

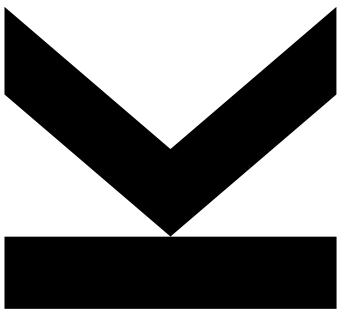
Eingereicht von
Matthias Kiesel

Angefertigt am
**Institut für Recht der
sozialen
Daseinsvorsorge und
Medizinrecht**

Beurteiler / Beurteilerin
**Assoz. Univ.-Prof.in Dr.in
Barbara Fördermayr**

Monat Jahr
01.2022

DIE AUSWIRKUNGEN DER KASSENFUSION AUF DIE LEISTUNGSANSPRÜCHE DER VERSICHERTEN



Diplomarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Magister der Rechtswissenschaften
im Diplomstudium
Rechtswissenschaften

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die vorliegende Diplomarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Linz, 14.01.2022

Unterschrift , Matthias Kiesel



Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung.....	8
1.	Ausgangslage.....	8
2.	Problemstellung.....	9
3.	Motivation für die Arbeit.....	9
4.	Ziel der Arbeit.....	10
5.	Aufbau und Inhalt.....	10
II.	Das System der sozialen Krankenversicherung vor der Kassenfusion.....	11
1.	Historische Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung.....	11
2.	Selbstverwaltung.....	12
3.	Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung.....	13
4.	Sachliche und örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen.....	14
5.	Leistungsarten und Ansprüche.....	15
5.1.	Gesetzliche Mindestleistungen.....	15
5.2.	Satzungsmäßige Mehrleistungen.....	15
5.3.	Freiwillige Leistungen.....	16
5.4.	Krankenordnungen.....	17
5.5.	Einfluss des Vertragspartnersystems auf die Leistungsansprüche der Versicherten.....	17
III.	Die sogenannte Kassenfusion.....	18
1.	Probleme der früheren Struktur und Ziele der Strukturreform.....	18
1.1.	Einsparungen bei den Verwaltungskosten.....	19
1.2.	Leistungsharmonisierung.....	19
1.3.	Umgestaltung des Hauptverbandes zum Dachverband.....	19
2.	Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK.....	20
2.1.	Neue Struktur und Organisation der ÖGK.....	20
2.2.	Die Aufgaben der ÖGK.....	21
2.3.	Änderungen im Vertragspartnersystem.....	22

2.4. Exkurs: Versorgungsübernahme bei Vertragslosem Zustand.....	23
3. Erwartete Auswirkungen der Kassenfusion	24
3.1. Auf die Versicherten	24
3.2. Auf die Vertragspartner	25
3.3. Auf die Kosten	25
IV. Veränderung der Leistungsansprüche für die Versicherten und ihre Angehörigen	26
1. Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Mindestleistungen	26
2. Veränderungen im Bereich der Satzung	27
2.1. Neue Satzung der ÖGK	27
2.2. Wesentliche Leistungsharmonisierungen in der Satzung	28
2.2.1 Satzungsmäßiges Krankengeld.....	28
2.2.2 Satzungsmäßige Höchstgrenzen für Heilbehelfe und Hilfsmittel	29
2.2.3 Satzungsmäßige Kostenzuschüsse im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz	30
2.2.4 Satzungsmäßige Senkung der Grenzwerte für die Erstattung von Reise(Fahrt)kosten	31
3. Veränderungen im Bereich der freiwilligen Leistungen	32
3.1. Gerichtliche Rechtskontrolle	32
3.2. Richtlinien der Österreichischen Gesundheitskasse betreffend Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 156 ASVG).....	33
4. Veränderungen im Bereich der Krankenordnung.....	34
4.1. Neue Krankenordnung der ÖGK	34
4.2. Auswirkungen auf die Versicherten	35
5. Veränderungen der Leistungsansprüche durch das Vertragspartnersystem	36
5.1. Übergang der Verträge auf die ÖGK.....	37
5.2. Abänderung von bestehenden Ärztesgesamtverträgen.....	38

5.3. Auswirkungen auf die Versicherten	40
5.3.1 Im Bereich der freiberuflichen Ärzt*innen	40
5.3.2 Im Bereich der freiberuflichen Ergotherapeut*innen	41
5.3.3 Im Bereich der freiberuflichen Physiotherapeut*innen	42
5.3.4 Im Bereich der freiberuflichen Logopäd*innen	42
6. Zusammenfassung	43
V. Fazit und Ausblick	43

Abkürzungsverzeichnis

Abs	Absatz
aF.....	alte Fassung
AMPFG ...	Bundesgesetz über die Finanzierung der Arbeitsmarktpolitik (Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz – AMPFG) BGBl 1994/315 idF BGBl I 2018/87
Arg	Argumentum
Art.....	Artikel
ASGG ...	Bundesgesetz über die Arbeits- und Sozialgerichtsbarkeit (Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz – ASGG) BGBl 1985/104 idF BGBl 2021/21
ASVG ...	Bundesgesetz über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz - ASVG) BGBl 1955/189 idF BGBl I 2020/158
avsv.....	Amtliche Verlautbarung der Sozialversicherung
BGBL.....	Bundesgesetzblatt
Blg.....	Beilage
BVA	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) BGBl 1930/1 idF BGBl I 2021/107
bzw	beziehungsweise
DG	Dienstgeber*innen
DN	Dienstnehmer*innen
DRdA	Das Recht der Arbeit
DV	Dachverband
etc	et cetera
EZFF.....	Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung
f	folgende
ff	fortfolgende
FPÖ.....	Freiheitliche Partei Österreichs
FS	Festschrift
gem	gemäß
GP.....	Gesetzgebungsperiode
G-ZG...	Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird BGBl I 2017/26 idF BGBl I 2018/100

Hrsg.....	Herausgeber
HV.....	Hauptverband
iSd.....	im Sinne des
KAKuG ..	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) BGBl 1957/1 idF BGBl I 2020/136
Komm.....	Kommentar
KV.....	Krankenversicherung
leg cit.....	legis citate
lit.....	litera
LSE.....	London School of Economics
Nr.....	Nummer
NR.....	Nationalrat
ÖÄK.....	Österreichische Ärztekammer
OGH.....	Oberster Gerichtshof
ÖGK.....	Österreichische Gesundheitskasse
ÖVP.....	Österreichische Volkspartei
ÖZPR.....	Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht
PV.....	Pensionsversicherung
RdM.....	Recht der Medizin
Rz.....	Randziffer
SozSi.....	Soziale Sicherheit
SPOC.....	Single Point of Contract
SV.....	Sozialversicherung
SVA.....	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB.....	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-OG.....	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
SVS.....	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
ua.....	unter anderem
usw.....	und so weiter
UV.....	Unfallversicherung
VAEB.....	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VfGH.....	Verfassungsgerichtshof
Vgl.....	Vergleiche
Z.....	Ziffer

ZAS Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht

zB zum Beispiel

I. Einleitung

1. Ausgangslage

Bis zum 31.12.2019 wurde die gesetzliche KV – abgesehen von den sogenannten „Sonderversicherungsträgern“ (BVA, SVB, SVA und VAEB) und der Versicherungsanstalt des Notariats, die in dieser Arbeit nicht behandelt werden – durch neun Gebietskrankenkassen und fünf Betriebskrankenkassen vollzogen, bei denen die (nicht sonderversicherten) unselbstständigen Erwerbstätigen und ihre anspruchsberechtigten Angehörigen krankenversichert waren. Die Krankenkassen waren im Rahmen ihrer Selbstverwaltung in jedem Bundesland als eigenständige Träger der KV aufgebaut, mit eigenen Verwaltungsorganen, Verträgen, Satzungen, Krankenordnungen und einem eigenen Vermögen.

Im Jahr 2016 machte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV), als Dachorganisation der gesamten KV, UV und PV, eine Umfrage, um die Wünsche und Anliegen der Versicherten zu erfahren und auf den Ergebnissen Änderungsvorschläge aufzubauen. Dabei wurde von den Versicherten der Wunsch nach „Gleichbehandlung“ im Leistungsrecht besonders deutlich artikuliert. Ende 2016 wurde daraufhin vom HV ein trägerübergreifendes Projekt ins Leben gerufen, um die bestehenden Leistungsunterschiede bei den jeweiligen Krankenversicherungsträgern zu harmonisieren.¹ Weiters wurde am 5.7.2016 vom damaligen BMASK die London School of Economics (LSE) beauftragt, eine Studie hinsichtlich der Leistungsoptimierung in der Sozialversicherung zu erstellen.²

Die aus ihrer Sicht geringen Erfolge bei der organisationsübergreifenden Leistungsharmonisierung und die Ergebnisse der LSE-Studie nahm die damalige Koalitionsregierung ÖVP/FPÖ zum Anlass, um die Zusammenlegung der Sozialversicherungen in ihr neues Regierungsprogramm aufzunehmen und sie betitelte diese als „*eines der großen Reformprojekte*“ der neuen Bundesregierung.³

¹ Vgl. *Choholka/Pressl*, Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung, *SozSi* 2019, 524 (524).

² Vgl. *Gleitsmann/Kircher*, Struktur- und Organisationsreform der Österreichischen Sozialversicherung, *Jahrbuch Sozialversicherungsrecht* 2019, 51 (54).

³ Vgl. Regierungsprogramm 2017-2022, Zusammen. Für unser Österreich. 100.

Am 13.12.2018 wurde in Umsetzung des Regierungsprogramms das SV-OG im Nationalrat und am 20.12.2018 im Bundesrat beschlossen und im BGBl I 2018/100 kundgemacht. Dadurch kam es zu einer tiefen Umstrukturierung der bisherigen österreichischen Sozialversicherung, welche sowohl in der Literatur, der Judikatur als auch medial viele Fragen aufwarf.

2. Problemstellung

Mit der Erlassung des SV-OG kam es im Bereich der KV insbesondere zu einer Zusammenlegung der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), der auch die bisherigen Betriebskrankenkassen Voest Alpine Bahnsysteme, Zeltweg, Kapfenberg und Mondi eingegliedert wurden. Die weiteren Änderungen durch das SV-OG im Bereich der PV, der UV und der durch die Sondersicherungsträger vollzogenen KV werden in dieser Arbeit nur am Rande behandelt.

In der ÖGK erfolgte dabei eine völlige Neubesetzung der Verwaltungsorgane mit einer nunmehr paritätischen Besetzung durch Dienstgeber*innen und Dienstnehmer*innen.⁴

Ein weiterer zentraler Punkt im SV-OG war die Umstrukturierung des bisherigen Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Dachverband der Sozialversicherungsträger (DV) mit Geltung ab 1.1.2020, welcher nicht nur in seiner Verwaltungsstruktur, sondern auch in seinen Aufgabenbereichen verschlankt wurde.⁵

Erklärtes Ziel der Reform mit der Erlassung des SV-OG war es, durch die Reduktion der Sozialversicherungsträger eine höhere Effizienz zu erreichen und dadurch *„den Menschen auch österreichweit die gleichen Leistungen anbieten zu können“*.⁶

3. Motivation für die Arbeit

Einer der treibenden Punkte diese Arbeit zu schreiben war die Aktualität und vor allem die lange anhaltende Debatte des Themas. Der Großteil der in Österreich lebenden Menschen ist von dieser Fusion betroffen und hat in der Zeit von 2018-

⁴ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 2.

⁵ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 8.

⁶ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 1.

2020 auch davon gehört. Die Erwartungen der Versicherten und ihrer Angehörigen gehen dahin, dass sich durch die Fusion die Leistungen der KV verbessern. Viele befürchten hingegen eine Verschlechterung des Leistungsniveaus. Eine wissenschaftliche Untersuchung, inwieweit diese Vermutungen erfüllt werden, gibt es bisher nicht. Diese Arbeit soll hierzu auf Basis einer Analyse der Satzungen, der Krankenordnungen und des Vertragspartnerrechtes objektive Anhaltspunkte liefern.

4. Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es, sich primär mit der Fusion der Gebietskrankenkassen im Rahmen der Sozialversicherungsreform auseinanderzusetzen und die Frage zu behandeln, welche Auswirkungen diese insbesondere auf die Leistungsansprüche der Versicherten hat. Die Auswirkungen der Strukturreform auf die Unfallversicherung werden in der Masterarbeit von *Papst* ausführlich behandelt.

5. Aufbau und Inhalt

Um die Änderungen durch die Kassenfusion zu verstehen, wird zunächst das System der sozialen KV vor der Fusion beschrieben; und zwar insbesondere hinsichtlich der Struktur, der Zuständigkeitsverteilung sowie der leistungsrechtlichen Bestimmungen.

Im Kernpunkt der Arbeit steht die Kassenfusion und deren Auswirkungen auf die Leistungsansprüche der Versicherten. Es werden zunächst die Probleme der zuvor erläuterten Struktur aufgezeigt und die rechtspolitischen Ziele und Intentionen der Sozialversicherungsreform erläutert. Des Weiteren wird ein detaillierter Einblick in die neue Struktur der ÖGK anhand des SV-OG verschafft, um die daraus entstandenen Veränderungen auf das bisherige System darzustellen. In einem eigenen Kapitel wird dann herausgearbeitet, welche konkreten Änderungen im Leistungs- und Vertragspartnerbereich die Reform bereits bewirkt hat.

II. Das System der sozialen Krankenversicherung vor der Kassenfusion

1. Historische Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung

Die österreichische gesetzliche Sozialversicherung hat ihre Wurzel bereits in den 1880er Jahren.⁷ Als Ursprung des heutigen ASVG gilt das Gesetz vom 30.3.1888 betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter^{8,9}

Schon damals war es Konsens, dass die Sozialversicherung nur dann funktionieren könne, wenn sie als gesetzliche Pflichtversicherung konstruiert werde. Dies aus folgenden zwei Gründen: Erstens würde der Beitritt zur Krankenversicherung ansonsten primär nur von jenen Personen erfolgen, welche die daraus entspringenden Leistungen dringend benötigen. Zweitens würde die Krankenversicherung – sozusagen als Umkehrreaktion – genau jene Personen ausschließen, welche (mehr) Leistungen aufgrund von akutem Bedarf beziehen, oder die Versicherungsbeiträge entsprechend dem Bezug der Leistungen erhöhen.¹⁰

Nach § 1 des Arbeiter-Krankenversicherungsgesetzes waren alle bei Inkrafttreten dieses Gesetzes unfallversicherten Arbeiter und Betriebsbeamte, alle Arbeiter und Betriebsbeamte, die in besonders angeführten Betrieben beschäftigt waren sowie auch bereits Lehrlinge oder Volontäre, welche keinen oder einen niedrigeren Arbeitsverdienst beziehen, krankenversichert.

In den §§ 6 bis 8 des Arbeiter-Krankenversicherungsgesetzes wurden auch die ersten Leistungen genannt; darunter Heilmittel, therapeutische Behelfe, aber auch Krankengeld. Mit diesem historischen Schritt wurden im Jahre 1888 also die ersten gesetzlichen Ansprüche der Versicherten gegenüber der KV normiert.

Ebenfalls sah das Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz in den §§ 9 bis 10 bereits die Möglichkeit der KV vor, eine Leistungserhöhung in ihren Statuten zu normieren, sowie gesetzliche Mindestleistungen zu gewähren, welche nur überschritten, jedoch nicht unterschritten werden durften.¹¹

⁷ Vgl *Steiner*, Die Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis zum Ende der Monarchie (Teil I), SozSi 2019, 158 (158).

⁸ Im Folgenden Arbeiter-Krankenversicherungsgesetz genannt.

⁹ Vgl *Steiner*, Die „Einführung“ der Sozialversicherung im Lande Österreich – Sozialversicherung vor und nach dem „Anschluss“, DrDA-infas 2018, 69 (69).

¹⁰ Vgl *Steiner*, SozSi 2019, 158 (163).

¹¹ Vgl *Steiner*, SozSi 2019, 158 (165).

Eine gesetzliche Krankenversicherung mit der Aufgabe, eine allgemein zugängliche medizinische Versorgung bereitzustellen, um allen Versicherten unter gleichen Bedingungen denselben Zugang zu den medizinischen Leistungen des öffentlichen Gesundheitssystems zu gewähren, wurde vom Staat also bereits sehr früh eingerichtet und ist aus unserem heutigen System auch nicht mehr wegzudenken.¹²

2. Selbstverwaltung

Die Sozialversicherung wird seit jeher – mit Ausnahme mancher Bereiche, die im übertragenen Wirkungsbereich vollzogen werden – nach dem Prinzip der Selbstverwaltung geführt. Seit 2008 ist dieses **Selbstverwaltungsprinzip** in Art 120a B-VG ausdrücklich vorgesehen.¹³ Selbstverwaltungskörper waren die Sozialversicherungsträger und der HV. Das Wesensmerkmal der Selbstverwaltung besteht in der weisungsfreien Besorgung ihrer Verwaltungsaufgaben, jedoch mit entsprechenden staatlichen Aufsichts- und Kontrollrechten.¹⁴

Zu beachten ist, dass sich aus Art 120a B-VG noch **keine** verfassungsgesetzlich gewährleistete **Bestandsgarantie** der Selbstverwaltungskörper ableiten lässt. Vielmehr liegt es innerhalb des weiten Gestaltungsspielraumes des einfachen Gesetzgebers, über die Existenz und den weiteren Bestand eines Selbstverwaltungskörpers zu entscheiden, solange sich diese Änderungen innerhalb der Schranken des Sachlichkeits- und Gleichheitsgebotes befinden.¹⁵

Nach Art 120c Abs 1 B-VG sind die Selbstverwaltungskörper aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden. Die zivile Bevölkerung bestellt somit die Organe der Selbstverwaltungskörper und wirkt dadurch an den vom Staat übertragenen Verwaltungsaufgaben mit.¹⁶

In der gesetzlichen KV setzten sich deren Organe durch die wirtschaftlichen Interessensvertreter der Versicherten und Beitragszahler, und zwar aus Dienstnehmer*innen (DN)- und Dienstgeber*innen (DG)-Vertretern zusammen

¹² Vgl *Berka*, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019, 227 (233).

¹³ Vgl *Cerny*, Gedanken zur sozialen Selbstverwaltung, DRdA 2018, 283 (283).

¹⁴ Vgl *Dachverband der Sozialversicherungsträger*, Selbstverwaltung, SozSi 2020, 302 (303).

¹⁵ Vgl *Grabenwarter/Frank*, Manz (2020) Art 120a B-VG Rz 4.

¹⁶ Vgl *Wachter*, Die Fusion der österreichischen Gebietskrankenkassen ist nicht verfassungswidrig, Facultas 2020, 14 (14).

und wurde daher als „**gemeinsame Selbstverwaltung der Sozialpartner**“ bezeichnet.¹⁷ Während sich der Vorstand und die Generalversammlung¹⁸ gem § 426 Abs 1 Z 3 ASVG aF aus DN- und DG-Vertreter*innen im Verhältnis 4:1 zusammensetzte, wurde die Kontrollversammlung (siehe unten) gem § 426 Abs 2 ASVG aF im Verhältnis 1:4 besetzt. Eine Beteiligung sowohl der DN als auch der DG wurde seit jeher als sachlich gerechtfertigt angesehen, da die DG Beiträge zur Finanzierung leisten, während die DN sowohl Beiträge zahlen als auch durch die KV versichert sind.¹⁹

3. Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung

Vor dem SV-OG 2018 waren die unselbstständigen Erwerbstätigen in Österreich bei einer der neun Gebietskrankenkassen oder einer der fünf Betriebskrankenkassen versichert,²⁰ welche gem § 23 Abs 1 ASVG aF als Träger der Krankenversicherung institutionalisiert wurden. Alle Versicherungsträger der Sozialversicherung, also die der PV und UV eingeschlossen, wurden gem § 31 Abs 1 ASVG aF zum **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger** zusammengefasst. Dem HV oblagen gem § 31 Abs 2 ASVG aF unter anderem die Wahrnehmung der allgemeinen Interessen im Vollzugsbereich der Sozialversicherung, die zentrale Erbringung von Dienstleistungen für die Sozialversicherungsträger sowie der Abschluss von Verträgen mit den diversen Vertragspartnern der Sozialversicherung (Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Apotheker*innen, Spitäler etc.)²¹.

Nach § 419 Abs 1 ASVG aF waren die Verwaltungskörper der Versicherungsträger der Vorstand, die Generalversammlung und die Kontrollversammlung.

Dem **Vorstand** oblag gem § 434 Abs 1 ASVG aF die Geschäftsführung des Versicherungsträgers, soweit sie nicht per Gesetz der Generalversammlung oder einem Landesstellenausschuss zugewiesen ist, sowie die Vertretung des

¹⁷ Vgl *Öhlinger*, Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, DRdA-InfA 2002, 191 (198).

¹⁸ Siehe Kapitel II. 3.

¹⁹ Vgl *Bramshuber*, Strukturreform in der Sozialversicherung – Folgen für die Selbstverwaltung, DRdA-InfA 2019, 197 (203).

²⁰ Vgl *Pfeil*, Reform der Sozialversicherung - bessere Strukturen oder doch nur Umfärbung? ÖZPR 2018, 156 (156).

²¹ Vgl *Kröll/Lienbacher* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg.), Der SV-Komm (2014) § 31 ASVG Rz 63.

Versicherungsträgers nach außen. Im Rahmen dieser „Generalkompetenz“ waren vom Vorstand auch eine Neufassung oder Änderungen der Krankenordnung zu beschließen. Der **Generalversammlung** waren gem § 433 Abs 1 ASVG aF insbesondere die Beschlussfassung über den Jahresvoranschlag sowie über die Satzung und deren Änderungen vorbehalten. Die **Kontrollversammlung** war gem § 436 ASVG aF zur Überwachung der gesamten Gebarung des Versicherungsträgers berufen und es kam ihr gem § 437 ASVG leg cit das Zustimmungsrecht zu Beschlüssen des Vorstandes in besonders wichtigen Angelegenheiten zu.

Alle neun Gebietskrankenkassen waren in diesem Sinne selbstverwaltete Krankenversicherungsträger, welche ihre Aufgaben durch die angeführten Verwaltungskörper grundsätzlich weisungsfrei erfüllten.²²

4. Sachliche und örtliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen

Die sachliche Zuständigkeit der Gebietskrankenkassen richtete sich nach § 26 Abs 1 ASVG aF, worin normiert war, dass die Gebietskrankenkassen zur Durchführung der Krankenversicherung sachlich zuständig sind, sofern diese nicht den Betriebskrankenkassen oder der VAEB zugeteilt wird.²³

§ 26 Abs 1 Z 1 ASVG aF wies den Gebietskrankenkassen damit in dem Versicherungszweig der Krankenversicherung – im Rahmen einer **Generalkompetenz** – jenen versicherten Personenkreis zu, welcher nicht im Rahmen einer Spezialkompetenz den anderen Krankenversicherungsträgern vorbehalten wurde. Das machte sie sachlich zuständig für die Krankenversicherung der meisten unselbstständigen Erwerbstätigen sowie iSd § 27 ASVG aF für Beschäftigte in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben. Zusätzlich kam ihnen gem § 5 AMPFG aF die Einhebung der Beiträge zur Arbeitslosenversicherung, gemeinsam mit jenen der Krankenversicherung, zu.²⁴

Die örtliche Zuständigkeit richtete sich gem § 30 ASVG aF grundsätzlich nach dem Beschäftigungsort des Versicherten, somit nach jenem Ort, „*an dem die Beschäftigung ausgeübt wird*“. War der unselbstständige Erwerbstätige also im Raum Linz erwerbswirtschaftlich tätig, fiel dies in die örtliche Zuständigkeit der

²² Vgl weiterführend *Souhrada* in *Sonntag* (Hrsg), ASVG³ (2012) § 31 Rz 50 ff.

²³ Vgl *Felten* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), *Der SV-Komm* (2018) § 26 ASVG Rz 2.

²⁴ Vgl *Felten* in *Der SV-Komm* § 26 ASVG Rz 2 ff.

Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, auch wenn er selbst zB in Niederösterreich wohnte.

5. Leistungsarten und Ansprüche

Die Leistungsarten der Krankenversicherung wurden in § 121 ASVG aF aufgelistet und gem Abs 1 Z 1 als Pflichtleistungen, und zwar als **gesetzliche Mindestleistungen** oder als **satzungsmäßige Mehrleistungen**, sowie gem Abs 1 Z 2 als **freiwillige Leistungen** gewährt. Der Unterschied zwischen den Pflichtleistungen und den freiwilligen Leistungen wurde in Abs 2 wie folgt beschrieben: *„Pflichtleistungen sind Leistungen, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Freiwillige Leistungen sind Leistungen, die auf Grund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Vorschriften gewährt werden können, ohne dass auf sie ein Rechtsanspruch besteht.“*

5.1. Gesetzliche Mindestleistungen

Als gesetzliche Mindestleistungen, auf welche die Versicherten einen Rechtsanspruch haben, sind die im § 117 ASVG aF angeführten Leistungen anzusehen; das sind insbesondere Jugendlichenuntersuchungen und Vorsorge(Gesunden)untersuchungen, Krankenbehandlung, medizinische Hauskrankenpflege oder Anstaltspflege, Krankengeld oder auch Wiedereingliederungsgeld normiert.²⁵

5.2. Satzungsmäßige Mehrleistungen

Ihre rechtliche Grundlage müssen satzungsmäßige Mehrleistungen im Gesetz und in der jeweiligen Satzung des Krankenversicherungsträgers haben.²⁶

In § 121 Abs 3 aF wurde für die satzungsmäßigen Mehrleistungen eine Ausgestaltungsschranke in der Form festgelegt, dass über die gesetzlichen Mindestleistungen hinausgehende Mehrleistungen in der Satzung nur so weit vorgesehen werden dürfen, als der Versicherungsträger auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten Bedacht nimmt.

²⁵ Vgl *Weißensteiner/Burger*, Fusion der Gebietskrankenkassen und Auswirkungen auf das Leistungsrecht, DRdA-InfA 2020, 57 (58).

²⁶ Vgl *Windisch-Graetz* in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg.), Der SV-Komm (2016) § 121 ASVG Rz 1.

Jede Gebietskrankenkasse hatte eine eigene, von ihrer **Generalversammlung** erlassene Satzung, in welcher entsprechend den regionalen Aspekten und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ein Leistungsumfang festgesetzt wurde. Es war somit systemimmanent, dass die Ansprüche der Versicherten für zB die Dauer des satzungsmäßigen Krankengeldes nach § 139 ASVG aF, die Höhe der zu übernehmenden Kosten für Heilbehelfe nach § 137 ASVG aF oder andere Kostenersätze, je nach Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gebietskrankenkasse variierten.

Nach § 455 Abs 2 ASVG aF hatte der HV für den Bereich der KV eine **Mustersatzung** mit teilweise für die Krankenversicherungsträger verbindlichen Bestimmungen aufzustellen. Im Sinne einer Harmonisierung des Leistungsrechtes und zum Schutz der finanziellen Leistungsfähigkeit der KV war eine für alle Krankenversicherungsträger verbindliche Bandbreite für die satzungsmäßigen Mehrleistungen festzulegen. Diese auch teilweise verbindlichen Vorgaben in der Mustersatzung engten zwar den Spielraum der Gebietskrankenkassen bei der Ausgestaltung des Leistungsrechtes ein, konnten jedoch Leistungsunterschiede nicht gänzlich vermeiden.

5.3. Freiwillige Leistungen

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Mindestleistungen und den satzungsmäßigen Mehrleistungen, hatten die Versicherten gem § 121 Abs 2 ASVG aF keinen durchsetzbaren Rechtsanspruch auf die Gewährung von freiwilligen Leistungen, sondern unterlagen dabei dem **Ermessen** der jeweiligen Krankenkasse.

Dieses Ermessen des Krankenversicherungsträgers zur Leistungsgewährung muss in den Gesetzen ausdrücklich normiert sein; wie zB in § 155 Abs 1 ASVG aF, wonach Maßnahmen der Krankenversicherungsträger zur Festigung der Gesundheit unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie unter Bedachtnahme auf ihre finanzielle Leistungsfähigkeit gewährt werden „können“.²⁷

Wie bei der Gestaltung der Satzungen war auch die Ermessensausübung der neun Gebietskrankenkassen breit gefächert, wodurch es auch bei den freiwilligen

²⁷ Vgl *Schober in Sonntag* (Hrsg), ASVG³ (2012) § 155 Rz 1.

Leistungen zu einer unterschiedlichen Behandlung der Versicherten, je nach Zugehörigkeit zur Krankenkasse, kam.

5.4. Krankenordnungen

Die Krankenordnungen der Gebietskrankenkassen schufen zwar im Gegensatz zu Gesetz und Satzung keine Leistungsansprüche für die Versicherten, gestalteten jedoch iSd § 456 ASVG aF das Leistungsverhältnis der Leistungsempfänger in einem nicht unbedeutenden Maße.²⁸ Gem Abs 1 leg cit hatte die Krankenordnung insbesondere *„die Pflichten der Versicherten und der Leistungsempfänger im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung und die Kontrolle der Kranken“* zu regeln.

Ebenso wie die Satzung stellt die Krankenordnung eine Rechtsvorschrift iSd Art 139 B-VG dar, also eine vom Sozialversicherungsträger erlassene generelle Norm mit Außenwirksamkeit.²⁹

Auch wenn gem § 456 Abs 2 ASVG aF der HV eine **Musterkrankenordnung** aufzustellen hatte, blieb den Gebietskrankenkassen genügend Spielraum, um die Krankenordnungen unterschiedlich auszugestalten.

5.5. Einfluss des Vertragspartnersystems auf die Leistungsansprüche der Versicherten

Durch privatrechtliche Verträge mit Gesundheitsdienstleistern (wie zB freiberuflich tätigen Ärzt*innen und Zahnärzt*innen, Primärversorgungseinheiten, Gruppenpraxen usw) ist gem § 338 Abs 2 ASVG die ausreichende Versorgung der Anspruchsberechtigten mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen. Diese Verträge stellen die **Grundlage des Sachleistungssystems** dar.³⁰

Eine Sachleistung wird vom Gesundheitsdienstleister für den Patienten erbracht und direkt mit dem Krankenversicherungsträger verrechnet. Der Gesundheitsdienstleister erbringt somit für den Anspruchsberechtigten jene

²⁸ Vgl Brenneis in Mosler/Müller/Pfeil (Hrsg), Der SV-Komm (2012) § 456 ASVG Rz 1.

²⁹ Vgl OGH 22.6.2021, 10 Ob S 27/21z.

³⁰ Vgl Mosler in Mosler/Müller/Pfeil (Hrsg), Der SV-Komm (2020) § 131 ASVG Rz 1ff.

Leistung, auf die dieser gegenüber seinem Krankenversicherungsträger einen öffentlich-rechtlichen Anspruch hat.³¹

So gesehen beeinflussen die angeführten Verträge maßgeblich die Leistungsansprüche der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen.

Die Beziehungen zwischen den Trägern der KV und den freiberuflichen Ärzten sowie Gruppenpraxen wurden gem § 341 Abs 1 ASVG aF jeweils durch **Gesamtverträge** geregelt.³² Diese wurden vom HV für und mit Zustimmung der Krankenversicherungsträger mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossen.

Zu beachten ist hierbei, dass nicht der HV Vertragspartner wurde, sondern dieser „lediglich“ die Verträge für die Krankenversicherungsträger abgeschlossen hat, womit die Krankenversicherungsträger die eigentlichen Vertragspartner der Gesamtverträge waren.³³

Die einzelnen Gebietskrankenkassen konnten somit faktisch in ihrer örtlichen Zuständigkeit Verträge ausverhandeln, mit Leistungsinhalten, die in von anderen Kassen geschlossenen Verträgen nicht enthalten waren. Durch die Struktur des landesbezogenen Vertragswesens kam ihnen dadurch die Aufgabe zur Sicherstellung der regionalen Gesundheitsversorgung zu, was wiederum das föderalistische Wesen der KV widerspiegelte und zu unterschiedlichen Leistungsniveaus für die Anspruchsberechtigten führte.

III. Die sogenannte Kassenfusion

1. Probleme der früheren Struktur und Ziele der Strukturreform

Das dargestellte System der sozialen KV wurde wegen der Vielzahl an Krankenversicherungsträgern, der hohen Verwaltungskosten, der länderweise unterschiedlichen Leistungsansprüche der Versicherten sowie auch der Heterogenität des Vertragspartnersystems vielfach kritisiert und politisch diskutiert. Im Dezember 2018 wurde schließlich im Nationalrat das SV-OG

³¹ Vgl *Mosler* in *Mosler/Grillberger*, *Ärztliches Vertragspartnerrecht* (2012) 2.

³² Vgl *Schrammel*, *Vertragsloser Zustand im Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung*, DRdA-InfA 2007, 347 (348).

³³ Vgl *Kletter* in *Sonntag* (Hrsg), *ASVG*³ (2012) § 341 Rz 10.

beschlossen, welches zu einer umfassenden Strukturreform der Sozialversicherung führte. Mit dieser Reform wurden insbesondere die nachstehenden Ziele verfolgt.

1.1. Einsparungen bei den Verwaltungskosten

Als besonders umstrittenes Ziel der Umstrukturierung wurde von der Bundesregierung eine Einsparung beim **Verwaltungs- und Sachaufwand** angeführt, um mit den daraus frei werdenden Mitteln den Versicherten eine bessere Versorgung gewährleisten zu können.³⁴ Die Bundesregierung erwähnte diesbezüglich medial des Öfteren eine Milliarde Euro („Patientenmilliarde“), die bis zum Jahr 2023 an Einsparungen erwartet wurde.³⁵ Geschafft werden sollte dies konkret durch eine „Verschlankung“ der bestehenden 21 Sozialversicherungsträger auf nunmehr fünf Träger, wobei eine wesentliche Rolle die Fusion der bestehenden Gebietskrankenkassen und Betriebskrankenkassen zur ÖGK spielte.³⁶

1.2. Leistungsharmonisierung

Eine weitere integrale Zielsetzung der Reform war es, durch die Zusammenführung der Sozialversicherungsträger eine **Harmonisierung der Leistungsansprüche** der Versicherten und damit mehr Fairness im Sozialversicherungssystem sowie eine qualitativ hochwertige Versorgung zu bewirken.³⁷ Es sollten also durch Erlassung des SV-OG regionale Leistungsunterschiede zugunsten eines einheitlichen Anspruchskatalogs der Versicherten beseitigt werden. Als Beitrag zu dieser Aufgabe sollte die ÖGK die bisher bestehenden Verträge mit den Vertragspartnern übernehmen, um bis zum Bestehen eines einheitlichen Vertrages die derzeitigen Leistungen weiterhin gewährleisten zu können.³⁸

1.3. Umgestaltung des Hauptverbandes zum Dachverband

Schlussendlich war es im Sinne der Regierung, den HV in den neuen DV umzugestalten, der die Interessen der nun deutlich verringerten Anzahl an

³⁴ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 1.

³⁵ Vgl *Panhözl*, Wie verfassungswidrig ist die Neuorganisation der Sozialversicherung? DRdA-infas 2019, 100 (101).

³⁶ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 1 f.

³⁷ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 2 f.

³⁸ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 3 f.

Versicherungsträgern in **komprimierter Form** wahrnehmen und als Bindeglied zwischen den trägerübergreifenden Aufgaben agieren soll. Die Zielsetzung der Regierung war es dabei, den HV intern umzustrukturieren, jedoch mit Beibehaltung seiner Rechtssubjektivität, und ihm damit einhergehend neue, angepasste Aufgabenbereiche zukommen zu lassen.³⁹

2. Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK

Die größten Änderungen durch die Strukturreform traten im Bereich der ASVG-Krankenversicherungsträger durch die **Zusammenlegung** der neun Gebietskrankenkassen zur ÖGK ein. Die folgenden Ausführungen fokussieren sich daher auf die neue ÖGK, die nun mit ca. 7,2 Millionen Versicherten der größte soziale Krankenversicherungsträger Österreichs ist.⁴⁰ Wie dieses System aufgebaut ist, was die Zuständigkeiten des neuen Sozialversicherungsträgers sind und welche Unterschiede zur vorherigen Struktur bestehen, wird in diesem Kapitel näher erläutert.

2.1. Neue Struktur und Organisation der ÖGK

Die maßgeblichen Änderungen der bisherigen Organisation werden im **Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG)**, BGBl I 2018/100, normiert.

Wie oben schon angesprochen, war es eine der Zielsetzungen für die Erlassung des SV-OG, die Verwaltungskosten durch eine Reduktion der 21 Sozialversicherungsträger auf fünf zu verringern.

Umgesetzt wurde dies im Hinblick auf die ÖGK in § 23 Abs 1 ASVG, welcher die ÖGK als neu geschaffenen, **bundesweit** zuständigen Krankenversicherungsträger normiert. Die sachliche Zuständigkeit der ÖGK „zur Durchführung der Krankenversicherung“ ist nunmehr in § 26 ASVG geregelt.

Den konkreten Zusammenschluss der neun Gebietskrankenkassen zur „fusionierten“ ÖGK normiert § 538t Abs 1 ASVG. Im Abs 2 wird eine **Gesamtrechtsnachfolge** der ÖGK in Bezug auf alle Rechte und Verbindlichkeiten der Gebietskrankenkassen geregelt.

³⁹ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 8.

⁴⁰ Vgl *Artner*, Eine Gesundheitskasse für ganz Österreich und der Single Point of Contact (SPOC) für Dienstgeber, PV-Info 2019, 8 (8).

Die bisherigen neun Gebietskrankenkassen werden de facto durch die **Landesstellen** der ÖGK ersetzt, die gem § 418 Abs 4 ASVG die Hauptstelle in Wien unterstützen und die im § 434 Abs 2 bis 4 leg cit genannten Aufgaben zu besorgen haben.⁴¹ Diese Aufgaben, darunter die Verhandlung gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit freiberuflichen Ärzt*innen und den Gruppenpraxen auf regionaler Ebene, werden jedoch gem § 434 Abs 2 ASVG nur nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des neu gebildeten Verwaltungsrates wahrgenommen, dem sie dementsprechend auch gem Abs 5 weisungsunterworfen sind.

Die ÖGK besteht somit aus einer in Wien befindlichen **Hauptstelle**, die gem § 418 Abs 1 und 2 ASVG die zentrale Verwaltungsstelle darstellt. Dazu kommen die in jedem Bundesland vorgesehenen Landesstellen und die gem Abs 5 nach Zweckmäßigkeit einzurichtenden Außenstellen.

Die Verwaltungskörper der ÖGK sind gem § 419 ASVG der Verwaltungsrat, die Hauptversammlung und die Landesstellenausschüsse am Sitz der Landesstellen.

Dem **Verwaltungsrat** obliegt gem § 432 Abs 1 ASVG die Geschäftsführung, soweit diese nicht der **Hauptversammlung** oder einem **Landesstellenausschuss** zukommt, sowie die Vertretung des Versicherungsträgers und die Vorbereitung der in der Hauptversammlung zu treffenden Beschlüsse.

Bereits seit 1.4.2019 war ein gem § 538v Abs 1 ASVG gebildeter **Überleitungsausschuss** mit den in § 538w ASVG normierten Aufgaben betraut, um alle Handlungen treffen zu können, die gem Abs 3a „für die Zusammenführung der Gebietskrankenkassen erforderlich“ waren, was ihm eine Art Generalkompetenz verlieh.

Mit 1.1.2020 wurden die Mitglieder des Überleitungsausschusses dann Mitglieder des konstituierten Verwaltungsrates.⁴²

2.2. Die Aufgaben der ÖGK

In § 23 Abs 1 ASVG wird, wie bereits erwähnt, die ÖGK als zuständiger Träger der KV für das ganze Bundesgebiet konstituiert. Das föderalistische Prinzip des

⁴¹ Vgl Pfeil in Pfeil/Prantner/Warter (Hrsg), Betriebsverfassungsrechtliche Fragestellungen auf Grund des SV-OG (2019), 64 (67).

⁴² Vgl Weißsteiner/Burger, DRdA-InfA 2020, 57 (58).

früheren „Gebietskrankenkassen-Systems“ wird damit durch ein **zentrales System** ersetzt.⁴³ Gem Abs 2 leg cit muss die ÖGK die KV nach den Bestimmungen des ASVG durchführen. Konkret genannt wird die Obliegenheit zur Vorsorge der Krankenbehandlung aller Versicherten und ihrer Angehörigen, wobei die Übernahme der Versorgung durch die Länder vereinbart werden kann, falls ein vertragsloser Zustand eintreten sollte.⁴⁴

2.3. Änderungen im Vertragspartnersystem

Wie bereits oben dargelegt, wurden die Gesamtverträge gem §§ 341 ff ASVG aF vor der Strukturreform für die Gebietskrankenkassen mit ihrer Zustimmung vom HV mit den regionalen Ärztekammern abgeschlossen.

Nach § 341 Abs 1 ASVG sind die Gesamtverträge ab 1.1.2020 von der **ÖGK** mit der **ÖÄK** bundeseinheitlich abzuschließen. Gem § 342 Abs 2b leg cit können jedoch Honorarvereinbarungen von der ÖGK mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abgeschlossen werden. Mit diesen gesamtvertraglichen Vereinbarungen sind neben der Honorierung auch Regelungen über den Stellenplan im jeweiligen Bundesland möglich.

Der Gesetzgeber hat in dem neuen § 342 Abs 2b ASVG also ganz bewusst den bundesweiten Gesamtvertrag von einer **regionalen Honorierung** unterschieden und für zulässig erklärt. Diese Honorarvereinbarungen werden nunmehr gem § 434 Abs 2 Z 2 ASVG durch die Landesstellenausschüsse der ÖGK mit den Landesärztekammern verhandelt, der Abschluss erfolgt jedoch durch den Verwaltungsrat.⁴⁵

Für den Abschluss eines **Gesamtvertrages für Primärversorgungseinheiten** wird in dem neuen § 342b ASVG eine Abschlusskompetenz für die Krankenversicherungsträger durch den DV und für die Landesärztekammern durch die ÖÄK vorgesehen.⁴⁶

⁴³ Vgl *Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen* (EZFF), Jahrbuch des Föderalismus 2019: Föderalismus, Subsidiarität und Regionen in Europa (2019) 336.

⁴⁴ Siehe weiterführend Kapitel III. 2.4.

⁴⁵ Vgl *Weißensteiner/Burger*, DRdA-InfAS 2020, 57 (61).

⁴⁶ Vgl *Resch*, Vertragspartnerrecht für Primärversorgungseinheiten, ZAS 2019, 4 (5).

2.4. Exkurs: Versorgungsübernahme bei Vertragslosem Zustand

In § 23 Abs 2 Satz 2 ASVG wird eine Option auf Übernahme der Krankenbehandlung durch die **Länder** geregelt; und zwar für den Ausnahmefall der Kündigung eines ärztlichen Gesamtvertrages oder das nicht rechtzeitige Zustandekommen eines solchen.

Satz 3 leg cit normiert: „Der Träger der Krankenversicherung hat diese Verpflichtung höchstens im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe im niedergelassenen Bereich zu übernehmen.“ Gemeint ist damit offenkundig die (begrenzte) **finanzielle Entschädigung** der Länder dafür, dass sie die Krankenbehandlung im Falle eines vertragslosen Zustandes für die ÖGK „ersatzweise“ übernehmen.

Um den Sinn dieser Regelung zu verstehen, muss ein Blick auf Art 24 Abs 7 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie auf die Umsetzungsbestimmung des § 29 Abs 8 G-ZG geworfen werden. Um den Versicherten auch im „vertragslosen Zustand“ eine **Sachleistungsversorgung**, statt reinem Kostenersatz, zu ermöglichen, „tragen die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten unter Berücksichtigung von § 26 Abs 1 Z 3 KAKuG dazu bei, schwerwiegende Folgen in der medizinischen Versorgung für die Bevölkerung zu vermeiden.“⁴⁷ Die landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten tragen damit, als **subsidiäre Versorgung** iSd KAKuG, zur Sicherung der Sachleistungsansprüche bei.

In § 29 Abs 8 G-ZG wird zur Abgeltung von Mehrleistungen die Möglichkeit zum Abschluss eines Vertrags zwischen dem zuständigen Landesgesundheitsfonds und der ÖGK normiert, wobei in Satz 2 zweiter Teilsatz ein Zahlungslimit der ÖGK festgehalten wird.

Die ÖGK hat daher maximal im Ausmaß der vergleichbaren ersparten Aufwendungen für ärztliche Hilfe zu leisten. Maßstab hierfür sind die diesbezüglich getätigten Aufwendungen des zuletzt gekündigten Gesamtvertrages. Diese Kostenrückerstattung soll jedoch nur als **ultima ratio** zum Schutz der

⁴⁷ Vgl Stöger in Mosler/Müller/Pfeil (Hrsg), Der SV-Komm (2020) § 23 ASVG Rz 13.

Versicherten schlagend werden und hat nicht den Zweck, die ÖGK von der Pflicht zur Sachleistungsvorsorge zu entbinden.⁴⁸

3. Erwartete Auswirkungen der Kassenfusion

Die Ziele und Überlegungen der Bundesregierung zur geplanten Kassenfusion wurden oben bereits dargestellt. Im Folgenden wird analysiert, welche Auswirkungen die mit dem SV-OG tatsächlich umgesetzte Strukturreform erwarten lässt; und zwar mit Blick auf die Versicherten, die Vertragspartner und die Kosten.

3.1. Auf die Versicherten

In den Erläuterungen zum SV-OG wird zur Leistungsharmonisierung auf eine bereits erwähnte Studie der London School of Economics⁴⁹ Bezug genommen.⁵⁰ Thema der Studie und in weiterer Folge Ziel der dann umgesetzten Reform war es, bei gleichen Beiträgen, gleiche Leistungen zu garantieren. Erreicht werden sollte die Finanzierung einer solchen Leistungsharmonisierung unter anderem durch einen Risikostrukturausgleich unter Einbeziehung der Beamten und Selbstständigen.⁵¹

Unter einem **Risikostrukturausgleich** versteht man Maßnahmen, die bestimmte Strukturunterschiede bei den Krankenversicherungsträgern (zB unterschiedliche Altersverteilung und damit unterschiedliche Krankheitskosten pro versicherte Person, unterschiedliche Einkommensverhältnisse und damit unterschiedliche Beitragsgrundlagen pro Person, unterschiedliches Krankheitsrisiko usw) ausgleichen sollen. Ein solcher Risikostrukturausgleich könnte – unter Beachtung verfassungsrechtlicher Schranken – erfolgen, indem eigenständige Krankenversicherungsträger zusammengelegt werden oder indem es zu einer Umschichtung von Finanzmitteln zwischen strukturbegünstigten und strukturschwachen Trägern kommt.⁵²

⁴⁸ Vgl *Stöger* in *Der SV-Komm* (2020) § 23 ASVG Rz 13.

⁴⁹ *Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System* (2017), LSE-Studie.

⁵⁰ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 1.

⁵¹ Vgl *Panhözl*, *DRdA-infas* 2019, 100 (101).

⁵² Vgl *Pfeil*, *Rechtsprobleme bei Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz der österreichischen Sozialversicherung*, *SozSi* 2017, 447 (461).

Ein solcher Risikostrukturausgleich zwischen ÖGK, BVAEB und SVS wurde nicht eingerichtet. Eine Angleichung von Leistungen zwischen den verbliebenen drei Krankenversicherungsträgern ist auch nicht Gegenstand der Fusion. Für die Versicherten der ÖGK kann es somit nur zu einer Harmonisierung des Leistungsniveaus im Vergleich zum Niveau der früheren Gebietskrankenkassen kommen.

3.2. Auf die Vertragspartner

Mit 1.1.2020 sind gem § 718 Abs 6 ASVG alle Gesamtverträge und Einzelverträge der früheren Gebietskrankenkassen auf die ÖGK mit Sitz in Wien, als sachlich zuständigem Krankenversicherungsträger, übergegangen. Diese Verträge bleiben so lange in Geltung, bis es zu einem neuerlichen Vertragsabschluss kommt. Für die Vertragspartner der ÖGK in den Bundesländern (wie zB die Vertragsärzt*innen) gelten damit unterschiedliche Verträge; und zwar sowohl hinsichtlich der Vertragsbestimmungen als auch hinsichtlich der Honorare. Es ist verständlich, dass sich die Vertragspartner eine Angleichung der Verträge „nach oben“⁵³ erwarten und diesbezüglich Druck auf die ÖGK ausüben.

Die ÖGK hat als zentraler Versicherungsträger die Aufgabe, die Verträge bundesweit zu harmonisieren, kann sich aber mit den zur Verfügung stehenden Finanzmitteln, die sich durch die Fusion in Summe nicht verändert haben, keine Vereinheitlichung auf dem höchsten Niveau leisten.

Der Gesetzgeber war sich dieses Spannungsfeldes durchaus bewusst und nahm unterschiedliche Verträge der ÖGK mit ein und derselben Vertragspartnergruppe zumindest vorläufig in Kauf. Längerfristig wird es aber zum Abschluss einheitlicher Verträge kommen müssen.

3.3. Auf die Kosten

Durch die Fusion von neun Gebietskrankenkassen zur ÖGK könnten aufgrund von Synergieeffekten längerfristig Kostenreduktionen erwartet werden. Allerdings verweisen Kritiker der Reform darauf, dass bei vergleichbaren Fusionen der KV in Deutschland die Verwaltungskosten des Versicherungsträgers ab einer gewissen Größe um mehr als 5% gestiegen sind.⁵⁴ Kurzfristig ist bei so einer Fusion

⁵³ Also beste Rahmenbedingungen und höchste Honorare.

⁵⁴ Vgl *Panhözl*, DRdA-InfA 2019, 100 (102).

jedenfalls mit einem Kostenanstieg zu rechnen, weil neben dem zunächst unverändert weiterlaufenden Tagesgeschäft auch der erhebliche Fusionsaufwand und die Arbeiten zur Harmonisierung im Leistungs- und Vertragspartnerbereich zu berücksichtigen sind.⁵⁵

IV. Veränderung der Leistungsansprüche für die Versicherten und ihre Angehörigen

Im Folgenden wird dargestellt, inwieweit es durch die Fusion bzw in Folge der Fusion tatsächlich zu einer Veränderung der Leistungsansprüche bei den Anspruchsberechtigten der ÖGK gekommen ist. Um diesbezüglich objektive Anhaltspunkte zu liefern, wurden die ehemaligen und jetzigen Satzungen, Krankenordnungen sowie das Vertragspartnerrecht miteinander verglichen und analysiert.

1. Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Mindestleistungen

Mit Einführung des SV-OG wurden die bisherigen Leistungsarten der gesetzlichen KV nicht geändert. In § 121 Abs 1 ASVG werden daher weiterhin die Leistungen der KV in Form von Pflichtleistungen, und zwar als gesetzliche Mindestleistungen oder als satzungsmäßige Mehrleistungen, und als freiwillige Leistungen festgeschrieben.

Gem § 121 Abs 3 ASVG kann der Versicherungsträger, das ist aber jetzt die ÖGK anstelle der früheren Gebietskrankenkassen, weiterhin – unter Berücksichtigung seiner finanziellen Leistungsfähigkeit und des wirtschaftlichen Bedürfnisses der Versicherten – innerhalb der gesetzlichen Grenzen satzungsmäßig vorsehen, über die Mindestleistungen hinaus Mehrleistungen zu erbringen. Bei Vorliegen einer solchen Vorschrift bildet dies die Rechtsgrundlage der satzungsmäßigen Mehrleistungen.⁵⁶

Als gesetzliche Mindestleistung der KV werden im Leistungskatalog des § 117 ASVG weiterhin ua die folgenden Leistungen erbracht. Zur Früherkennung von Krankheiten: Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen (§§ 132 a und 132 b), aus dem Versicherungsfall der Krankheit: Krankenbehandlung (§§ 133 bis 137),

⁵⁵ Vgl *Schneider/Haigner/Jenewein*, Fusion regionaler Gebietskrankenkassen, Zeitschrift für Gesundheitspolitik 2018, 11 (12).

⁵⁶ Vgl *Windisch-Graetz* in *Der SV-Komm* (2016) § 121 ASVG Rz 1.

erforderlichenfalls medizinische Hauskrankenpflege (§ 151) oder Anstaltspflege (§§ 144 bis 150), aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit oder der geminderten Arbeitsfähigkeit: Krankengeld (§§ 138 bis 143) oder Rehabilitationsgeld (§ 143 a).

Eine Veränderung der gesetzlichen Mindestleistungen durch Erlassung des SV-OG trat somit nicht ein. Die Problematik der Vereinheitlichung stellt sich hier im Bereich der Vollziehung, wo die ÖGK im Sinne einer Gleichbehandlung ihrer Versicherten und Angehörigen zB die früher völlig unterschiedlichen Antragstellungen (18.800 verschiedene Formulare) und Ermittlungen von Tatbeständen zu harmonisieren hat.⁵⁷

2. Veränderungen im Bereich der Satzung

2.1 Neue Satzung der ÖGK

Wie oben ausgeführt hatte jede der neun Gebietskrankenkassen vor der Fusion eine eigene Satzung in Geltung. Der ÖGK wurde im Übergangsrecht des SV-OG gem § 718 Abs 11 ASVG die Aufgabe erteilt, bis 31.12.2020 eine neue Satzung zu erlassen. Diese tritt dann an die Stelle der bisherigen Satzungen der Gebietskrankenkassen, welche jedoch bis zu deren Erlassung im jeweiligen Bundesland weiter in Geltung stehen.

Der im April 2019 eingesetzte **Überleitungsausschuss** hatte sich dieser Aufgabe bereits zuvor angenommen und eine Satzung mit Geltung ab 1.1.2020 bis 31.3.2020 erlassen. Die seit Jänner 2020 agierende Hauptversammlung als zuständiges Organ gem § 433 Abs 1 Z 4 ASVG beschloss die „endgültige“ Satzung (avsv Nr 34/2020) dann am 28.01.2020. Diese trat – rückwirkend mit 1.1.2020 – an die Stelle der vom Überleitungsausschuss beschlossenen Satzung (avsv Nr 186/2019). Die gem § 455 Abs 1 ASVG erforderliche Genehmigung der neuen Satzung durch den zuständigen Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erfolgte mit Bescheid vom 21.2.2020.

⁵⁷ Vgl *Weißensteiner/Burger*, DRdA-InfAS 2020, 57 (59).

2.2 Wesentliche Leistungsharmonisierungen in der Satzung

Vorweg kann festgehalten werden, dass sich das Leistungsniveau durch die neue Satzung der ÖGK gegenüber den Satzungen der Gebietskrankenkassen insgesamt erheblich verbessert hat. Fast alle betraglichen Harmonisierungen der Leistungsangebote erfolgten auf das Niveau der bis dahin höchsten Beträge der ehemaligen Gebietskrankenkassen. Sonstige Angleichungen orientierten sich an den bisher für die Versicherten besten Bedingungen.

Im Folgenden werden stellvertretend einige der wichtigsten Leistungsverbesserungen näher ausgeführt.

2.2.1 Satzungsmäßiges Krankengeld

Besonders hervorzuheben ist im Hinblick auf die Leistungsharmonisierung das Krankengeld. Grundsätzlich besteht der Anspruch auf Krankengeld für ein und denselben Versicherungsfall gem § 139 Abs 1 ASVG für eine Mindestdauer von bis zu 26 Wochen. War der Anspruchsberechtigte innerhalb der letzten zwölf Monate vor Eintritt des Versicherungsfalles mindestens sechs Monate in der KV versichert, erhöht sich der Anspruch gem Abs 1 letzter Satz auf eine Dauer von bis zu 52 Wochen.

Vor der Fusion bestand gem § 139 Abs 2 ASVG die Möglichkeit, durch die Satzung den Anspruch auf 78 Wochen zu verlängern. Dieser Rahmen wurde ausschließlich von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse in § 29 ihrer Satzung ausgeschöpft.⁵⁸

Nach der neuen Satzung der ÖGK leistet diese gem § 29 Abs 3 für alle Versicherten bei ein und demselben Versicherungsfall Krankengeld im Einzelfall über die Dauer von 52 Wochen hinaus für bis zu 78 Wochen, *„wenn aufgrund einer ärztlichen Begutachtung durch den medizinischen Dienst das Erreichen der Arbeitsfähigkeit des/der Versicherten bzw dessen/deren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess innerhalb dieses Zeitraumes zu erwarten sein wird. Diese ärztliche Begutachtung durch den medizinischen Dienst erfolgt spätestens in der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezuges.“*

⁵⁸ Vgl Gleitsmann/Graf-Schimek in Brameshuber/Friedrich/Karl (Hrsg), Die neue Struktur in der Sozialversicherung nach dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, in FS Marhold (2020) 287 (294).

Die neue Satzung der ÖGK hat somit die Dauer des Krankengeldbezuges auf das höchste Gebietskrankenkassen-Niveau angepasst.

Hinsichtlich der Umsetzung der zitierten Bestimmung des § 29 Abs 3 der ÖGK-Satzung stellt sich allerdings die (nicht bloß theoretische) Frage, wie Versicherte Anspruch auf über 52 Wochen hinausgehendes Krankengeld erhalten sollen, wenn das Erreichen der Arbeitsfähigkeit nach dem normierten Zeitraum festgestellt wird. Nach dem Wortlaut des § 29 Abs 3 der Satzung wäre nämlich nach dem Zeitraum der 40. bis 44. Woche des Krankengeldbezuges eine Krankengeldverlängerung nicht mehr möglich.⁵⁹ Wird der Versicherte also beispielsweise in der 48. Woche aus demselben Versicherungsfall heraus nochmals operiert und wird ihm darauffolgend ein Erreichen der Arbeitsfähigkeit innerhalb von 10 Wochen prognostiziert, würde der Versicherte keinen Anspruch auf Erhalt des Krankengeldes für 58 Wochen haben, sondern nur für die vorgesehene Dauer von 52 Wochen. Für den restlichen Zeitraum von sechs Wochen würde der Versicherte somit keinen Anspruch auf das Einkommenersetzende Krankengeld erhalten, womit dieser zur Sicherung der Existenz einen Antrag auf Arbeitslosengeld zu beantragen hätte.⁶⁰

2.2.2 Satzungsmäßige Höchstgrenzen für Heilbehelfe und Hilfsmittel

Ebenfalls eine Anpassung „nach oben“ erfolgte bei der satzungsmäßigen Festlegung von Höchstgrenzen bei den Heilbehelfen gem § 137 ASVG (Brillen, orthopädische Schuheinlagen, Bruchbänder etc) und den Hilfsmitteln gem § 154 ASVG (Hörgeräte⁶¹, Badelifter⁶² etc.). Für beide Leistungen darf das Ausmaß der vom Versicherungsträger zu übernehmenden Kosten einen durch die Satzung festzusetzenden Höchstbetrag nicht übersteigen (§§ 137 Abs 5 und 154 Abs 1 ASVG).

Während in den Satzungen der Gebietskrankenkassen eine **Zuschusshöchstgrenze** von € 537,- bis € 1.432,- normiert war, wurde diese durch die Satzung der ÖGK (§§ 28 und 43) für das Jahr 2020 bundesweit auf € 1.432,- angehoben und somit für das Jahr 2021 auf € 1480,-. Diese Höchstgrenze für

⁵⁹ Arg „spätestens“.

⁶⁰ Vgl *Weißensteiner/Burger*, DRdA-InfAS 2020, 57 (59).

⁶¹ Vgl OGH 4 Ob 4/95 SSV-NF 14/60.

⁶² Vgl OGH 10 Ob S 9/94 SVSlg 40.133.

Zuschüsse entspricht dem Achtfachen der täglichen Höchstbeitragsgrundlage, welche sich für das Jahr 2021 gem § 108 ASVG auf € 185,- beläuft.

Die höchstmöglichen Zuschüsse für Heilbehelfe und Hilfsmittel, auf welche die Versicherten der ÖGK einen durchsetzbaren Rechtsanspruch haben, wurden also durch die neue Satzung für die Versicherten in manchen Bundesländern **vervielfacht**.

2.2.3 Satzungsmäßige Kostenzuschüsse im Bereich Zahnbehandlung und Zahnersatz

Gem § 153 Abs 1 ASVG ist Zahnbehandlung nach Maßgabe der Bestimmungen der Satzung zu gewähren. Der unentbehrliche Zahnersatz kann nach Abs 2 leg cit unter Kostenbeteiligung des Versicherten gewährt werden, wobei an Stelle der Sachleistung auch Zuschüsse zu den Kosten eines Zahnersatzes geleistet werden können. Abs 2 letzter Satz normiert, dass das Nähere durch die Satzung des Versicherungsträgers bestimmt wird.

Aufgrund der neuen Satzung der ÖGK gibt es auch in diesem Bereich zahlreiche Leistungsverbesserungen für die Versicherten.

Neu geregelt wurde zB in Anhang 2 Teil A Z 5 lit a der Kostenzuschuss für **Parodontale Initialtherapie** zur Vor- oder Akutbehandlung einer Zahnfleischerkrankung für bis zu fünf Zähne auf Basis des § 32 Abs 2 der Satzung. Dieser Zuschuss wird nunmehr bundesweit im Ausmaß von € 54,- gewährt, was bisher nur in den Satzungen der Steiermärkischen und Vorarlberger Gebietskrankenkassen vorgesehen war; in den übrigen Bundesländern gab es für diese Leistungen keine satzungsmäßigen Zuschüsse.

Weiters kommt es in Anhang 2 Teil A Z 4 der Satzung zu der Festlegung eines Kostenzuschusses für **Digitale Volumentomographie** in der Höhe von € 27,-. Für die Versicherten der ehemaligen Salzburger Gebietskrankenkasse kommt es hier zwar zu einer Verringerung des Betrages, da diese als einzige Gebietskrankenkasse in der Satzung einen Zuschuss von € 50,- vorsah. Alle anderen Versicherten erhalten für diese Behandlung durch die bundesweite Festlegung jedoch einen völlig neuen Leistungsanspruch, weil ihre Gebietskrankenkassen solche Kostenzuschüsse in den Satzungen nicht geregelt hatten.

Für **Festsitzenden Zahnersatz** in medizinischen Sonderfällen auf Basis des § 35 Abs 5 der Satzung leistet die ÖGK nun einheitlich gem Anhang 2 Teil B Z 2 und 4 einen Kostenzuschuss; und zwar in der Höhe von € 300,- für eine „Keramikfacettierte Krone im sichtbaren Bereich“ und einen Zuschuss von € 450,- für Zahnimplantate. Ein Zuschuss in dieser Höhe wurde bisher nur von der Vorarlberger Gebietskrankenkasse vorgesehen, während alle anderen Gebietskrankenkassen für Keramikfacettierte Kronen einen Zuschuss von € 156,25 bzw Wiener Gebietskrankenkasse € 159,88 und für Implantate in den meisten Fällen € 156,25 (Salzburger Gebietskrankenkasse € 305,-) normierten.

Schließlich wurde für „**kleine kieferorthopädische Behelfe**“ gem § 33 Abs 3 der Satzung“ fast eine Verdoppelung der Kostenzuschüsse in Anhang 5 Z 1 festgelegt. Während in den Satzungen aller Gebietskrankenkassen für diese kieferorthopädischen Behelfe (Schiefe Ebene, Platzhalter pro Kiefer, Mundvorhofplatte etc) ein Kostenzuschuss in Höhe von € 49,05 normiert war, wird nun von der ÖGK ein Zuschuss von € 97,02 geleistet.

2.2.4 Satzungsmäßige Senkung der Grenzwerte für die Erstattung von Reise(Fahrt)kosten

Ebenfalls eine merkbare Verbesserung zu Gunsten der Versicherten und ihrer Angehörigen findet sich bei den Reise(Fahrt)kosten, welche gem § 46 Abs 1 der Satzung zB im Zusammenhang mit der notwendigen Inanspruchnahme von vertragsärztlicher Hilfe (oder der ärztlichen Hilfe gleichgestellter Leistungen) nach § 135 Abs 4 ASVG, im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlung und Zahnersatz nach § 153 Abs 5 ASVG oder auch im Zusammenhang mit medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation nach § 154a Abs 2 ASVG entstehen und von der ÖGK unter den in der Satzung definierten Voraussetzungen ersetzt werden.

Dieser pauschale Reise(Fahrt)kostenersatz in Höhe von € 6,- (bzw € 9,- mit Begleitperson) wurde bisher von jeder der neun Gebietskrankenkasse ab einer Fahrtstrecke von 40 bis 60 Kilometern geleistet. Bei Fahrtstrecken von mehr als 60 Kilometern erfolgte die Rückerstattung auf Basis der im konkreten Fall ermittelten Entfernung zwischen Wohnung und nächstgelegener geeigneter Behandlungsstelle mit einem in der Satzung geregelten Kilometersatz.

In der Satzung der ÖGK wurden diese Grenzwerte einheitlich so geändert, dass der pauschale Ersatz für Reise(Fahrt)kosten bereits bei einer Entfernung von 20 bis 50 Kilometern und der Kilometersatz bereits ab 50 Kilometern anfällt. Dies bewirkt für die Versicherten und ihre Angehörigen in Summe höhere Kostenersätze.

3. Veränderungen im Bereich der freiwilligen Leistungen

Die Gewährung von freiwilligen Leistungen ist in vielen Bestimmungen des ASVG normiert; dies zB für satzungsmäßige Zuschüsse für die Anschaffung notwendiger Hilfsmittel bei körperlichen Gebrechen gem § 154 ASVG, Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit gem § 155 ASVG und Maßnahmen der Krankheitsverhütung gem § 156 ASVG und für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation in der KV gem § 154a ASVG.

3.1 Gerichtliche Rechtskontrolle

Auch wenn auf freiwillige Leistungen kein Rechtsanspruch besteht, agieren die Krankenversicherungsträger bei ihrer Gewährung oder Nicht-Gewährung trotzdem mit Hoheitsgewalt. Sie sind somit nach jüngerer Rechtsprechung an den Gleichheitssatz und das Willkürverbot gebunden, was auch eine gerichtliche Rechtskontrolle der Entscheidung notwendig macht.⁶³ Diese Rechtskontrolle erfolgt nach mittlerweile gefestigter Rechtsprechung dahingehend, dass der Sozialversicherungsträger – auf Antrag des Versicherten (§ 367 Abs 1 Z 2 ASVG) – über die (teilweise) Ablehnung einer freiwilligen Leistung bescheidmäßig zu entscheiden hat. Dieser Bescheid kann dann gem § 65 Abs 1 Z 1 iVm § 67 Abs 1 ASGG beim Arbeits- und Sozialgericht bekämpft werden.⁶⁴ Das Gericht hat daraufhin die gesetzmäßige Ermessensausübung zu prüfen, darf allerdings eine zulässige Ermessensentscheidung des Sozialversicherungsträgers nicht durch eine andere ersetzen.⁶⁵

Die gerichtliche Überprüfung bezieht sich nach der Fusion natürlich auf die Sachlichkeit und Gleichheit der **bundesweiten Ermessensausübung** durch die ÖGK und nicht mehr auf die bundesländerspezifischen Gegebenheiten.⁶⁶

⁶³ Vgl OGH 10 Ob S 10/04z SSV-NF 18/67.

⁶⁴ Vgl *Stöger*, Leistungsklage gegen Ermessensbescheide bei freiwilligen Leistungen, DRdA 2012, 48 (51).

⁶⁵ Vgl *Schober* in *Sonntag* (Hrsg), ASVG⁵ (2014) § 121 Rz 11.

⁶⁶ Vgl *Weißensteiner/Burger*, DRdA-InfA 2020, 57 (60).

3.2 Richtlinien der Österreichischen Gesundheitskasse betreffend Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) und Maßnahmen der Krankheitsverhütung (§ 156 ASVG)

Zur Vereinheitlichung der freiwilligen Leistungen im Bereich der „Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (§ 155 ASVG) und der Krankheitsverhütung“ (§ 156 ASVG) wurde vom Verwaltungsrat der ÖGK eine eigene Richtlinie erlassen. Diese Richtlinie trat gem §§ 24 f mit 1.1.2020 in Kraft und ersetzt die bisher geltenden Richtlinien der Gebietskrankenkassen zur „Gewährung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit und der Krankheitsverhütung“.

Die Richtlinie gilt für alle Fälle mit Antragstellung ab 1.1.2020 und für Maßnahmen, die bis zum 31.12.2019 beantragt, aber noch nicht entschieden wurden, sofern die Bestimmungen dieser Richtlinie für Versicherte bzw ihre Angehörigen günstiger sind als die zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw der Bewilligung geltenden Richtlinien der Gebietskrankenkassen. Auch hier normiert die ÖGK somit ein **Günstigkeitsprinzip** für die Versicherten, sodass es in Summe zu Leistungsverbesserungen kommt.

Kurz zusammengefasst bringen die neuen Richtlinien den Versicherten der ÖGK folgende Verbesserungen:

Als **Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit** nach § 155 ASVG kommen gem § 4 die in den §§ 5 bis 10 der Richtlinie normierten Leistungen in Betracht. Darin werden ua Genesungsaufenthalte (§ 5), Erholungsaufenthalte für Eltern mit Kleinkindern (§ 6), Landaufenthalte (§ 9) und Heilverfahren in Kuranstalten (§ 10) geregelt. Diese freiwilligen Leistungen wurden vor der Fusion von sechs Gebietskrankenkassen nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit erbracht. Die Tiroler, Kärntner und Wiener Gebietskrankenkassen haben diese bis zum 31.12.2019 nicht angeboten. Durch die Richtlinie wird daher ein bundesweit einheitliches Angebot freiwilliger Leistungen im Bereich der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit sichergestellt.

Ebenfalls positiv zu sehen ist die Schaffung **einheitlicher Kostenzuschüsse für Kur-, Genesungs-, Erholungs- und Landaufenthalte für Kinder und Jugendliche** gem § 12 Abs 1 und 2 der Richtlinie. Hier kommt es – wie ein Vergleich mit den früheren Regelungen zeigt – zu einer Harmonisierung auf dem

jeweils höchsten Niveau der Gebietskrankenkassen wie folgt: Kostenzuschüsse in Höhe von € 60,- bei speziellen schweren Krankheitsbildern, in Höhe von € 40,- bei Adipositas-bedingten Aufenthalten und in Höhe von € 28,- bei sonstigen bewilligten Aufenthalten.

Anstelle der Leistung eines Heilverfahrens in einer eigenen Einrichtung oder in einer Vertragseinrichtung kann gem § 13 der Richtlinie für **Eltern-Kind-Kuraufenthalte** „*ein Kostenzuschuss pro Kalendertag des Aufenthalts in Höhe von € 50,- pauschal für alle teilnehmenden Personen gewährt werden*“. Auch dieser Betrag ist höher als er bei den Gebietskrankenkassen war.

Weiters wird in § 23 der zitierten Richtlinien die bundesweite Fortführung und Weitergeltung der bisher bestehenden Angebote an **Maßnahmen der Krankheitsverhütung** nach § 156 ASVG angeordnet. Hier wurden ebenfalls **einheitliche Kostenzuschüsse** auf dem bisher „höchsten Niveau“ geschaffen. Für einen Aufenthalt für Alzheimererkrankte Versicherte (und ihre Angehörigen) sowie deren Begleitperson, der über den Verein MAS - Morbus Alzheimer Syndrom stattfindet, wird in § 23 Abs 1 Z 1 ein Zuschuss in Höhe von jeweils € 25,- pro Tag für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr normiert. In Z 2 leg cit wird bei Inanspruchnahme eines Asthmaverhaltenstrainings für die ersten drei Sitzungen ein Zuschuss in Höhe von jeweils € 28,- und € 15,- Euro für jede weitere Sitzung normiert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es auch im Bereich der **freiwilligen Leistungen** durch die Erlassung der dargestellten Richtlinie zu einheitlichen Vorgaben und zu maßgeblichen Verbesserungen für die Versicherten der ÖGK und ihre Angehörigen kommt.

4. Veränderungen im Bereich der Krankenordnung

4.1 Neue Krankenordnung der ÖGK

Ebenso wie bei der Satzung war gem § 718 Abs 11 ASVG bis spätestens 31.12.2020 eine bundeseinheitliche Krankenordnung durch die ÖGK zu erlassen. Diese gilt für alle Versicherten und ihre Angehörigen und regelt gem § 456 Abs 1 ASVG – wie früher – die Pflichten der Anspruchsberechtigten im Leistungsfall, das Verfahren bei Inanspruchnahme von Leistungen und die Kontrolle der Kranken.

Während also die Satzung den Leistungskatalog der Versicherten erweitern kann, ist dies durch die Krankenordnung nach der Rechtsprechung des VfGH nicht zulässig.⁶⁷ Die Regelung des Leistungsumfangs ist daher dem Gesetz und der Satzung vorbehalten, während die Krankenordnung, deren Adressatenkreis die Versicherten und Leistungsempfänger sind, „lediglich“ die Bedingungen für den Erhalt der Leistung ausführlicher gestaltet.⁶⁸

Die Krankenordnung der ÖGK wurde von der Hauptversammlung am 25.6.2020 beschlossen und trat an die Stelle der vom Überleitungsausschuss am 17.12.2019 erlassenen Krankenordnung (avsv Nr 187/2019). Die neue Krankenordnung trat mit 1.7.2020 in Kraft und wurde am 26.6.2020 vom Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege, und Konsumentenschutz mit Bescheid genehmigt.

Die Krankenordnung ist ebenso wie die Satzung eine generelle Rechtsvorschrift auf Ebene einer Verordnung iSd Art 139 B-VG.⁶⁹

4.2 Auswirkungen auf die Versicherten

Auch im Bereich der Krankenordnung kommt es durch die Fusion durchwegs zu Verbesserungen für die Versicherten bzw ihre Angehörigen. Im Folgenden sind beispielhaft einige Harmonisierungen „nach oben“ angeführt.

Die **Gültigkeit von Verordnungsscheinen für Heilbehelfe und Hilfsmittel** wurde gem §§ 30 und 31 der ÖGK- Krankenordnung auf 30 Tage ab dem Ausstellungstag – bzw ab dem Tag einer späteren Bewilligung – verlängert. Zuvor war die Dauer der Gültigkeit bei den meisten Gebietskrankenkassen mit 14 Tagen festgelegt.⁷⁰ Die neue Regelung gibt den Versicherten mehr Zeit zur Einlösung des Verordnungsscheins.

Ebenfalls zu Gunsten der Versicherten **entfällt** gem § 66 Abs 7 der Krankenordnung die **ärztliche Bewilligungspflicht** für Leistungen der **Computertomographie und Kernspintomographie**. Ein solcher Entfall der Bewilligungspflicht führt jedenfalls in den Bundesländern Wien, Oberösterreich und Vorarlberg zu Erleichterungen bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen,

⁶⁷ Vgl VfGH G 322/91, V 301,302/91 SVSlg 39.175.

⁶⁸ Vgl Brenneis in Der SV-Komm (2012) § 456 ASVG Rz 4.

⁶⁹ Vgl VfGH V 1/59 VfSlg 3586.

⁷⁰ So in den Krankenordnungen der Wiener, der Niederösterreichischen, der Oberösterreichischen, der Steiermärkischen, der Kärntner und der Tiroler Gebietskrankenkasse.

weil es dort aufgrund der früheren Krankenordnungen jedenfalls eine Bewilligungspflicht gab. In anderen Bundesländern gab es diverse Bedingungen, unter denen die Bewilligungspflicht schon ausgesetzt war.

Im § 32 Abs 1 der neuen Krankenordnung der ÖGK wird die **Mindestgebrauchsdauer** für dort dezidiert angeführte **Heilbehelfe und Hilfsmittel** bundeseinheitlich festgelegt. Auch hier wurde – wie ein Vergleich mit den früheren unterschiedlichen Krankenordnungen zeigt – die Mindestgebrauchsdauer grundsätzlich auf das für die Versicherten günstigste Ausmaß reduziert. Je niedriger die Mindestgebrauchsdauer desto günstiger für den Anspruchsberechtigten: Vor Ablauf der im Abs 1 festgesetzten Gebrauchsdauer wird nämlich gem Abs 2 der gleiche Heilbehelf oder das gleiche Hilfsmittel nur geleistet, wenn dies aus besonderen Gründen und ohne ein Verschulden des Leistungswerbers/der Leistungswerberin notwendig geworden ist.

5. Veränderungen der Leistungsansprüche durch das Vertragspartnersystem

Wie oben bereits ausgeführt, wird das dem ASVG immanente „**Sachleistungsprinzip**“ insbesondere dadurch erfüllt, dass mit den Gesundheitsdienstleistern (wie zB den freiberuflich tätigen Ärzt*innen und Zahnärzt*innen, den Physiotherapeut*innen, den Ergotherapeut*innen, den Logopäd*innen usw) Verträge abgeschlossen werden.⁷¹

Diese Verträge normieren, welche Leistungen die Vertragspartner den Versicherten und ihren Angehörigen auf Kosten des Versicherungsträgers, zu dem sie in einem Vertragsverhältnis stehen, zu erbringen haben. Nach einer „*mittlerweile ständigen, aber unzutreffenden Judikatur*“ sind ärztliche Leistungen, auf welche der Versicherte gegenüber seinem Krankenversicherungsträger einen gesetzlichen Anspruch hat, für die aber im Vertrag keine Honorarposition vorgesehen ist, auch von einem Vertragsarzt direkt mit dem Patienten⁷² zu verrechnen (sog **kassenfreier Raum**).⁷³ Je größer dieser kassenfreie Raum in einem konkreten Vertrag ist, desto ungünstiger ist die Situation für die Versicherten, die solche vom Vertrag nicht geregelte Leistungen privat zu bezahlen haben.

⁷¹ Vgl Mosler in Mosler/Grillberger, Ärztliches Vertragspartnerrecht 15f.

⁷² Also nicht mit dem Krankenversicherungsträger.

⁷³ Vgl Grillberger in Mosler/Grillberger, Ärztliches Vertragspartnerrecht 238f.

Die Honorarordnungen von Verträgen mit Gesundheitsdienstanbietern beeinflussen die Leistungsansprüche der Versicherten aber auch deswegen, weil nach § 131 Abs 1 ASVG den Anspruchsberechtigten, welche die Krankenbehandlung nicht bei Vertragspartnern in Anspruch nehmen, eine **Kostenerstattung** in Höhe von 80 % des Betrages gebührt, der bei Inanspruchnahme des entsprechenden Vertragspartners vom Versicherungsträger aufzuwenden gewesen wäre.

Für die **Berechnung der Kostenerstattung** ist nach § 23 Abs 1 Z 2 der Satzung der ÖGK auf die *„bestehenden (regionalen) vertraglichen Regelungen“* abzustellen, *„solange diese nach § 718 Abs 6 ASVG weiterhin in Geltung stehen.“* Die anzuwendenden vertraglichen Regelungen ergeben sich grundsätzlich *„nach dem Beschäftigungsort des/der Versicherten bzw in Ermangelung eines solchen nach dem Wohnsitz bzw Aufenthaltsort des/der Leistungsberechtigten. Die anzuwenden (gesamt)vertraglichen Regelungen nach Z 2 sind auf der Homepage der Österreichischen Gesundheitskasse veröffentlicht.“*

Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, ob es infolge der Fusion zu Vertragsabschlüssen oder Vertragsänderungen kommt, welche zu Veränderungen der Leistungsansprüche für die Versicherten führen.

5.1 Übergang der Verträge auf die ÖGK

An sich findet sich im § 538t Abs 2 ASVG eine **Gesamtrechtsnachfolge der ÖGK** für alle Rechte und Verbindlichkeiten der früheren Gebietskrankenkassen. Trotzdem normierte der Gesetzgeber zusätzlich die Vertragsübernahme in den jeweiligen SV-Gesetzen, um diese mit *leges speciales* näher auszuformulieren.⁷⁴

Konkret wurden die Vertragsübernahmen der ÖGK im § 718 Abs 6 ASVG näher geregelt, wo es im Satz 1 heißt: *„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 Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und anderen Vertragspartner*innen zur Erbringung der Leistungen der*

⁷⁴ Vgl Resch, Das besondere Übergangsrecht für Gesamtverträge nach dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, RdM 2019, 164 (164).

Krankenversicherung gelten bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die Österreichische Gesundheitskasse weiter.“

Mit 1.1.2020 sind somit alle Gesamtverträge und auch Einzelverträge der früheren Gebietskrankenkassen auf die ÖGK mit Sitz in Wien, als sachlich zuständigem Krankenversicherungsträger, übergegangen. Diese Verträge bleiben so lange in Geltung, bis es zu einem neuerlichen Vertragsabschluss kommt.⁷⁵

Die Ausverhandlung und der Abschluss eines Ärzte-Gesamtvertrages auf Bundesebene erfolgt nun direkt durch die ÖGK⁷⁶ mit der ÖÄK⁷⁷, während der Gesamtvertrag für Primärversorgungseinheiten gem § 342b Abs 1 ASVG vom DV abgeschlossen wird.⁷⁸

In § 718 Abs 6 Satz 2 ASVG wird zudem Folgendes geregelt: *„Die gesetzlichen Kündigungs- und Erlöschenstatbestände mit Ausnahme der §§ 342c Abs 4 Z 1 und 2 sowie 343 Abs 2 Z 1 und 2 bleiben von diesem Rechtsübergang unberührt.“*

Diese Gesetzesstelle weist somit explizit auf die Weitergeltung der gesetzlichen Kündigungs- und Erlöschenstatbestände hin, aber mit Ausnahme jener, die bei Erlöschung der Krankenversicherungsträger oder bei der Einschränkung ihrer örtlichen oder sachlichen Zuständigkeit eintreten. Dies wurde vom Gesetzgeber so formuliert, um die *„Kontinuität in der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten“*.⁷⁹

Es soll somit ein vertragsloser Zustand⁸⁰, was in weiterer Folge zu einem Verlust des Sachleistungsanspruches für die Versicherten mit Kostenerstattung nach § 131a ASVG führen würde, verhindert werden.⁸¹

5.2 Abänderung von bestehenden Ärztegesamtverträgen

Wie oben bereits ausgeführt, ist gem § 341 Abs 1 ASVG von der ÖGK mit der ÖÄK ein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag abzuschließen, während mit den örtlich zuständigen Ärztekammern gem § 342 Abs 2b ASVG

⁷⁵ Vgl *Gleitsmann/Kircher*, Jahrbuch Sozialversicherungsrecht 2019, 51 (56).

⁷⁶ Und nicht durch den DV der Sozialversicherungsträger.

⁷⁷ Siehe Kapitel III. 2.3.

⁷⁸ Vgl *Resch*, ZAS 2019, 4 (5).

⁷⁹ Vgl ErläutRV 329 BlgNR 26. GP 14.

⁸⁰ Siehe dazu oben den Exkurs „Versorgungsübernahme bei Vertragslosem Zustand“.

⁸¹ Vgl *Ludwan* in *Poperl/Trauner/Weißböck* (Hrsg), Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (2020) § 342 ASVG 4.

Honorarvereinbarungen abzuschließen sind, welche einerseits die Honorierung und andererseits den Stellenplan regeln.

Es stellt sich nun die Frage, ob und wie bzw von wem die von den Gebietskrankenkassen auf die ÖGK übergegangenen Ärztegesamtverträge abgeändert werden können. Nach dem genauen Wortlaut dieser Regelungen kann ja **mit der ÖÄK nur ein bundesweit einheitlicher Gesamtvertrag** – und nicht einzelne Gesamtvertrags- oder Honorarordnungsänderungen – abgeschlossen werden, **mit den regionalen Ärztekammern** hingegen können **nur Honorarvereinbarungen und Stellenpläne** vereinbart werden, nicht hingegen sonstige gesamtvertragliche Änderungen.

Zur Auflösung dieser Frage gibt es nach *Resch*⁸² zwei mögliche Ansichten. Entweder man nimmt eine „statische Weitergeltung“ der bisherigen Verträge an oder eine „dynamische“.

Eine **statische Weitergeltung der Gesamtverträge** liegt nach *Resch* dann vor, wenn die bisherigen Verträge unverändert vom Gesamtrechtsnachfolger übernommen werden und ausschließlich nach der neuen Rechtslage verändert werden dürfen. Demgegenüber lässt eine **dynamische Weitergeltung** auch eine Adaptierung des bestehenden Gesamtvertrages durch die Vertragsparteien im Übergangsrecht zu.

Ohne die spezielle gesetzliche Übergangsbestimmung des § 718 Abs 6 ASVG würde es zu einer statischen Weitergeltung der Verträge kommen und die ÖGK könnte nach der neuen Rechtslage nur Gesamtverträge auf Bundesebene mit der ÖÄK abschließen. Weiterdenkend würde dies zu einem gefährlichen Zustand im Gesundheitswesen und damit einhergehend auch für die Versicherten führen, da es dann ohne bundesweiten Gesamtvertrag zB zu keiner weiteren Aufnahme von Pflichtleistungen in die Honorarordnung oder auch zu keiner Anpassung der ärztlichen Honorare kommen könnte. Bei der Annahme einer statischen Weitergeltung der ärztlichen Gesamtverträge würde es somit, im Hinblick auf die real äußerst komplexe sozialpartnerschaftliche Lage beim Abschluss eines bundesweiten Gesamtvertrages, zu einer großen Lücke in der Sicherstellung der

⁸² Vgl *Resch*, RdM 2019, 164 (168 ff).

Sachleistungen und weiterführend zu einem enormen Druck auf die Vertragspartner kommen.

Die genannten Problematiken führen *Resch* zu der Annahme, dass der Gesetzgeber durch das spezielle Übergangsrecht des SV-OG eine dynamische Weitergeltung der Verträge beabsichtigte, um damit der Gesamtrechtsnachfolgerin ÖGK eine Anpassung der übergebenen Verträge **mit den regionalen Ärztekammern** zu ermöglichen. Der ÖGK und der **ÖÄK** wird damit Raum für die Ausarbeitung eines bundesweit geltenden, einheitlichen Gesamtvertrages geschaffen.

Im Ergebnis heißt dies für den Bereich der freiberuflichen Ärzte, dass die bisherigen Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen auf die ÖGK übergegangen sind und so lange unverändert in Geltung bleiben, bis die ÖGK entweder mit der ÖÄK einen bundeseinheitlichen Ärzte-Gesamtvertrag abschließt oder mit den regionalen Ärztekammern die übernommenen Gebietskrankenkassen-Gesamtverträge abändert, wobei solche Abänderungen über Honorarvereinbarungen und Stellenplanänderungen hinausgehen können.

5.3 Auswirkungen auf die Versicherten

Inwieweit es für die Versicherten und ihre Angehörigen durch neue oder geänderte Verträge mit Gesundheitsdienstleistern zu Leistungsverbesserungen oder -verschlechterungen kommt, hängt nach den obigen Ausführungen vom Inhalt der Verträge und der Höhe der Honorare ab. Nach § 338 Abs 1 ASVG sind solche Verträge vom DV im Internet zu veröffentlichen.

5.3.1 Im Bereich der freiberuflichen Ärzt*innen

Zum Zeitpunkt dieser Arbeit wurde von der ÖGK noch kein bundeseinheitlicher Gesamtvertrag mit der ÖÄK abgeschlossen. Es wurden vielmehr – was von *Resch* als Argument für die von ihm vertretene „dynamische Weitergeltung“ von Gesamtverträgen ins Treffen geführt wird – von der ÖGK die auf sie übergebenen **regionalen ärztlichen Gesamtverträge weiterentwickelt**, und zwar hinsichtlich der Tarife, der Stellenpläne aber auch bezüglich anderer Inhalte. Die regionalen Gesamtverträge bleiben damit weiterhin unterschiedlich. Dies betrifft nicht nur die von den Gesamtverträgen umfassten freiberuflichen Ärzte, sondern hat – wie zu Beginn dieses Kapitels ausgeführt – auch Auswirkungen auf

die Versicherten, weil sich deren Ansprüche auf Kostenerstattung nach den weiterentwickelten (regionalen) Gesamtverträgen richten.

Eine Vereinheitlichung im Bereich der freiberuflichen Ärzt*innen hat hingegen schon bei der **Telemedizin** stattgefunden. Hier hat die ÖGK im wesentlichen inhaltsgleiche Gesamtverträge mit einigen örtlich zuständigen Ärztekammern zur **„Honorierung telemedizinischer Leistungen für Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte“** abgeschlossen, die auch im Internet veröffentlicht sind. Diese regionalen Gesamtverträge regeln nach § 1 die Durchführung und Honorierung von Leistungen durch Vertragsärzt*innen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien ⁸³. Die Honorierung der telemedizinischen Leistungen erfolgt gem § 3 in gleicher Höhe, wie wenn die Leistung persönlich erbracht worden wäre. Die Anspruchsberechtigten in den Bundesländern, wo solche Telemedizin-Gesamtverträge mit den regionalen Ärztekammern abgeschlossen wurden (wie zB in Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg), haben damit die Sicherheit, dass ihr Vertragsarzt/ihre Vertragsärztin telemedizinische Leistungen gegen direkte Verrechnung mit der ÖGK anbietet.

5.3.2 Im Bereich der freiberuflichen Ergotherapeut*innen

Eine wesentliche Veränderung und Verbesserung für die Anspruchsberechtigten der ÖGK gibt es im Bereich der freiberuflichen Ergotherapeut*innen. Hier wurde zwischen der ÖGK und dem Bundesverband der Ergotherapeut*innen mit Wirkung ab 1.4.2021 (§ 30 Abs 2) eine **bundesweit einheitliche Rahmenvereinbarung** abgeschlossen. Diese Rahmenvereinbarung bewirkt nicht nur einheitliche Rechte und Pflichten für alle freiberuflichen Vertrags-Ergotherapeut*innen, sondern bringt auch maßgebliche Vorteile für die Anspruchsberechtigten. Einerseits wurde ein Stellenplan vereinbart (Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung), der zu einer erheblichen Erweiterung der Planstellen gegenüber den Gebietskrankenkassen führt, andererseits wurde der Stundentarif bundeseinheitlich mit € 60,- festgelegt (siehe Anlage 5 zur Rahmenvereinbarung), was gegenüber allen früheren Tarifen in den Bundesländern zu einer Tarifierhöhung führt. Infolge dieser Tarifvereinheitlichung kommt es auch in ganz

⁸³ Wie zB das Telefon oder die Videokonsultation.

Österreich zu einer einheitlichen, in allen Bundesländern höheren Kostenerstattung im Ausmaß von € 48,- pro Stunde⁸⁴.

5.3.3 Im Bereich der freiberuflichen Physiotherapeut*innen

Eine mit der ergotherapeutischen fast inhaltsgleiche **bundesweit einheitliche Rahmenvereinbarung** für die freiberuflichen Physiotherapeut*innen wurde von der ÖGK mit dem Bundesverband der Physiotherapeut*innen Österreichs am 14.9.2021 abgeschlossen. Die Rahmenvereinbarung tritt mit Wirkung ab 1.1.2022 in Kraft (§ 30 Abs 2).

Auch in diesem Bereich kommt es durch die neue Rahmenvereinbarung einerseits zu einer erheblichen Erhöhung der Planstellen und somit für die Anspruchsberechtigten zu einer Verbesserung der Sachleistungsversorgung in ganz Österreich. Andererseits bewirken die bundesweit einheitlichen Tarife, die auf einem Stundensatz von € 60,- basieren (Anlage 6 zur Rahmenvereinbarung), in allen Bundesländern höhere Kostenerstattungen gegenüber den regional unterschiedlichen Kostenerstattungen vor Inkrafttreten der neuen Rahmenvereinbarung, die noch auf die vertraglichen Regelungen der Gebietskrankenkassen zurückgingen.⁸⁵

5.3.4 Im Bereich der freiberuflichen Logopäd*innen

Mit *logopädieaustria*, dem Berufsverband der österreichischen Logopäd*innen, wurde von der ÖGK ebenfalls eine **bundesweit einheitliche Rahmenvereinbarung** abgeschlossen und im Internet veröffentlicht. Sie entspricht inhaltlich den Rahmenvereinbarungen mit den freiberuflichen Ergotherapeut*innen und Physiotherapeut*innen. Die Rahmenvereinbarung tritt mit 1.1.2022 in Kraft und bewirkt grundsätzlich dieselben Verbesserungen für die Anspruchsberechtigten wie die beiden anderen Rahmenvereinbarungen: einerseits eine Verbesserung der Sachleistungsversorgung durch mehr Planstellen (Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung), andererseits höhere Kostenerstattungen auf Basis des erhöhten Stundensatzes von € 60,- (Anlage 5 zur Rahmenvereinbarung).

⁸⁴ 80 % des Vertragstarifes.

⁸⁵ Vgl <https://www.physioaustria.at/news/rahmenvereinbarung-physiotherapie-zwischen-oegk-und-physio-austria> (abgefragt am 20.11.2021).

Ohne weitere Beispiele aus dem Internet zu recherchieren, was den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, kann festgehalten werden, dass die ÖGK auch im Bereich der Verträge offenbar bemüht ist, Verbesserungen für die Anspruchsberechtigten zu bewirken.

6. Zusammenfassung

Die vorstehenden Ausführungen zeigen, dass die Fusion der Gebietskrankenkassen zur ÖGK für die Versicherten und ihre Angehörigen im Bereich des Leistungsniveaus in Summe zu einer Verbesserung geführt hat. Harmonisierungen „nach oben“ finden sich insbesondere in der neuen Satzung, in der Krankenordnung aber auch in bisher umgesetzten Veränderungen im Vertragspartnerbereich.

V. Fazit und Ausblick

Mit dem SV-OG wurde die umfangreichste Strukturreform im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung seit ihrem Bestehen umgesetzt. Die größten Veränderungen bewirkte die Fusion der Gebietskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen zur ÖGK. Eine Zusammenführung aller Krankenversicherungsträger zu einer einzigen Kasse erfolgte nicht.

Die Zielsetzung einer Leistungsharmonisierung mit Vorteilen für die Anspruchsberechtigten wird im Bereich der ÖGK konsequent umgesetzt; auch wenn dieser Prozess ein sehr langwieriger sein wird. Hier gibt es bereits sichtbare Erfolge. Die von manchen Kritikern der Reform geforderte Harmonisierung zwischen den drei verbliebenen Krankenversicherungsträgern (ÖGK, BVAEB und SVS) ist hingegen nicht Gegenstand des SV-OG.

Inwieweit mit der Reform das Ziel einer erheblichen Kostenreduktion und der dadurch ermöglichten „Patientenmilliarde“ erreicht wird, kann bezweifelt werden.

Die viel kritisierte paritätische Besetzung der Gremien der ÖGK mit Vertretern der Dienstgeber und der Dienstnehmer hat die sozialpartnerschaftlichen Kräfteverhältnisse massiv verändert. Sie wurde jedoch vom VfGH bestätigt.⁸⁶

⁸⁶ Vgl VfGH G 67-71 SVSlg 67.083.

Die größten Herausforderungen für die ÖGK stellen die erwarteten Änderungen im Vertragsbereich dar. Eine Harmonisierung der Verträge muss mit den weiterhin unverändert bestehenden Vertragspartnern bzw ihren Interessenvertretungen verhandelt werden. Abschlüsse auf dem höchsten Niveau werden dabei für die ÖGK nicht finanzierbar sein, Verschlechterungen werden wohl von den betroffenen Vertragspartnern abgelehnt werden.

Die Gesamtauswirkungen der Reform auf Versicherte, Vertragspartner, Sozialpartner und auf das System der gesetzlichen KV insgesamt sind noch nicht abzusehen. Hinsichtlich ihrer Bewertung wird es mit Sicherheit noch intensive Diskussionen und differente Sichtweisen geben.

Literaturverzeichnis

Artner, Eine Gesundheitskasse für ganz Österreich und der Single Point of Contact (SPOC) für Dienstgeber, PV-Info 2019, 8

Berka, Die Verantwortung des Staates für die medizinische Versorgung, RdM 2019, 227

Brameshuber, Strukturreform in der Sozialversicherung – Folgen für die Selbstverwaltung, DRdA-InfAS 2019, 197

Brenneis in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (2012) § 456 ASVG

Cerny, Gedanken zur sozialen Selbstverwaltung, DRdA 2018, 283

Choholka/Pressl, Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung, SozSi 2019, 524

Dachverband der Sozialversicherungsträger, Selbstverwaltung, SozSi 2020, 302

Felten in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (2018) § 26 ASVG

Gleitsmann/Graf-Schimpek in *Brameshuber/Friedrich/Karl* (Hrsg), Die neue Struktur in der Sozialversicherung nach dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, in FS *Marhold* (2020) 287

Gleitsmann/Kircher, Struktur- und Organisationsreform der Österreichischen Sozialversicherung, Jahrbuch Sozialversicherungsrecht 2019, 51

Grabenwarter/Frank, Manz (2020) Art 120a B-VG

Kletter in *Sonntag* (Hrsg), ASVG³ (2012) § 341

Kröll/Lienbacher in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (2014) § 31 ASVG

Ludwan in *Poperl/Trauner/Weißböck* (Hrsg), Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (2020) § 342 ASVG

Mosler/Grillberger, Ärztliches Vertragspartnerrecht (2012)

Mosler in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), Der SV-Komm (2020) § 131 ASVG

Öhlinger, Die Bedeutung der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, DRdA-InfAS 2002, 191

Panhözl, Wie verfassungswidrig ist die Neuorganisation der Sozialversicherung? DRdA-InfAS 2019, 100

Pfeil in *Pfeil/Prantner/Warter* (Hrsg), Betriebsverfassungsrechtliche Fragestellungen auf Grund des SV-OG (2019), 64

Pfeil, Rechtsprobleme bei Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz der österreichischen Sozialversicherung, *SozSi* 2017, 447

Pfeil, Reform der Sozialversicherung - bessere Strukturen oder doch nur Umfärbung? *ÖZPR* 2018, 156

Resch, Das besondere Übergangsrecht für Gesamtverträge nach dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, *RdM* 2019, 164

Resch, Vertragspartnerrecht für Primärversorgungseinheiten *ZAS* 2019, 4

Schneider/Haigner/Jenewein, Fusion regionaler Gebietskrankenkassen, *Zeitschrift für Gesundheitspolitik* 2018, 11

Schober in *Sonntag* (Hrsg), *ASVG*³ (2012) § 155

Schober in *Sonntag* (Hrsg), *ASVG*⁵ (2014) § 121

Schrammel, Vertragsloser Zustand im Vertragspartnerrecht der Krankenversicherung, *DRdA* 2007, 347

Souhrada in *Sonntag* (Hrsg), *ASVG*³ (2012) § 31

Steiner, Die „Einführung“ der Sozialversicherung im Lande Österreich – Sozialversicherung vor und nach dem „Anschluss“, *DRdA-InfA* 2018, 69

Steiner, Die Sozialversicherung in Österreich von den Anfängen bis zum Ende der Monarchie (Teil I), *SozSi* 2019, 158

Stöger, Leistungsklage gegen Ermessensbescheide bei freiwilligen Leistungen, *DRdA* 2012, 48

Stöger in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), *Der SV-Komm* (2020) § 23 *ASVG*

Wachter, Die Fusion der österreichischen Gebietskrankenkassen ist nicht verfassungswidrig, *Facultas* 2020, 14

Weißensteiner/Burger, Fusion der Gebietskrankenkassen und Auswirkungen auf das Leistungsrecht, *DRdA-InfA* 2020, 57

Windisch-Graetz in *Mosler/Müller/Pfeil* (Hrsg), *Der SV-Komm* (2016) § 121 *ASVG*

Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen (EZFF), Jahrbuch des Föderalismus 2019:
Föderalismus, Subsidiarität und Regionen in Europa (2019)

Judikaturverzeichnis

OGH 10 Ob S 9/94 SVSlg 40.133

OGH 4 Ob 4/95 SSV-NF 14/60

OGH 10 Ob S 10/04z SSV-NF 18/67

OGH 22.6.2021, 10 Ob S 27/21z

VfGH V 1/59 VfSlg 3586

VfGH G 322/91, V 301,302/91 SVSlg 39.175

VfGH G 67-71 SVSlg 67.083