherung, in Pfeil (Hrsg), Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (2009) 55 (56 f).

³³ S ausführlich *Rill/Stolzlechner*, Art 120a B-VG, in Kneihls/Lienbacher (Hrsg), Kommentar, 10 f.

³⁴ Die Art 120a Abs 2, 120b und 120c B-VG enthalten den Begriff.

³⁵ AB 370 BlgNR 23.GP, 5.

³⁶ Zu den Merkmalen eines Selbstverwaltungskörpers s *Pernthaler*, SozSi 2001, Heft 2, 129 ff; weiters *Rill/Stolzlechner*, Art 120a B-VG, in Kneihls/Lienbacher (Hrsg), Kommentar, 14 f; *Rudda*, SozSi 2001, H 10, 714 ff.

³⁷ Art 7 B-VG, Art 83 Abs 2 B-VG, BVG zum Schutz der persönlichen Freiheit, StaatsgrundG 1867 (StGG), § 1 DatenschutzG, EMRK, Grundrechtecharta.

³⁸ Daraus resultiert eine Höherrangigkeit gegenüber anderen Rechtspositionen. Zuständig für Grundrechtsbeschwerden ist der VfGH.

³⁹ Primär natürliche, aber auch juristische Personen.

Als Eingriff wird jeder staatliche Akt (Gesetz, Verordnung, Verwaltungsakt oder eine gerichtliche Entscheidung) bezeichnet, der ein grundrechtlich geschütztes Gut belastet oder beschränkt. Allerdings kann nicht jeder derartige Akt als Grundrechtsverletzung gewertet werden. Die Intentionalität des Eingriffs, der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz⁴⁰ und das Sachlichkeitsgebot⁴¹ bilden den Bewertungsmaßstab.

Die Grundrechte binden nicht nur den Gesetzgeber oder die Verwaltungsbehörden, auch ausgegliederte Verwaltungseinheiten wie Körperschaften öffentlichen Rechts sind in jenem Umfang daran gebunden, in welchem sie (schlicht)hoheitlich tätig werden. Dies gilt auch für Einrichtungen der Selbstverwaltung⁴², also die Sozialversicherungsträger, die als juristische Personen⁴³ Träger von Privatrechten und damit Grundrechtsträger sind.⁴⁴

b) Grundrechtliche Schranken einer Reform aus der Sicht der Versicherten

In Art 5 StGG ist das Grundrecht auf Eigentum für natürliche Personen als Grundrechtsträger – hier die Versicherten - verankert, der Schutzbereich umfasst alle vermögenswerten Privatrechte. Die aus Art 120c B-VG erfließende Beitragspflicht zur Sozialversicherung berührt ihr Eigentum, sie können sich auf den Gleichheitsgrundsatz und das Sachlichkeitsgebot berufen. Die geleisteten Beiträge bilden ein Element der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger, was in Hinblick auf eine Reform insofern problematisch ist, als dadurch die finanziellen Mittel, die die einzelnen Versicherungsträger durch die Beiträge der Versicherten aufbringen, durch den Gesetzgeber umverteilt werden sollen. Solche Umverteilungs/Ausgleichsmaßnahmen müssen nach der Judikatur des VfGH dem Sachlichkeitsgebot entsprechen.⁴⁵

Im Regierungsprogramm 2017 – 2022 ist eine Reform der Sozialversicherungen vorgesehen. Ziel ist, für gleiche Beträge der Versicherten österreichweit die gleichen Leistungen anbieten zu können. Mehrfachversicherungen sollen abgeschafft, die bisher 22 Sozialversicherungsträger auf maximal 5 Versicherungsträger reduziert werden.

Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die Bewertung gleicher Risiken, die – folgend der Rechtsprechung des VfGH – „gleiche Antworten auf diese Risiken“ notwendig machen. Gerade in diesem Zusammenhang ist der in der Studie von Univ.-Prof. Dr. *Walter Pfeil*, veröffentlicht vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, diskutierte Vorschlag, je eine Krankenkasse für die Selbständigen und die Unselbständigen, gegebenenfalls noch ein Zusatzsystem für die öffentlich Bediensteten, einzurichten, verfassungsrechtlich grundsätzlich zulässig, auch die Zusammenfassung aller Versicherten im Rahmen regional geglieder-

⁴⁰ Demgemäß muss geprüft werden, ob der Eingriff im öffentlichen Interesse gelegen, zur Erreichung des Ziels geeignet, erforderlich und adäquat ist. S dazu ua *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹, 316;

⁴¹ Der Gesetzgeber darf Gleiches nicht ungleich oder Ungleiches gleich behandeln, sachlich gerechtfertigte Differenzierungen sind möglich. Daraus resultiert das Verbot sachlich nicht gerechtfertigter Differenzierungen (ua VfSlg 4392/1963, 11.641/1988, 13.477/1993). Aus dem Gleichheitsgrundsatz hat sich aus der Judikatur das Sachlichkeitsgebot entwickelt, wonach jede gesetzliche Regelung unabhängig von einem Vergleich mit einer anderen gesetzlichen Bestimmung sachlich zu sein hat (13.781/1994, 14.362/1995, 15.836/2000).

⁴² Vgl *Berka*, Verfassungsrecht⁶, 431;

⁴³ Zur Grundrechtsberechtigung juristischer Personen s ausführlich *Berka*, Verfassungsrecht⁶, 428 f; auch *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹, 311.

⁴⁴ Siehe zB VfSlg 8578/1979, 10.000/1984, 11.828/1988.

⁴⁵ Siehe dazu oben Pkt A.3.b).

ter Träger ist denkbar. Nicht zuletzt die Konstruktion einer einheitlichen Versichertengemeinschaft für alle Personen, die in der KV erfasst sind, wäre möglich, allerdings müssten innerhalb dieser Gemeinschaft die Unterschiede im Tatsächlichen berücksichtigt werden, um dem Sachlichkeitsgebot zu entsprechen.

c) Grundrechtliche Schranken einer Reform aus der Sicht der Sozialversicherungsträger

Sozialversicherungsträger sind als juristische Personen Grundrechtsträger und genießen beispielsweise den Eigentumsschutz.⁴⁶ Vermögen, das durch die Beiträge lukriert wird, ist Eigentum des jeweiligen Sozialversicherungsträgers.

Eine Umverteilung dieser Beiträge stellt daher einen Eingriff in verfassungsgesetzlich geschütztes Eigentum dar, der aber gerechtfertigt nach Maßgabe der Eingriffskriterien zulässig sein kann, wenn eine gesetzliche Grundlage vorhanden ist, die Maßnahme im öffentlichen Interesse liegt und nicht unverhältnismäßig ist.⁴⁷

Eine grundsätzliche verfassungsrechtlich verankerte Bestandsgarantie für nach Berufsgruppen und/oder regional und/oder bundesweit organisierte Krankenversicherungsträger gibt es nicht. Allerdings steht das Sachlichkeitsgebot als Schranke im Zentrum der Betrachtung. Insoweit scheint die Situation auf den ersten Blick ähnlich wie bei Gemeindefusionen zu sein, bei denen der VfGH der einzelnen Gemeinde auch kein Recht auf „ungestörte Existenz“ gewährt, dem einfachen Gesetzgeber einen großen „rechtspolitischen Gestaltungsspielraum“ zubilligt und sich darauf zurückzieht, dass die Reform insgesamt sachlich begründet sein muss.⁴⁸

Nun tritt allerdings hinzu, dass eine Reform, wie bereits dargestellt, dem Effizienzprinzip genügen muss, das ja einen Grundsatz der Selbstverwaltung darstellt. Eine solche Prüfung am Effizienzprinzip darf nicht bei einer bloßen Sachlichkeitsprüfung stehen bleiben, sondern muss den Nachweis erbringen, dass die Neugestaltung insgesamt effizienter ist, also entweder mit dem bestehenden Aufwand einen besseren Output erzielt oder denselben Output, aber mit einem geringeren Aufwand.

C. Die Bedeutung der Gebietskrankenkassen für die regionale Gesundheitsversorgung

1. Die regionale Funktion der Gebietskrankenkasse

Der eigentliche Grund und damit Maßstab für die Autonomie der Sozialversicherung ist, nicht, wie es immer wieder dargestellt wird, das Eigeninteresse der Sozialversicherungsträger, sondern das Interesse der Versicherten an einer möglichst sozialen und effizienten Leistungserfüllung mit den von ihnen aufbrachten Mitteln.⁴⁹ Gerade der durch die Organisation der Sozialversicherung gewährleistete interne Interessenausgleich der vielfältigen wirtschaftlichen Interessengegensätze der Versicherten und Beitragspflichtigen verbürgt nach der

⁴⁶ VfSlg 5531/1967. Siehe ua *Öhlinger/Eberhard*, Verfassungsrecht¹¹, 401 ff; Berka, Verfassungsrecht⁶, 536 ff.

⁴⁷ Siehe dazu ausführl oben Pkt B.2.a).

⁴⁸ Vgl für viele VfGH 23.02.2015, G220/2014.

⁴⁹ *Pernthaler*, SozSi 2001, Heft 2, 129 ff.

Rechtsprechung des VfGH die Sachlichkeit der dadurch erzielten Ergebnisse und bildet damit die verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Autonomie.⁵⁰

Ein wesentliches Element der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist ihre – zumindest partielle - Finanzierung durch Beiträge. Durch die Beitragszahlung grenzen sich die „Angehörigen“ (iSv Mitgliedern) der Versicherungsträger (in dieser ihrer Eigenschaft) von den Steuerzahlern ab. Es sind also die Beiträge, die das personelle Substrat der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung konstituieren. Nur weil die Leistungen der Sozialversicherung durch Beiträge finanziert werden, lässt sich argumentieren, dass an diesen Leistungen – deren Erbringung ja ohne Zweifel auch im allgemeinen Interesse liegt – ein „überwiegendes Interesse“ der im einzelnen Versicherungsträger verkörperten Versicherungs-Gemeinschaft besteht.⁵¹

Ein gewisser Ausgleich zwischen den Sozialversicherungsträgern (auch innerhalb der einzelnen Kassen) wird, wie dargestellt, als verfassungsrechtlich zulässig betrachtet.⁵² Wenn der Bundesgesetzgeber für die Krankenversicherung eine regionale Aufgliederung vorsieht, ist er auch berechtigt, einen Fonds zum Ausgleich jedenfalls jener Divergenzen des Beitragsaufkommens zu schaffen, die sich aus regionalen demographischen oder strukturellen ökonomischen Differenzierungen ergeben.⁵³ In diesem Sinne hat der VfGH in VfSlg 17.172/2004 ausgesprochen, dass es aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht schlechthin unzulässig ist, besondere Nachteile, die einem Versicherungsträger (einer Versicherungsgemeinschaft) auf Grund einer bestimmten Gestaltung des Gesamtsystems entstehen, durch Zahlungen zwischen den Versicherungsträgern auszugleichen.

Der VfGH spricht in diesem Zusammenhang von einem „Prinzip der unabhängigen Gebahrung der Gebietskrankenkassen“⁵⁴, von dem es zwar in Form eines Ausgleichsfonds eine Ausnahme geben darf, dessen Inhalt und Grenzen jedoch stark limitiert sind. Der bloß vorübergehende Geldbedarf einer Gebietskrankenkasse in einer bestimmten Situation bildet keinen sachlichen Grund, der es rechtfertigen könnte, von dem durch den Ausgleichsfonds geschaffenen Ordnungssystem abzugehen.⁵⁵

Nun stellen diese Erwägungen nach dem bereits Gesagten keine Schranke für den Fall dar, dass die einzelnen Gebietskrankenkassen mehr oder weniger ihrer Autonomie beraubt werden und in ein System eingegliedert werden, in dem die Krankenversicherung von einem zentralen Träger übernommen wird und den Gebietskrankenkassen lediglich die Funktion untergeordneter Organe dieses Körpers zukommt. Wie oben dargestellt besteht nämlich keine grundsätzliche Bestandgarantie. Die Neuorganisation ist aber, wie ebenfalls bereits dargestellt, jedenfalls am Grundsatz der Sachlichkeit zu messen. Dies bedeutet: Jede Neuerung muss eine sachliche Rechtfertigung aufweisen. Diese sachliche Rechtfertigung ist unter dem Blickwinkel der Vorarlberger Versicherten zu treffen. Schließlich sind es ihre Beiträge, die durch das bestehende System einer möglichst effizienten Verwendung zugeführt werden sollen. Jede Neuerung muss ihre spezifischen Interessen im Blick haben.

⁵⁰ *Pernthaler*, SozSi 2001, Heft 2, 129 ff

⁵¹ *Öhlinger*, Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, DRdA 2002, Heft 3, 191 ff.

⁵² *Öhlinger*, DRdA 2002, Heft 3, 191 ff.

⁵³ *Öhlinger*, DRdA 2002, Heft 3, 191 ff.

⁵⁴ VfSlg 19.158/2010.

⁵⁵ S dazu oben Pkt A.3.b).

Aus diesem Grund wird im Folgenden untersucht, welche Elemente der Selbstverwaltung der Gebietskrankenkassen im Interesse der Versicherten an einer möglichst sozialen und effizienten Leistungserfüllung mit den von ihnen aufgebrauchten Mitteln wesentlich sind.

2. Die Bedeutung der Beitragshoheit

Der Begriff der Beitragshoheit kann mehrere Dimensionen aufweisen: Als Hoheit über die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge (Festsetzungshoheit), als Hoheit über die Betreibung der Einnahmen (Betreibungshoheit) und schließlich als Hoheit, über die Beiträge zu verfügen (Ausgabenhoheit).

Die Sozialversicherungsträger und die Gebietskrankenkassen im Besonderen haben nur einen sehr beschränkten Spielraum bei der Gestaltung der Einnahmen.⁵⁶ Sie haben insbesondere keinen Einfluss auf die Höhe des Beitragssatzes und somit keine Festsetzungshoheit.⁵⁷

Einfluss auf das Beitragsaufkommen besteht heute nur bei der Beitragserhebung, insbesondere bei der Betreibung der Einnahmen.⁵⁸ Diese Hoheit kommt in Österreich den Sozialversicherungsträgern, im konkreten Fall den Gebietskrankenkassen in ihrem örtlichen Wirkungsbereich zu.

Die einzelnen Sozialversicherungsträger verfügen über Ausgabenhoheit, das heißt, die Gebietskrankenkassen sind zunächst zuständig, ihr eigenes Budget zu verwalten. Eine Ingegnenzmöglichkeit des Hauptverbandes besteht lediglich hinsichtlich der Richtlinienkompetenzen und verschiedener Zustimmungsrechten zur Beschlüssen der Versicherungsträger.⁵⁹

Allerdings sind die Ausgaben intensiv gesetzlich determiniert. Die Gebietskrankenkassen haben beispielsweise keinen Einfluss auf ihren Beitrag zur Spitalsfinanzierung.⁶⁰ Sie wirken allerdings als Partner im RSG mit und können dadurch Einfluss auf die Planung der Gesundheitsversorgung im Land nehmen.

Die Mittel insbesondere der Krankenkassen bei der Steuerung der Nachfrage und des Angebots an Leistungen werden in der Literatur als sehr beschränkt dargestellt.⁶¹ Eine genauere Prüfung zeigt allerdings eine beachtliche Diversifizierung der Leistungen, was in der Öffentlichkeit unter dem Stichwort „Leistungscharmonisierung“ auch kritisch diskutiert wird.

Die geforderte Leistungscharmonisierung⁶² dürfte den Spielraum in Zukunft weiter einengen. Hinsichtlich der Pflichtleistungen kann die Gebietskrankenkasse den Leistungsumfang rechtlich und faktisch kaum beeinflussen.⁶³

Dessen ungeachtet kommt der Ausgabenhoheit große Bedeutung zu, da sie in engem Konnex mit der Vertragshoheit steht, weil mit den der Gebietskrankenkasse zur Verfügung stehenden Mitteln die ärztlichen Dienstleistungen und der Stellenplan finanziert werden (siehe dazu im Folgenden).

⁵⁶ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung des Bundes für die Gesetzliche Krankenversicherung (2008) 62.

⁵⁷ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung, 62.

⁵⁸ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung, 63.

⁵⁹ Vgl § 31 ASVG.

⁶⁰ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung, 64.

⁶¹ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung, 66.

⁶² Dies stellt seit längerem eine politische Forderung dar.

⁶³ *Rebhahn*, Finanzierungsverantwortung, 70.

3. Die Bedeutung der Vertragshoheit

Gemäß § 338 Abs 1 ASVG werden die Beziehungen ua zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Trägern der Sozialversicherung durch privatrechtliche Verträge geregelt. Bei diesen Verträgen handelt es sich um sogenannte Gesamtverträge, welche zwischen den Interessenvertretungen der Leistungserbringer, im konkreten Fall der Ärztekammer, und der Sozialversicherung abgeschlossen werden und um Einzelverträge, abgeschlossen zwischen dem konkreten Arzt und dem Krankenversicherungsträger (§ 341 ASVG).⁶⁴

Der Verfassungsgerichtshof qualifiziert den ärztlichen Gesamtvertrag als „einen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der jeweils örtlich zuständigen Ärztekammer abgeschlossenen privatrechtlichen Normenvertrag, der, soweit er Rechte und Pflichten der Ärzte und der Sozialversicherungsträger als Partner des Einzelvertrages regelt, auf letzteren unmittelbar einwirkt.“⁶⁵ Vergleichbar ist der Gesamtvertrag mit dem arbeitsrechtlichen Kollektivvertrag. Der Gesamtvertrag dient dazu, eine Übermacht des jeweiligen Krankenversicherungsträgers gegenüber dem einzelnen Leistungserbringer zu verhindern.⁶⁶

Gemäß § 338 Abs 2 ASVG ist durch die Verträge gemäß Abs 1 die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen.

Auch wenn die Gesamtverträge vom Hauptverband abgeschlossen werden, so sind Vertragsparteien lediglich die einzelnen Krankenversicherungsträger.⁶⁷ Der Sinn der Abschlusskompetenz des Hauptverbandes besteht darin, das Vertragsrecht an gewissen einheitlichen Grundsätzen auszurichten.⁶⁸ Eine echte Koordinierung durch den Hauptverband findet jedoch in der Praxis nicht statt.⁶⁹ Der Gesamtvertrag bedarf der Zustimmung durch den jeweiligen Krankenversicherungsträger, für den der Gesamtvertrag abgeschlossen wird (§ 341 Abs 2 dritter Satz ASVG). Damit ist sichergestellt, dass gegen den Willen des Krankenversicherungsträgers kein Gesamtvertrag zustande kommen kann. Auf der Seite der Ärzte ist die jeweilige örtlich zuständige Kammer Abschluss- und Vertragspartei.

Der Inhalt der Gesamtverträge ergibt sich aus § 342 ASVG. Von Bedeutung im Hinblick auf die regionale Gesundheitsversorgung ist insbesondere die Regelung des § 342 Abs 1 Z 1 ASVG, wonach die Zahl und die örtliche Verteilung der Vertragsärztinnen und –ärzte unter Bedachtnahme auf die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) mit dem Ziel, dass unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und –struktur (dynamische Stellenplanung) eine ausreichende ärztliche Versorgung im Sinne

⁶⁴ *Utudjian/Zahrl*, § 338 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht (2016) 2106, Rz 17.

⁶⁵ VfSlg 19.858/2012; siehe *Utudjian/Zahrl*, § 338 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar, 2106, Rz 18.

⁶⁶ *Utudjian/Zahrl*, § 338 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar, 2107 f, Rz 21.

⁶⁷ *Utudjian/Zahrl*, § 341 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar zum Gesundheitsrecht (2016) 2116, Rz 6.

⁶⁸ *Utudjian/Zahrl*, § 341 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar, 2116, Rz 6.

⁶⁹ *Utudjian/Zahrl*, § 341 ASVG, in Neumayr/Resch/Wallner (Hrsg), Gmundner Kommentar, 2116, Rz 6.

des § 338 Abs 2 erster Satz ASVG der Versicherten und deren Angehörigen gesichert ist. Dies ist der sogenannte Stellenplan. Bereits daraus ergibt sich, dass der Gesamtvertrag ein wichtiges Instrument der regionalen Steuerung der Gesundheitsversorgung darstellt.

Damit ein berufsberechtigter selbständiger Arzt auf Rechnung der Krankenversicherung behandeln darf, ist zusätzlich der Abschluss eines Einzelvertrags mit dem Krankenversicherungsträger erforderlich, wodurch er zu dessen Vertragsarzt wird.⁷⁰ Erst der Einzelvertrag begründet die Verpflichtung des Arztes, als Vertragsarzt für den Sozialversicherungsträger tätig zu werden. Der Inhalt des Einzelvertrages wird allerdings weitgehend durch den Gesamtvertrag determiniert, sodass zu den wenigen Regelungen des Einzelvertrags etwa die Ordinationszeiten, die Vertretungsregelung oder der Ordinationsort gehören.⁷¹ Ein Einzelvertrag darf nach herrschender Meinung nur abgeschlossen werden, wenn ein Gesamtvertrag besteht.⁷²

Nach der Judikatur des VwGH kommt der grundsätzlichen Einigung der Gesamtvertragsparteien über den Stellenplan jedenfalls zum Zeitpunkt des Abschlusses des Gesamtvertrags die Vermutung der Richtigkeit zu. Auch der RSG kann die Richtigkeitsvermutung der ursprünglichen Stellenplanung für sich genommen nicht entkräften.⁷³

4. Regionale Gesundheitsplanung

Auf Landesebene hat die gesetzliche Krankenversicherung aufbauend auf den Festlegungen des Zielsteuerungsvertrags mit dem jeweiligen Land ein vierjähriges Landes-Zielsteuerungsübereinkommen zu vereinbaren und verbindlich festzulegen. In diesen können über den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene hinausgehende strategische und operative Ziele sowie Maßnahmen festgelegt werden (§ 10 Abs 2 G-ZG⁷⁴).⁷⁵

Diese Zielvereinbarungen bilden die Grundlage für die eigentliche Planung, die bundesweit im ÖSG (Österreichischer Strukturplan Gesundheit) und in den RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit) zu finden ist. Die Strukturpläne sind die zentralen Planungsinstrumente für die Versorgungsplanung, die aufbauend auf der Zielsteuerung in einem zweistufigen System verbindliche Vorgaben für das Gesundheitswesen machen.⁷⁶

Die Sozialversicherungsträger (§ 21 Abs 1 G-ZG) und die Länder (§ 21 Abs 2 G-ZG; Grundsatzbestimmung) sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die RSG „entsprechend den Vorgaben des ÖSG bezüglich Inhalten, Planungshorizonten und Planungsrichtwerten kontinuierlich weiterentwickelt und regelmäßig revidiert werden.“⁷⁷ Die RSG dürfen dem ÖSG nicht widersprechen bzw hat der ÖSG Spielräume zuzulassen, um die RSG bedarfskonform gestalten zu können.⁷⁸ Der ÖSG soll den RSG nicht unnötig detailreich einschränken.⁷⁹

⁷⁰ Resch, Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung, in Resch/Wallner (Hrsg), Handbuch Medizinrecht² (2015) 581 (597).

⁷¹ Resch, Vertragspartnerrecht, in Resch/Wallner (Hrsg), Medizinrecht², 581 (597).

⁷² Resch, Vertragspartnerrecht, in Resch/Wallner (Hrsg), Medizinrecht², 581 (598).

⁷³ VwGH 19.01.2017, Ra 2016/08/0114 mit Anm. von Schratlbauer, RdM 2017/4, 141 ff.

⁷⁴ Gesundheits-ZielsteuerungsG, BGBl I 2017/26 idF BGBl I 2017/131.

⁷⁵ Pabel, Verfassungsrechtlicher Schutz der ärztlichen Gesamtverträge, RdM 2017, 250 (256).

⁷⁶ Pabel, RdM 2017, 250 (257).

⁷⁷ Souhrada, Verbindliche Planung, SV-Verträge und Krankenanstalten, SozSi 2017, Heft 3, 104 ff.

⁷⁸ Souhrada, SozSi 2017, Heft 3, 104 (115).

⁷⁹ Souhrada, SozSi 2017, Heft 3, 104 (115).

Der Regionale Strukturplan Gesundheit ist nach § 21 Abs 7 G-ZG zwischen der Sozialversicherung und dem Land festzulegen, der auf diese Weise im jeweiligen Landesgesundheitsfonds abgestimmte RSG ist zu veröffentlichen. Im Ergebnis kommt es zu einer Verbindlichkeit auf RSG-Ebene, da sich daran behördliche Verfahren knüpfen.⁸⁰ Sowohl für den ÖSG als auch für die RSG legt das G-ZG Pflichtinhalte fest, wobei im Hinblick auf die hierarchische Struktur die Festlegungen des RSG konkreterer Natur sind.⁸¹ Sie erfassen zumindest die standardbezogenen Kapazitätsplanungen für den akutstationären Bereich sowie die Verpflichtung zur Stärkung der Primärversorgung durch den Ausbau von wohnortnahen Primärversorgungsangeboten und weitere konkrete Elemente der Versorgungsplanung (§ 21 Abs 3 GZG).

Gemäß sind § 23 G-ZG sind durch die Bundes-Zielsteuerungskommission bzw durch die Vertreter des Bundes- und der Sozialversicherung in der jeweiligen Landes-Zielsteuerungskommission⁸² bestimmte Inhalte des ÖSG bzw des RSG zu kennzeichnen, die besondere Verbindlichkeit erlangen sollen. Die Erläuterungen weisen aus, diese Teile der Pläne als „normativ“ zu kennzeichnen sind.⁸³

Die Verbindlichkeit der entsprechenden Teile der Pläne soll durch eine Verordnungserlassung erreicht werden. Die Verordnung soll von einer eigens gebildeten „Gesundheitsplanungs GmbH“ erlassen werden, die der zuständige BM gründet und deren Gesellschafter der Bund, die Länder und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger sind (§ 23 Abs 3 G-ZG).⁸⁴

Diese Zielsteuerung soll durch eine gemeinsame Governance der Akteure im Gesundheitsbereich sichergestellt werden.⁸⁵ Erstmals sollen Teile des ÖSG und die RSG rechtswirksam werden, womit die Planung für alle Akteure inklusive der Leistungsanbieter verbindlich wird.⁸⁶

D. Die Reform der Sozialversicherungsträger unter dem Blickwinkel der regionalen Gesundheitsversorgung

1. Die föderalistische Funktion der Gebietskrankenkasse

Das bestehende, überaus komplexe System, trägt einerseits den bundesverfassungsrechtlichen Grundlagen des Gesundheitswesens Rechnung und versucht andererseits, im Interesse der Bürgerinnen und Bürger eine bestmögliche regionale Gesundheitsversorgung sicherstellen.

Die föderale Struktur der Krankenversicherung im Rahmen der Gebietskrankenkassen (die weiteren Krankenversicherungsträger, deren Existenz teilweise verfassungsrechtliche Gründe haben, bleiben hier ausgeblendet) ist gleichsam der Ausgleich dazu, dass das Sozialversicherungswesen gemäß Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG Zuständigkeit des Bundes in Gesetzgebung und Vollziehung ist. Die Bundesverfassung ordnet außerdem das Sozialversiche-

⁸⁰ *Souhrada*, *SozSi* 2017, Heft 3, 104 (117).

⁸¹ *Pabel*, *Schutz*, S. 257.

⁸² Die Zusammensetzung der Landes-Zielsteuerungskommission ist in § 19 Landesgesundheitsfondsgesetz Vorarlberg, LGBl 2013/45, im Detail geregelt.

⁸³ *Pabel*, *RdM* 2017, 250 (257).

⁸⁴ *Pabel*, *RdM* 2017, 250 (257).

⁸⁵ *Gruber/Müller/Kropik*, *Gesundheitsreform – Next Level*, *SozSi* 2017, Heft 4, 152 (159).

⁸⁶ *Gruber/Müller/Kropik*, *SozSi* 2017, Heft 4, 152 (159).

rwesen gemäß Art 102 Abs 2 B-VG der unmittelbaren Bundesverwaltung zu. Wie bereits dargelegt, erfolgt diese unmittelbare Bundesvollziehung weitgehend in den Formen der Selbstverwaltung.⁸⁷

Diese Struktur ist verfassungsrechtlich betrachtet in hohem Maße zentralistisch organisiert. Die Existenz der neun Gebietskrankenkassen ist eine Art föderaler Ausgleich, mit dem der Konnex zur föderalen Struktur des Spitalswesens und der neun Ärztekammern geschaffen wird. Schließlich ist der Bund in den Angelegenheiten der Spitäler lediglich Grundsatzgesetzgeber (Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG), während Ausführungsgesetzgebung und vor allem Vollziehung, insbesondere Spitalsplanung in den Händen der Länder liegt. Der föderale Vollzug wird nun allerdings durch ein komplexes System von Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG über die Finanzierung des Gesundheitswesens und die schon erwähnte Steuerung durch ÖSG und RSG harmonisiert.⁸⁸ Dazu kommt, dass das Gesundheitswesen in der mittelbaren Bundesverwaltung (Art 102 Abs 1 B-VG) vollzogen wird und der sogenannte Gemeindegesundheitsdienst ebenso wie das Rettungswesen Zuständigkeit der Länder in Gesetzgebung und Vollziehung (Art 15 Abs. 1 B-VG) sind. In diesem System fungiert die dezentrale Gebietskrankenkasse als Scharnier zwischen Bund und Ländern.

Mit anderen Worten: Die Funktion der Gebietskrankenkassen besteht darin, die regionale Gesundheitsversorgung in Kooperation mit den regionalen Akteuren auf Landesseite und der Ärztinnen und Ärzte sicherzustellen. Dies zeigt sich auch in der Rolle der Vertreter der Gebietskrankenkassen in den Organen der Landesgesundheitsfonds.⁸⁹

Eine zentralistische Ausrichtung der Krankenversicherung in dem Sinne, dass etwa nur noch eine einzige Krankenversicherung oder mehrere Krankenversicherungen vorhanden sind, die zentral verankert sind und in den Ländern allenfalls noch Geschäftsstellen ohne wesentliche Entscheidungskompetenzen aufweisen, würde diese Balance stören. Davon abgesehen ist das bestehende System mit einer dezentralen Steuerung der Leistungserbringung innovativer als ein zentralistisches System.⁹⁰ Die Dezentralisierung der Versorgungsstruktur macht das System auch messbar.⁹¹

Ganz abgesehen von der Frage, ob eine Fusionierung der Gebietskrankenkassen überhaupt spürbare Kostensenkungen ermöglicht,⁹² sind daher negative Konsequenzen zu befürchten, die sich aus dem Verlust der Nähe zu den Versicherten und den Leistungsanbietern ergeben.⁹³ Die

⁸⁷ Siehe dazu auch *Riedler*, Föderalismus, Dezentralisierung und Selbstverwaltung im österreichischen Gesundheitssystem, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 9 (16 ff).

⁸⁸ Siehe auch *Wallner*, Überlegungen zum Monitoring im österreichischen Gesundheitssystem, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 63 ff.

⁸⁹ Siehe dazu das Vorarlberger Landesgesundheitsfondsgesetz, LGBl 2013/45.

⁹⁰ Siehe die Beispiele bei *Riedler*, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 9 (26 f).

⁹¹ *Wallner*, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 63 (82).

⁹² Kritisch dazu *Riedler*, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 9 (33). Insbesondere liegen dazu auch aus Deutschland kritische Erkenntnisse vor. So übte auch der deutsche Bundesrechnungshof Kritik an die Einsparungsziele verfehlenden Krankenkassenfusionierungen in Deutschland. Siehe etwa http://bildung.gpa-djp.at/files/2011/06/Zentral_Dezentral.pdf Zentral – Dezentral. Krankenversicherungsträger in Österreich, 9.

⁹³ *Riedler*, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2013/2, 9 (33).

2. Bekannte Inhalte des „ÖVP-Reformkonzepts“ und eines Ministerratsvortrags

Dem Gutachter liegen ein von der Ärztekammer übermitteltes „ÖVP-Reformkonzept“ in Form von skizzenhaften Zusammenfassungen sowie der Entwurf (?) eines Ministerratsvortrages vor. Die folgenden Überlegungen basieren auf den Inhalten dieser Schriftstücke.

Das ÖVP-Reformkonzept sieht ua vor, dass die neun Gebietskrankenkasse in einer einzigen Krankenkasse aufgehen, die über neun Landesstellen verfügt.

a) RSG

Soweit bekannt ist daran gedacht, dass die Regionale Planung inkl. der Stellenpläne bei den Landesstellen verbleibt. Dazu ist anzumerken, dass der RSG nur dann sinnvoll ist, wenn die Landesstellen auch über entsprechende finanzielle Mittel verfügen, diese autonom zu dotieren. Ist dies nicht der Fall, dann sind die Landesstellen ausschließlich von den finanziellen Vorgaben der Zentrale abhängig. Ob dann beispielsweise zusätzliche Facharztstellen genehmigt werden können, kann bezweifelt werden.

Gerade für Vorarlberg, das mit Ausnahme von Wien über die deutlich höchste Kassenfacharztdichte in Österreich verfügt, ist das Risiko, das sich durch den Verlust regionaler Gestaltungsfähigkeit ergibt, besonders virulent. Dazu kommt, dass die Vertreter der Landesstelle, wenn sie etwa in den Organen der Gesundheitsplattformen in den Ländern, etwa der Landes-Zielsteuerungskommission tätig sind, nach dem nun vorliegenden Konzept wohl an die Weisungen der Zentralstelle gebunden wären, sofern nicht ohnehin Organe der Zentralstelle in den Gesundheitsplattformen Einsitz nehmen würden.

b) Gesamtverträge

Offenbar sind nunmehr österreichweite Gesamtverträge vorgesehen mit der Möglichkeit regionaler Zu- und Abschläge. Dazu ist zu bemerken, dass ein österreichweiter Gesamtvertrag eben nicht auf die föderale Gestaltung des Gesundheitswesens abgestimmt ist. Es besteht dann die Gefahr einer nicht bedarfsgerechten Versorgung (Über- und Unterversorgung). Für die Versicherten in Vorarlberg sind durch eine Nivellierung der Leistungen jedenfalls Nachteile zu erwarten.

c) Beitragshoheit

Laut den vorliegenden Informationen bezieht sich die vorgesehene Budgetautonomie ausschließlich auf die bis zum 31.12.2017 bestehenden Rücklagen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse. Wenn diese aufgebracht sind, verfügt die Landesstelle über keine Budgetautonomie mehr, da sie durch die geplante einheitliche zentrale Beitragseinhebung ab 1.2.2018 keine neuen Rücklagen im jeweiligen Bundesland mehr bilden kann. Ohne Beitragshoheit besteht daher keine regionale Budgetautonomie.

E. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Fraglos verfügt der Bundesgesetzgeber, wie aus den Darlegungen zu A. und B. hervorgeht, über einen beträchtlichen Spielraum in der Ausgestaltung der Sozialversicherung, im Besonderen der Krankenversicherung.

Dies ändert jedoch nichts daran, dass eine Reform dem Sachlichkeitsgebot und dem Effizienzprinzip entsprechen muss. Insbesondere muss eine Reform der Sozialversicherung folgenden Zielen entsprechen:

- Die Beiträge der Versicherten müssen möglichst effizient eingesetzt werden. Das bedeutet: Die Neuorganisation muss sachlich begründet und muss den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit entsprechen.

Die bestehende Organisation der Krankenversicherung erfüllt eine wichtige föderalistische Funktion und stellt das Scharnier zur Vollziehung im Gesundheitsrecht durch Landesorgane (insbesondere Krankenanstalten) dar. Unter dem föderalistischen Blickwinkel kommt folgendes weiteres Ziel hinzu:

- Der bestehende Standard der regionalen Gesundheitsversorgung im Land darf nicht gefährdet werden – vielmehr muss dieser weiter optimiert werden können.

Um diese Ziele zu erreichen, muss eine am Interesse der Versicherten in Vorarlberg orientierte Reform folgenden Grundsätzen entsprechen:

- Die regionale (dies bedeutet eine im Land Vorarlberg angesiedelte) Einrichtung der Krankenversicherung muss weiterhin Partner des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) sein und darf in dieser Tätigkeit nicht an Weisungen der Zentralstelle gebunden sein.
- Die regionale Einrichtung der Krankenversicherung muss weiterhin ohne Weisungsbindung gegenüber der Zentralstelle den Inhalt des Gesamtvertrages mit der regionalen Ärztekammer einschließlich des Stellenplanes bestimmen (ein Abschluss des Vertrages durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger im bisherigen Rahmen bleibt davon unberührt).
- Der regionalen Einrichtung der Krankenversicherung muss die Hoheit über die Beiträge der Vorarlberger Versicherten zukommen. Sie muss mit diesen Mitteln auch eigenständig, das bedeutet, ohne Weisungsbindung und ohne inhaltliche Vorgaben, wirtschaften können und insbesondere in der Lage sein, die im Gesamtvertrag vorgesehenen Leistungen auch finanzieren zu können.

Innsbruck, am 11.04.2018