

Steiermärkische GebietskrankenkasseJosef-Pongratz-Platz 1, Postfach 900, A-8011 Graz, Tel. 0316-8035-0, www.stgkk.at**Per E-Mail:**

stellungnahmen@sozialministerium.at
vera.pribitzer@sozialministerium.at
e-Recht@bmf.gv.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at
Ref.12-Stellungnahmen@sozialversicherung.at

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

Ihr Zeichen/Datum	Unser Zeichen	Auskunft	Datum
BMASGK-21119/0004-II/A/1	AGSV/2018-0527		09.10.2018
BMF-010000/0036-IV/1/2018	AGSV/2018-0528		

Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG**Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung – ZPFSG**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hinsichtlich der im Betreff näher genannten geplanten Gesetzesänderungen gibt die Steiermärkische Gebietskrankenkasse folgende Stellungnahme ab:

Grundsätzliches zur Zusammenlegung der GKKn und der Fusionskosten:

Als Hauptargument für die Kassenzusammenlegung dient die Parole „Gleiche Leistung für gleiche Beiträge“. Auffallend ist dabei, dass die Krankenfürsorgeanstalten bei der Umsetzung dieses Vorhabens völlig außen vorgelassen werden und die 5 Betriebskrankenkassen in Wohlfahrtseinrichtungen umgewandelt werden sollen. Es wird also auch in Zukunft mehr als 5 KV-Träger mit unterschiedlichen Leistungsniveaus geben. Mit dem Entwurf erfolgt daher keine Harmonisierung der Leistungen für unselbstständig Erwerbstätige mit jenen für Beamte, Selbstständige und Bauern. Das heißt für ein Viertel der Bevölkerung bestehen weiterhin unterschiedliche Leistungen zu jenen der Versicherten der ÖGK. Der in der Öffentlichkeit propagierte Grundsatz „Gleiche Leistung für gleiche Beiträge“ lässt sich daher nicht verifizieren.

Der Entwurf erscheint in den nachstehend näher erläuterten Passagen nach unserer Rechtsauffassung verfassungsrechtlich bedenklich. Die Selbstverwaltung wird massiv

geschwächt, den vorgesehenen Landesstellen (ehem. Gebietskrankenkassen) wird die Handlungsfähigkeit weitgehend genommen und die Budgethoheit entzogen. Demgegenüber entsteht nunmehr eine operativ tätige Aufsichtsbehörde, die in wesentlichen Bereichen enorm gestärkt wird.

An dieser Stelle ist auch darauf hinzuweisen, dass bereits allein die Mehrkosten für die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen von Experten auf etwa € 500 Mio. geschätzt werden, weshalb stark zu bezweifeln ist, dass die vorliegende Sozialversicherungsreform ökonomisch messbare Vorteile bringen wird. Zudem haben Fusionen bereits in der Vergangenheit zu beträchtlichen Mehrkosten geführt. Es ist daher damit zu rechnen, dass insbesondere eine wie hier im Schnellverfahren umgesetzte Fusion der Gebietskrankenkassen mit enormen Mehrkosten verbunden sein wird.

Darüber hinaus wird es auch zu enormen Mehraufwendungen in den Jahren 2019 bis 2022 kommen. In den Jahren 2023 bis 2026 sollen insgesamt € 351 Mio. durch Einsparungen beim Personal- und Sachaufwand lukriert werden. Eine Bezifferung der mit der Fusion verbundenen Kosten, die den möglichen Einsparungen gegenübergestellt und somit saldiert werden können, erfolgte jedoch nicht. Die medial kolportierte Milliarde existiert sohin nicht einmal auf dem Papier. Im Gegenteil: Dem Gesundheitssystem wird durch mehrere ineinander greifende Maßnahmen im Ergebnis eine Milliarde Euro entzogen, die in der Folge für die Sicherstellung der Versicherungsleistungen fehlt. Es ist daher nicht auszuschließen, dass die geringeren finanziellen Mittel über kurz oder lang zur Einführung von Selbstbehalten und anderen Mehrbelastungen für die Versicherten führen wird.

Negative Auswirkungen auf die Versicherten:

Mit dem Entwurf bleibt von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse lediglich eine Landesstelle ohne Budget- und Verwaltungshoheit sowie ohne Planungs- und Steuerungskompetenzen in der Gesundheitsversorgung. Zudem wird künftig auch die Verteilung der Vertragsärzte und anderer wichtiger Leistungserbringer im Gesundheitsbereich nicht mehr auf regionaler Ebene entschieden. Durch die stark eingeschränkten Kompetenzen der künftigen Landesstelle wird zudem das Potential zur Umsetzung versorgungspolitischer Interessen im Land nachhaltig geschwächt. Die Konsequenz sind zentral vorgegebene Einheitslösungen, welche auf regionale Unterschiede keine Rücksicht mehr nehmen und letztlich zur Verschlechterung der medizinischen Versorgung der Versicherten führen.

Zusammenführung der Prüfungsorganisationen:

Die im ZPFSG vorgesehene Zusammenführung der Prüfungsorganisationen stellt nicht nur einen verfassungsrechtlich unzulässigen Entzug der Finanzhoheit der Gebietskrankenkassen dar, sondern führt auch zu hohen finanziellen Nachteilen für das Gesundheitssystem. Bisher durchgeführte Statistiken zeigen deutlich, dass die Beitragsprüfung durch die Sozialversicherung bei den Sozialversicherungsbeiträgen effizienter ist als die Prüfung durch die Finanz und daher zu höheren Einnahmen führt. Wird die Sozialversicherungsprüfung nur noch in begründeten Einzelfällen durchgeführt, ergeben sich daraus negative finanzielle Auswirkungen für die Dienstnehmer in Form von geringeren Entgelten und Pensionen.

Neustrukturierung der SV-Gremien:

Der Entwurf sieht eine radikale Um- bzw. Neustrukturierung und die paritätische Besetzung der Gremien vor, wobei der Vorsitz zwischen Dienstgeber- und Dienstnehmerseite wechseln soll. Diese gleichmäßige Besetzung ist nicht dadurch zu rechtfertigen, dass die Dienstgeber einen Beitrag zur Versicherung der Dienstnehmer leisten, ohne selbst Teil der Versichertengemeinschaft zu sein. Insbesondere abzulehnen ist der Vorsitz der Dienstgeberseite im Überleitungsausschuss sowie der Ausschluss von derzeitigen Funktionären, womit die Zusammenlegung ausschließlich von außenstehenden Personen durchgeführt und von der Dienstgeberseite gesteuert wird. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit des BMASGK – teils im Einvernehmen mit dem BMF – Angelegenheiten direkt zu entscheiden, sollte kein gültiger Beschluss im Überleitungsausschuss zustande kommen.

Starke Einflussnahme durch die Aufsicht:

Neben dieser direkten Entscheidungsbefugnis werden die laufenden Aufsichtsmöglichkeiten und -rechte des BMASGK, teilweise im Einvernehmen mit dem BMF, enorm gestärkt und erweitert. Vorgesehen sind regelmäßige Berichtspflichten, Eignungstests von Versicherungsvertretern und die Möglichkeit, Beschlüsse der Verwaltungskörper direkt aufzuheben. All diese Maßnahmen beschränken sich nicht auf die Überprüfung der Rechtmäßigkeit bzw. der Zweckmäßigkeit der Verwaltungsführung und stellen somit massive Eingriffe in die Selbstverwaltung dar, welche jedenfalls nicht von den in der Verfassung vorgesehenen Möglichkeiten und Rechten der Aufsicht gedeckt sind.

- **Zu den einzelnen Bestimmungen des SV-OG:**

Zu §§ 30a, 30b, 30c ASVG:

Dem Dachverband obliegt gemäß § 30a ASVG des Entwurfes die Beschlussfassung von Richtlinien zur Förderung der Zweckmäßigkeit und Einheitlichkeit der Vollzugspraxis der SV-Träger. Die Vorbereitung dieser Richtlinien kann mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen werden. Wenn diese Übertragung bis zum 30.06.2021 nicht erfolgt, kann das BMASGK die Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst. Gleichermaßen gilt für die Koordinationstätigkeit gemäß § 30b leg. cit. sowie die Wahrnehmung der trägerübergreifenden Verwaltungsaufgaben gemäß § 30c leg. cit.

Diese Regelung stellt einen massiven Eingriff in die operativen Agenden der SV-Träger dar. Wenn der Dachverband eine solche Übertragung nicht beschließt, kann das BMASGK, das heißt, de facto eine einzelne Person, mit Verordnung eine solche Übertragung anordnen. Dies bedeutet faktisch die Abschaffung der Selbstverwaltung. Die Geschäftsführungsagenden werden unmittelbar durch die Bundesministerin selbst wahrgenommen.

Zu § 149 Abs. 3a ASVG:

Gemäß § 149 Abs. 3a ASVG des Entwurfes erfolgt eine Neuregelung der Finanzierung der PRIKRAF-Krankenanstalten: Ab dem Jahr 2019 sollen die Mittel um € 14,7 Mio. erhöht werden. Im Jahr 2019 bedeutet das einen Anstieg des von der STGKK zu zahlenden

Anteils von € 2,1 Mio., in den Folgejahren ist der jährliche Mehraufwand durch die Valorisierung der erhöhten Basis noch höher.

Mit diesen Maßnahmen werden private Krankenanstalten sowie eine Zwei-Klassen-Medizin forciert. Die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung ist es, einen niederschwelligen Zugang für die Versicherten und ihre Anspruchsberechtigten zu gewährleisten, damit alle die gleichen Leistungen in Anspruch nehmen können. Die Finanzierung von privaten Krankenanstalten weiter auszubauen, widerspricht diesem Gedanken der sozialen Sicherheit. Die Mittel werden für jene Krankenanstalten aufgestockt, die in der Regel von Patienten aufgesucht werden, die über eine private Zusatzversicherung verfügen. Diese Vorgehensweise ist strikt abzulehnen.

Zu § 319a ASVG iVm § 718 Abs. 2 Z 4 ASVG:

Gemäß § 319a ASVG des Entwurfes sollen die Ersatzansprüche im Verhältnis zwischen der ÖGK und der AUVA durch die Zahlung eines jährlichen Pauschbetrages abgegolten werden. Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 soll der Pauschbetrag € 209 Mio. betragen. Diese Bestimmung soll gemäß § 718 Abs. 2 Z 4 ASVG des Entwurfes mit Ablauf des 31. Dezember 2022 außer Kraft treten.

Es ist damit vorgesehen, dass der Pauschbetrag bis zur Aufhebung der Regelung nicht mehr valorisiert wird und bis 2022 jährlich € 209 Mio. überwiesen werden. Bis 2022 gehen den Gebietskrankenkassen auf Grund der Nichtvalorisierung finanzielle Mittel von insgesamt € 21,1 Mio. (STGKK ca. € 2,9 Mio.) verloren, welche für Leistungen für Versicherte hätten herangezogen werden können. Das Außerkrafttreten des Pauschbetrages im Jahr 2022 hat für die STGKK einen jährlichen Verlust von rund € 28,3 Mio. (unvalorisierter Betrag) zur Folge, wobei mangels Datenverfügbarkeit eine Berücksichtigung der geplanten Einzelabrechnungen nicht erfolgen konnte.

Die Aufhebung des § 319a ASVG des Entwurfes resultiert wiederum aus der Senkung des Beitragssatzes für die Unfallversicherung um 1/10 Prozentpunkt gemäß §§ 51 Abs. 1 Z 2 und 53 Abs. 1 ASVG des Entwurfes. Mit dieser Senkung wird das Budget der AUVA mit 1. Jänner 2019 belastet. Mit dieser Senkung werden Unternehmer, Hauptnutznießer die Industrie, entlastet. Die bisher von der AUVA erbrachten Leistungen werden kostenmäßig auf die Krankenversicherung umgewälzt, der dadurch Geld entzogen wird, das diese für ihre Leistungserbringung benötigen würde.

Zu §§ 341 ff ASVG:

Ein bundesweit einheitlicher Ärzte-Gesamtvertrag ist gemäß § 341 Abs. 1 ASVG des Entwurfes zwischen der ÖGK und der ÖÄK abzuschließen. Gesamtvertragliche „Honorarvereinbarungen“ können auf Landesebene zwischen ÖGK und Landes-ÄK abgeschlossen werden. Ob es zu einem derartigen Abschluss kommen wird, ist jedoch unklar. Unklar ist auch, was unter dem Begriff „Honorarvereinbarung“ zu verstehen ist. Dieser ist wohl weiter gefasst als „regionale Zu- und Abschläge“, die lediglich in den Erläuterungen erwähnt werden.

Offen ist ferner, wie sich eine einheitliche Honorarordnung für ganz Österreich inkl. Vergütung der ärztlichen Tätigkeit auf die Versorgung in den einzelnen Regionen auswirken wird: Bundesländerübergreifende Vergleiche haben gezeigt, dass dieselbe Ärzte-Fachgruppe pro Bundesland unterschiedliche Schwerpunkte in der Leistungserbringung setzt. Der Abgleich von regionalen Bedarfen und Erfordernissen kann dadurch nicht mehr mit der bisherigen Treffsicherheit erfolgen.

Im Ärztebereich sind die Unterschiede bei den Honorarbestimmungen und Tarifen in den einzelnen Gesamtverträgen österreichweit teilweise gravierend, was eine Vereinheitlichung zur Herausforderung machen wird. Die Erfahrungen aus der bereits umgesetzten Leistungsharmonisierung der vergangenen Monate zeigen, dass es tendenziell zu einer Angleichung am höchsten Tarifniveau kommt. Dies wird mit massiven Aufwandssteigerungen verbunden sein. Ferner gab es bislang in den einzelnen Gesamtverträgen unterschiedliche Maßnahmen (Degressionen, Limitierungen etc.). Eine Vereinheitlichung ist ebenso herausfordernd wie die Harmonisierung von Tarifniveaus und wird mit vergleichbaren Folgen, also insbesondere Aufwandssteigerungen, verbunden sein.

Die gesamtvertraglichen „Honorarvereinbarungen“ sollen auf Landesebene einseitig von der Landes-ÄK gekündigt werden können. Dies bedeutet unter anderem eine massive Benachteiligung der Landesstellen, die kein Kündigungsrecht haben. Würde z.B. die steirische Landes-ÄK das Kündigungsrecht ausüben, würde die groteske Situation entstehen, nur in der Steiermark, nicht aber in ganz Österreich, keinen Gesamtvertrag mehr zu haben. Darüber hinaus ist unklar, wer in derartigen Konstellationen – unter der Berücksichtigung, dass der Gesamtvertrag nicht nur für ein Land, sondern für ganz Österreich gelten soll – den Vertrag neu verhandelt (Landes-ÄK oder die ÖÄK). Durch diese Bestimmung kommt es zur Aushebelung des gesamten Systems.

Das von der Regierung vielfach geäußerte Ziel einer österreichweiten Vereinheitlichung, die sich nicht nur auf die Leistungen für die Versicherten, sondern konsequenterweise auch auf die Honorare der Vertragspartner beziehen müsste, lässt sich mit derartigen Regelungen nicht erreichen.

Zu § 418 Abs. 5 ASVG:

Gemäß § 418 Abs. 5 ASVG des Entwurfes können die Versicherungsträger, soweit eine im Verhältnis zu den Versicherten und den Dienstgeber örtlich nahe Verwaltung zweckmäßig ist, Außenstellen einrichten. Damit fällt es in die Zuständigkeit der ÖGK, die derzeitige Außenstellenstruktur der STGKK zu verändern.

Seitens der Kasse wurden 17 Außenstellen in der Steiermark eingerichtet und jede einzelne Außenstelle ist jedenfalls auf Grund der hohen Betreuungsdichte zweckmäßig. Eine andere Beurteilung durch die ÖGK könnte die Schließung dieser nach sich ziehen und eine Verschlechterung in der Versichertenbetreuung mit sich bringen. Für die Gewährleistung der Betreuungsqualität ist jedoch die Kasse verantwortlich. Die Außenstellenstruktur und die Prozessabläufe werden in der Steiermark laufend evaluiert. Entsprechend den Evaluierungsergebnissen werden stetig Maßnahmen gesetzt, um die bestmögliche Betreuung der Versicherten zu gewährleisten. Zudem darf nicht unberücksichtigt gelassen werden, dass in den Außenstellen nicht nur Verwaltungsangelegenheiten durchgeführt werden, sondern insbesondere Zahnmärkterien und Physikalische Ambulatorien angesiedelt sind, die eine unmittelbare regionale Versorgung der Patienten gewährleisten. Auch Begutachtungen durch die SV-Ärzte bzw. die Unterstützung durch das Case Management findet in den Außenstellen statt. Eine Schließung der Außenstellen hätte massive Auswirkungen auf unsere Versicherten und Patienten, die für diese Angelegenheiten nach Graz fahren müssten. Aus diesen Gründen muss die Entscheidungshoheit über die Einrichtung bzw. Beibehaltung von Außenstellen weiterhin bei der jeweiligen Landesstelle verbleiben, weil nur diese den regionalen Bedarf und die regionalen Gegebenheiten abschätzen kann.

Zu § 420 Abs. 6 bis 8 ASVG:

Gemäß § 420 Abs. 6 bis 8 ASVG des Entwurfes wird die Tätigkeit als Versicherungsvertreter an das zusätzliche Kriterium der fachlichen Eignung geknüpft. Diese muss durch einen Eignungstest („Fit-and-Propriety-Test“) beim Dachverband nachgewiesen werden, sofern die Personen kein rechts- oder wirtschaftswissenschaftliches Studium oder die allgemeine Fachausbildung absolviert haben oder mindestens 5 Jahre Geschäftsführer einer juristischen Person waren. Der Eignungstest ist vor einer Prüfungskommission durchzuführen, deren Mitglieder von BMASGK und BMF auf jeweils 5 Jahre bestellt werden. Die Kommission besteht aus 3 Mitgliedern und als Prüfer sind fachkundige Bedienstete aus BMASGK und BMF einzusetzen. Eine genaue Ausgestaltung des Lehrplanes erfolgt durch Verordnung von BMASGK und BMF im Einvernehmen.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine Person, die mindestens 5 Jahre Geschäftsführer einer juristischen Person war, per Gesetz als jedenfalls geeignet gelten soll. Durch die vorgesehene, umfangreiche Eignungsprüfung wird zudem eine mittelbare Einflussnahme des BMASGK und des BMF auf die, eigentlich von den Interessenvertretungen durchzuführende, Entsendung von Versicherungsvertretern in die Verwaltungskörper sichergestellt. Damit wird die Selbstverwaltung weiter ausgehöhlt.

Zu § 432 Abs. 4 und 5 ASVG:

Die Regelung des bisherigen § 31 Abs. 7 ASVG, wonach Beschlüsse der Verwaltungskörper in Liegenschaftsangelegenheiten und über die Erstellung der Dienstpostenpläne, wenn die Gehaltsstufen F und G betroffen sind, der Zustimmung des Hauptverbandes bedürfen, wurde im Entwurf nicht übernommen. Die Bedarfsprüfung soll künftig gemäß § 432 Abs. 4 ASVG des Entwurfes im Gremium des Versicherungsträgers nach den Grundsätzen, die mit Verordnung des BMASGK festzulegen sind, erfolgen, und erst danach soll es zur Beschlussfassung kommen. Bedarfsprüfungen werden damit von der Aufsichtsbehörde determiniert.

Die Genehmigung der einschlägigen Dienstpostenpläne soll künftig gemäß § 432 Abs. 5 ASVG des Entwurfes durch das BMASGK im Einvernehmen mit dem BMF erfolgen. Die Dienstpostenpläne sind bisher vom Vorstand der Kasse mit Zustimmung der Kontrollversammlung beschlossen worden. Die Kontrollversammlung hat eine aufsichtsähnliche Funktion, die sich aus der Selbstverwaltung heraus begründet. Die Genehmigung der Dienstpostenpläne durch das BMASGK ist abzulehnen, weil nicht ersichtlich ist, auf welcher Basis das BMASGK feststellen will, ob oder dass in der Steiermark ein Bedarf für einen Dienstposten gegeben ist. Die Entscheidungshoheit hat damit in der jeweiligen Landesstelle zu verbleiben und ist nicht von Wien aus auszuüben.

Zu § 434 ASVG:

Im Zusammenhang mit § 434 ASVG stellt sich die Frage, wie die Liquidität der Landesstellen sichergestellt wird, wie eine Mittelzuteilung erfolgt bzw. zu welchem Zeitpunkt die Mittel fließen. Wie oft die Liquiditätsplanungen in welcher Form zu erstellen sind, ist ebenfalls offen. Diesbezüglich finden sich keinerlei Ausführungen im Gesetzesentwurf.

Zu § 434 Abs. 2 ASVG:

Die Landesstellen haben gemäß § 434 Abs. 2 ASVG des Entwurfes keine Kompetenzen in der Gestaltung der vertragspartnerschaftlichen Beziehungen. Die den Landesstellenausschüssen zugewiesenen Aufgaben umfassen kaum Agenden aus dem

Vertragspartnerbereich bzw. der Gesundheitsplanung. De facto bedeutet das, dass die Landesstellen keinen wirkungsvollen Gegenpol zu den Ländern darstellen können. Die STGKK ist jedoch für die Sicherstellung der Versorgung im niedergelassenen bzw. extramuralen Bereich zuständig. Wenn aber wesentliche zusätzliche Steuerungsmöglichkeiten beim Land liegen, wird der intramurale Bereich forciert und die Mittelverwendung für diesen Bereich verstärkt, weil die Krankenanstalten in die Zuständigkeit der Länder fallen. Dagegen wird die Leistungserbringung in den extramuralen Bereich verschoben werden.

Mit den Vertragspartnern konnten bisher insbesondere auf Grund der Kenntnisse der regionalen Bedürfnisse meist sehr gute Verhandlungsergebnisse erzielt werden. Die STGKK legt ein besonderes Augenmerk auf die Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung in der Steiermark – auch in der Peripherie. Auf Grund der mangelnden Kompetenzen in der Gestaltung der vertragspartnerschaftlichen Beziehungen ist nicht nur die regionale optimale Versorgung gefährdet; es wird ferner der Verwaltungsablauf im Vertragspartnerwesen wesentlich verzögert und verkompliziert. Die bisherige Flexibilität und kurzfristige Lösungsfindung zwischen den Vertragspartnern wird künftig nicht mehr möglich sein.

Völlig unstimmig ist auch die Tatsache, dass der extramurale Bereich für 7,5 Millionen Versicherte durch die Zusammenlegung von neun GKKs zentralisiert wird, aber im intramuralen Bereich weiterhin neun unterschiedliche Krankenanstaltenträger bestehen bleiben. Dies führt zu einer unabgestimmten Krankenanstaltenlandschaft. Die finanziellen Schnittstellen zwischen intramuralem und extramuralem Bereich wurden nicht aufgegriffen und daher nicht einmal im Ansatz gelöst.

Zu § 434 Abs. 2 Z 5 ASVG:

Eine der wenigen Aufgaben, welche in der Region bzw. den künftigen Landesstellausschüssen der ÖGK verbleiben und nach einheitlichen Grundsätzen sowie Vorgaben des Verwaltungsrates wahrgenommen werden sollen, betrifft gemäß § 434 Abs. 2 Z 5 ASVG des Entwurfes die Verwendung von zum 31. Dezember 2018 vorliegenden freien finanziellen Rücklagen. Unklar ist, welche Mittel vom Terminus „freie finanzielle Rücklage“ umfasst sind. In den Erläuterungen ist dazu festgehalten, dass u.a. die „...frei verfügbaren allgemeinen, nicht gebundenen Rücklagen...“ die Grundlage für die länderweise Budgetautonomie bilden. Eine Regelung, wie mit den Mitteln aus der bestehenden Leistungssicherungsrücklage vorzugehen ist, gibt es nicht. Die STGKK weist mit dem Rechnungsabschluss 2017 eine vollständig dotierte Leistungssicherungsrücklage in Höhe von € 144,8 Mio. aus, die durch erfolgreiches Management und durch wesentliche Mittel der steirischen Versicherten aufgebracht wurde. Werden diese Mittel an die ÖGK transferiert, geht dies zu Lasten der steirischen Bevölkerung, speziell wenn damit fehlende Rücklagen anderer Bundesländer ausgeglichen werden sollen.

Aus der Bestimmung des § 434 Abs. 2 Z 5 ASVG des Entwurfes lässt sich unter Berücksichtigung der Erläuterungen bzw. der Ausführungen im Regierungsprogramm jedenfalls ableiten, dass die Rücklagen der Kasse künftig grundsätzlich nur mehr für Gesundheitsreformprojekte („Landeszielsteuerung“) und stets in Absprache mit der Kurie des Landes der Landes-Zielsteuerungskommission verwendet werden dürfen. Es ist nicht nachvollziehbar, warum eine solche Verwendung stets in Absprache mit der Landes-Zielsteuerungskommission erfolgen soll, während das Land offensichtlich einseitig über gebildete Rücklagen verfügen kann. Die von der Regierung kolportierte Budgethöhe, die im jeweiligen Land verbleiben soll, existiert damit tatsächlich nicht. Es wird stattdessen

doppelt auf die finanziellen Mittel der STGKK zugegriffen, nämlich einerseits über den PRIKRAF, in den die STGKK einzahlt und der gemäß § 149 Abs. 3a ASVG des Entwurfes künftig höher dotiert werden soll, und andererseits über die Rücklagen, über die von den Landesstellen nicht frei verfügt werden kann. Dass diese zweckgebunden sind und nur für Gesundheitsreformprojekte verwendet werden sollen, ist unmittelbar für die Wirtschaft und nicht für die Versicherten von Vorteil: Die Gelder, die für diese Projekte zur Verfügung stehen, werden nicht 1:1 für Leistungen für Versicherte herangezogen; in erster Linie profitieren Universitäten, Fachhochschulen und andere Projektpartner von dieser Regelung.

Offen bleibt auch, wie Landesstellen, die keine Rücklagen gebildet haben, Gesundheitsreformprojekte finanzieren sollen.

Zu § 434 Abs. 2 Z 8 ASVG:

Gemäß § 84 Abs. 6 ASVG des Entwurfes soll nunmehr der Verwaltungsrat bundesweit einheitliche Richtlinien über die Verwendung von Mitteln des Unterstützungs fonds erlassen.

Unklar ist, wie diese Verwendung ausgestaltet wird. Dadurch kann es zu einer Verschlechterung der Unterstützung für steirische Versicherte und deren Anspruchsberechtigten kommen.

Zu § 434 Abs. 2 iVm Abs. 5 ASVG:

Gemäß § 434 Abs. 2 ASVG des Entwurfes haben die Landesstellaenausschüsse die zugewiesenen Aufgaben nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates wahrzunehmen. Die Landesstellaenausschüsse sind ferner gemäß § 434 Abs. 5 ASVG des Entwurfes bei ihrer Geschäftsführung an die Weisungen des Verwaltungsrates gebunden; der Verwaltungsrat kann Beschlüsse der Ausschüsse mit einfacher Mehrheit jederzeit und ohne Begründung aufheben oder ändern. Derartige Vorgaben gelten nicht für die Hauptversammlung. Es ist nicht nachvollziehbar, warum dem Verwaltungsrat diese Kompetenzen eingeräumt werden und den künftigen Landesstellaenausschüssen dadurch jeglicher Handlungsspielraum entzogen wird. Die Landesstellaenausschüsse sind – so die Regierung – immer noch Selbstverwaltungskörper. Bei einer derartigen Regelung sind diese jedoch faktisch handlungsunfähig, womit die Selbstverwaltung auf Landesebene in rechtswidriger Weise abgeschafft wird.

Zu den §§ 435 Abs. 3, 430, 451 Abs. 2 ASVG:

Die Vorsitzenden der Verwaltungskörper besitzen gemäß § 435 Abs. 3 ASVG des Entwurfes Stimmrecht und seine Stimme gibt den Ausschlag bei Stimmengleichheit (Dirimierungsrecht). Allerdings gilt dies nicht für die in § 430 Abs. 2, 3a und 4 leg.cit. genannten Vorsitzenden – das sind die Vorsitzenden des Verwaltungsrates, der Hauptversammlung und der Landesstellaenausschüsse der ÖGK.

Dem jeweiligen Vorsitzenden eines Verwaltungskörpers der ÖGK steht daher – anders als den übrigen Versicherungsträgern – kein Dirimierungsrecht zu. Bei Stimmengleichheit – die durch die paritätische Besetzung und § 420 Abs. 4 ASVG des Entwurfes gefördert/gesichert wird – entsteht eine Pattsituation. Da in diesem Fall die Verwaltungskörper der ÖGK ihre obliegenden Geschäfte nicht ausführen können, kommt gemäß § 451 Abs. 2 ASVG des Entwurfes der Aufsichtsbehörde die vorläufige Geschäftsführung bzw. die Vertretung durch einen vorläufigen Verwalter zu. Dies stellt einen weiteren Eingriff in die Selbstverwaltung dar.

Zu § 441f ASVG:

Die Konferenz als künftiger Verwaltungskörper des Dachverbandes soll gemäß § 441f ASVG des Entwurfes zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit Ziele beschließen. Das Zielsteuerungssystem hat jedenfalls strategische und operative Ziele sowie Maßnahmen und Kennzeichen zu enthalten. Finanzziele und Verwaltungskostenziele/Verwaltungskostensenkung, gegebenenfalls ein Verwaltungskostendeckel, ist für jeden Sozialversicherungsträger und den Dachverband gesondert vorzusehen.

Ferner soll ein Zielsteuerungssystem zwischen der Hauptstelle und der Landesstellen der ÖGK implementiert werden. Hierbei hat der Vorsitzende der Konferenz dem BMASGK und dem BMF laufend über die Erarbeitung der strategischen und operativen Ziele zu berichten und vor Beschlussfassung mit diesen abzustimmen. Die Ziele sind jährlich zu evaluieren. Dazu kommt, dass die Aufsichtsbehörde ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken kann. Wichtige Fragen in diesem Sinne sind insbesondere die Einhaltung der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit abgestimmten Ziele. Unklar bleibt, um welche Ziele es sich genau handeln wird und welche Aufwendungen/Einsparungsvorgaben für die Träger damit verbunden sind.

Es gibt bereits Hauptverband-BSC- und BSC-Finanz-Ziele in der Sozialversicherung. Mit diesem geplanten Vorhaben soll ein Zielvereinbarungssystem geschaffen werden, in dem einzig ein engmaschiges Reporting an das BMASGK vorgesehen, aber keinerlei Mitspracherecht der ÖGK verankert wird. Die Ziele, die von der Konferenz beschlossen werden sollen, werden vorgegeben. Nicht geregelt wird, wie die Zahlungsflüsse sind (jährlich/monatlich) oder welche Konsequenzen es hat, wenn die Ziele nicht finanziert werden können, weil etwa kein Geld dafür vorhanden ist.

Zudem ist auf die Mitwirkung der gesetzlichen Krankenversicherung in den Organen und Gremien der Landesgesundheitsfonds hinzuweisen. Gemäß § 29 Abs. 2 des Entwurfes „Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit“ haben die gesetzlichen Krankenversicherungsträger insgesamt fünf Vertreter in die Gesundheitsplattform und die Landes-Zielsteuerungskommission der Landesgesundheitsfonds zu entsenden. Diesbezüglich haben sich durch den vorliegenden Entwurf keinerlei Änderungen ergeben.

Zu § 443 Abs. 1 ASVG:

Gemäß § 443 Abs. 1 ASVG des Entwurfes ist sicherzustellen, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.

Im Entwurf finden sich jedoch keine expliziten Regelungen bezüglich der Vorschreibung und zentralen Einhebung der Beiträge durch die ÖGK. Offen bleibt, wie die ÖGK sicherstellt, dass die Mittel einem Bundesland zugeordnet werden können bzw. wie und wie oft die Überweisung der Mittel an die Landesstellen erfolgt und wie die Mittel zu verwalten sind (Anlagevorschriften).

Faktum ist, dass den Landesstellen (im Zusammenhang mit der ausgeglichenen Gebarung) ausreichende Mittel entsprechend den von ihnen zu verantwortenden Aufgaben (RSG) seitens der ÖGK zur Verfügung gestellt werden müssen.

Zu den §§ 447a und 447b iVm § 718 Abs. 2 Z 3 ASVG:

An Stelle des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen soll mit 01.01.2020 bei der ÖGK ein Innovations- und Zielsteuerungsfonds gemäß § 447a des Entwurfes errichtet werden. Der Fonds soll der Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen, insbesondere zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung, zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen, e-Health-Anwendungen und zur Zielsteuerung nach § 441f Abs. 5 ASVG des Entwurfes (Zielsteuerungssystem Hauptstelle – Landesstelle) dienen. Die Mittel werden durch Übertragung von 0,8 % der Beitragseinnahmen der ÖGK und die pauschale Beihilfe nach GSBG in der Höhe von € 100 Mio. aufgebracht. Der Betrag ist vom BMF zu überweisen. Die Entscheidung über die Verwendung der der Landesstelle von der ÖGK zugewiesenen Mittel aus dem Fonds nach § 447a ASVG des Entwurfes soll durch die Landesstellenausschüsse wahrgenommen werden. In welcher Höhe und nach welchen Kriterien Mittel zugewiesen bzw. an die einzelnen Landesstellen verteilt werden ist unklar. Daraus ergibt sich die Gefahr, dass regionalen Entwicklungen nicht mehr adäquat entsprochen wird und wesentliche Weiterentwicklungen ungleich gewichtet werden.

Zu § 448 Abs. 3 ASVG:

Gemäß § 448 Abs. 3 ASVG des Entwurfes sind den mit der Ausübung der Aufsicht bzw. mit der Wahrung der Interessen des Bundes betrauten Bediensteten und ihren Stellvertretern Aufwandsentschädigungen zu gewähren, deren Höhe 14 % bzw. für die Stellvertreter 7% des Gehaltes eines Abgeordneten zum Nationalrat entspricht.

Es ist nicht nachvollziehbar, warum in dem hier vorliegenden Kontext ein Nationalratsabgeordnetengehalt herangezogen werden soll.

Zu § 449 ASVG:

Mehrfach wurde vom VfGH ausgesprochen, dass eine staatliche Aufsicht über Selbstverwaltungskörper verfassungsrechtlich nur hinsichtlich ihrer „Verwaltungsführung“ zulässig ist. Gemäß § 449 ASVG des Entwurfes kann die Aufsichtsbehörde ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erstrecken und soll sich in diesen Fällen auf wichtige Fragen beschränken, die nunmehr im Abs. 2 definiert werden. Diese, im Gesetz demonstrativ aufgezählten, wichtigen Fragen beziehen sich jedenfalls auf sämtliche Angelegenheiten von enormer Wichtigkeit, die auch den Kern einer Selbstverwaltung betreffen (Einhaltung der im Rahmen der Zielsteuerung nach § 441f abgestimmten Ziele; Sicherstellung einer nachhaltig ausgeglichenen Gebarung; Beschlüsse, deren finanzielle Auswirkungen im Ausmaß von € 10 Mio. innerhalb eines Kalenderjahres oder mehrerer Kalenderjahre übersteigen; dauernde Veranlagung von Vermögensbeständen; Abschluss von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartnern, wenn diese Verträge eine wesentliche dauernde Belastung des Versicherungsträgers herbeiführen; Erlassung von Richtlinien nach § 84 Abs. 6 über die Verwendung der Mittel des Unterstützungsfonds; Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen nach dem G-ZG).

Durch diese Regelung kann das BMASGK die „Aufsicht“ jederzeit unter Berufung auf eine wichtige Frage ausüben und Beschlüsse der Verwaltungskörper aufheben. Das bedeutet nicht mehr nur die Ausübung einer Aufsichtsfunktion, sondern die Einräumung einer Entscheidungshoheit an den Staat, konkret an eine einzige Person, die für Millionen von Versicherten und Anspruchsberechtigten inhaltliche Entscheidungen trifft. Mehrheitsentscheidungen, wie sie bisher in den Gremien der Verwaltungskörper getroffen

wurden, existieren dann nicht mehr. Das Prinzip der Selbstverwaltung wird dadurch völlig ausgehöhlt.

Ferner kann von der Aufsichtsbehörde verlangt werden, Punkte von der Tagesordnung abzusetzen. Dieses Verlangen kann für ein und denselben Tagesordnungspunkt zwei Mal gestellt werden. Das bedeutet eine enorme Einschränkung für die Beschlussfassung in den Gremien der Verwaltungskörper. Bisher war vorgesehen, dass die Aufsichtsbehörde einem Beschluss eines Verwaltungskörpers die Genehmigung versagen bzw. einen Beschluss aufheben kann. Diese Regelung entspricht auch dem Aufsichtsrecht, während die nunmehr vorgeschlagene Regelung einmal mehr den Kontrollwillen des BMASGK und die damit verbundene Aushöhlung der Selbstverwaltung unterstreicht.

Zu § 452 ASVG:

Gemäß § 452 ASVG des Entwurfes haben die Versicherungsträger und der Dachverband durch Errichtung einer Aufsichtsgebühr zur Deckung der durch die Aufsicht erwachsenden sonstigen Kosten beizutragen. Deren Höhe hat die BMASGK nach Anhörung des betreffenden Versicherungsträgers (des Dachverbandes) zu bestimmen.

Aktuell werden 5 % der Beitragseinnahmen des Vorjahres von den Trägern an das BMASGK überwiesen. Unklar ist, in welcher Höhe die Kosten künftig anfallen werden. Auf Grund des Ausbaus der Aufsicht bzw. die vermehrte gesetzliche Einbeziehung des BMF wird es jedoch jedenfalls zu einer finanziellen Mehrbelastung kommen.

Zu § 538t Abs. 3 ASVG:

§ 538t Abs. 3 ASVG des Entwurfes regelt, dass die Personen, die am 31. Dezember 2019 in einem Dienstverhältnis zu einer Gebietskrankenkasse stehen, ab 1. Jänner 2020 Bedienstete der ÖGK sind. Nachdem im § 718 Abs. 12 Z 3 ASVG des Entwurfes für die Bediensteten des Hauptverbandes ausdrücklich normiert ist, dass die aus dem bisherigen Dienstverhältnis und der für die Bediensteten anzuwendenden Dienstordnung zustehenden Rechte unverändert gewahrt bleiben, ist eine solche Regelung auch im § 538t ASVG des Entwurfes für die Bediensteten der künftigen ÖGK aufzunehmen.

Zu § 538w Abs. 2 ASVG:

Der Überleitungsausschuss kann sämtliche Beschlüsse, für deren Wirksamkeit die Zustimmung der Kontrollversammlung erforderlich ist, vor Beschlussfassung im Vorstand der jeweiligen Gebietskrankenkasse an sich ziehen und über diese Angelegenheiten selbst entscheiden. Das gilt auch für sämtliche Entscheidungen, die sich auf die Zusammenführung der Versicherungsträger auswirken.

Dadurch wird die Selbstverwaltung in den Gebietskrankenkassen/Landestellen bereits mit Einsetzen des Überleitungsausschusses weitgehend ausgeschaltet.

Zu § 538w Abs. 3 ASVG:

Gemäß § 538w Abs. 3 ASVG des Entwurfes soll der Überleitungsausschuss für das Jahr 2020 eine konsolidierte Gebarungsvorschaurechnung erstellen sowie längstens bis 31.12.2019 einen Jahresvoranschlag beschließen.

Eine Wirtschaftsprognose kann maximal die kommenden zwei Jahre abdecken, weshalb eine Gebarungsvorschaurechnung für vier Jahre, wie im Entwurf vorgesehen, keinen Mehrwert bietet. Die in § 443 Abs. 2 ASVG des Entwurfes vorgesehene rollierende

Vorschau auf Positionenebene stellt hingegen einen massiven Mehraufwand bei der Erstellung der Gebarungsvorschau dar und die Jahre drei und vier sind nur rudimentär abschätzbar.

Darüber hinaus widerspricht die frühe Beschlussfassung des Jahresvoranschlages bis 31.12.2019 den aktuellen Rechnungsvorschriften (15.02.). Diese sind jedenfalls seitens der BMASGK neu zu erlassen und in diesem Sinne anzupassen.

Zu § 538w Abs. 5 und 6 ASVG:

Der Überleitungsausschuss kann Vertreter mit beratender Funktion zu allen Sitzungen der Verwaltungskörper entsenden. Er ist von allen Sitzungen auf gleiche Weise wie ein Mitglied dieses Verwaltungskörpers in Kenntnis zu setzen und muss alle Behelfe erhalten. Auf Verlangen sind ihm auch alle erforderlichen Mitteilungen zur Erfüllung seiner Aufgaben zu machen.

Durch die überbordenden, monatlichen Berichtspflichten gemäß § 718 Abs. 16 ASVG des Entwurfes werden viel mehr Ressourcen als bisher durch das Berichtswesen gebunden sein und damit nicht den Versicherten zur Verfügung stehen.

Zu § 718 Abs. 6 ASVG:

Die bis 31.12.2019 von den KV-Trägern abgeschlossenen Gesamt- und Einzelverträge mit Vertragspartnern (z.B. ÄK, ÖRK, Physioinstitute, Dialyseinstitute etc.) gelten gemäß § 718 Abs. 6 ASVG des Entwurfes vorläufig bis zu neuen Vertragsabschlüssen durch die ÖGK weiter.

Einige Vereinbarungen stellen steirische Spezifika dar (Kariesprophylaxe mit Styria Vitalis, Drogensubstitution mit der I.K.A. etc.) bzw. sind in den Bundesländern unterschiedlich geregelt: In der Steiermark sind Vertragspartner für Physiotherapie selbstständige Ambulatorien, während z.B. in Oberösterreich Verträge mit freiberuflich tätigen Physiotherapeuten abgeschlossen wurden.

Aufgrund der unterschiedlichen Anbieterstruktur in den Bundesländern besteht die Gefahr, dass in vielen Fällen keine österreichweit einheitlichen Verträge zustande kommen, weshalb künftig ein unterschiedliches Leistungsangebot und damit für ÖGK-Versicherte bundesländerweise Unterschiede bestehen bleiben werden.

Zu 718 Abs. 15 ASVG:

Gemäß § 718 Abs. 15 ASVG des Entwurfes dürfen Bedienstete, die am 31.12.2018 in einem aufrechten Dienstverhältnis zum SV-Träger standen, nicht aus dem alleinigen Grund der Organisationsänderung durch das vorliegende Bundesgesetz gekündigt werden.

Alle anderen Arten ein Dienstverhältnis zu beenden, sind aber weiterhin möglich. Daneben ist auch eine Kündigung, die mittelbar aus Organisationsänderungen resultiert, denkbar. Darüber hinaus sind auch (verschlechternde) Versetzungen oder Betriebsverlegungen im Zuge von künftigen Aufgabenbündelungen möglich, die in weiterer Folge zur Beendigung des Dienstverhältnisses durch Bedienstete führen können. Daher kann aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten, ein Dienstverhältnis zu beenden, aus praktischer Sicht keinesfalls von der vielpropagierten „Jobgarantie“ gesprochen werden.

In diesem Zusammenhang ist auch hervorzuheben, dass die präsentierten Planungen für den Personalabbau in der Sozialversicherung (10% in 3 Jahren, 30% in 10 Jahren) in keiner Weise nachvollziehbar sind. Diese Verringerung des Personalstandes kann nicht mittels strategischer Pensionierungen erfolgen, sodass die vorliegende Prognose als unrealistisch zu betrachten ist. Jedenfalls könnten bei einem derartigen Personalabbau Aufgaben nicht mehr im bisherigen Ausmaß bzw. in dieser Qualität erledigt werden.

Zu § 718 Abs. 17 ASVG:

Der Dachverband hat gemäß § 718 Abs. 17 ASVG des Entwurfes dafür zu sorgen, dass die besondere Fach- und Führungskräfteausbildung in Kooperation mit bestehenden Fachhochschulen ab 01.01.2021 als Kolloquium erfolgen kann.

Die Durchführung dieser Ausbildung durch nunmehr externe Stellen verursacht einerseits Mehrkosten, auf der anderen Seite liegen die fachlichen Kompetenzen, insbesondere für die Fachausbildung der Mitarbeiter, bereits beim HVB bzw. bei den Trägern vor, sodass eine Auslagerung an Fachhochschulen auch vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar erscheint.

- **Zu den einzelnen Bestimmungen des ZPFSG**

Zu den §§ 5 und 11 ZPFSG:

Der ÖGK wird zukünftig nur im „begründeten Einzelfall“ ein Anregungsrecht für eine Sozialversicherungsprüfung zugestanden.

Abgesehen davon, dass nicht determiniert ist, was unter einem „begründeten Einzelfall“ zu verstehen ist, stellt eine Insolvenzprüfung in der derzeitigen Prüfungssystematik eine Bedarfsprüfung dar. Der ÖGK soll künftig nur das Recht zustehen, eine solche anzuregen. Es ist gesetzlich sicher- bzw. klarzustellen, dass im Insolvenzfall (wie auch bei Abweisungen mangels Vermögens oder bei Insolvenzurückweisungen) ausnahmslos eine Prüfung durchgeführt werden muss. Dies umso mehr, als der Prüfungsauftrag ausschließlich vom Finanzamt der Betriebsstätte zu erteilen ist (§ 10 Abs. 2 ZPFSG).

Ein bloßes Anregungsrecht reicht in diesen Fällen nicht aus. Im Jahre 2017 wurden bei der STGKK Forderungen von etwa € 11 Mio. aus Insolvenzprüfungen belastet (im Jahr 2016 € 16 Mio.). Berücksichtigt man die Insolvenzquoten und die Ansprüche gegenüber dem Insolvenz-Entgelt-Fonds, so resultieren aus diesen Forderungen letztlich Einnahmen von rund € 8 Mio. Umgerechnet auf alle Gebietskrankenkassen (die zukünftige ÖGK) bedeutet dies eine Verringerung des Forderungsvolumens von bis zu € 80 Mio. bzw. Einnahmenverluste von bis zu € 60 Mio. Weitere Verluste, insbesondere solche durch den Entgang der Haftungen nach § 67 ASVG aus nicht durchgeföhrten Insolvenzprüfungen, sind in dieser Berechnung noch gar nicht berücksichtigt.

Der Verringerung des Beitragsvolumens von € 80 Mio. entspricht aber auch eine Verringerung der Beitragsgrundlagen (Berechnungsgrundlagen) der von einer Insolvenz betroffenen Arbeitnehmer im Ausmaß von etwa € 200 Mio., was sich negativ auf deren (zukünftige) Geldleistungen auswirken würde, sollte nicht ausnahmslos im Insolvenzfall geprüft werden.

Zudem bot die Beauftragung einer Insolvenzprüfung bislang auch die Möglichkeit, wichtige Informationen zur Geltendmachung der Haftung nach dem

Arbeitskräfteüberlassungsgesetz (Feststellung von überlassenen Arbeitnehmern, Berechnung der Beitragsgrundlagen und der Dienstgeberbeiträge) und der Auftraggeberhaftung (Ausgangsrechnungen, Aufträge, Buchhaltungsunterlagen) bzw. bei Prüfung eines Unternehmens wegen Betriebsübergangs in Zusammenhang mit einer Haftung gemäß § 67 Abs. 4 ASVG (im Jahr 2017 hat die STGKK aufgrund von Beitragsprüfungen Betriebsnachfolgehaftungen im Ausmaß von immerhin über einer € 1 Mio.) zu erhalten.

Für die Durchsetzung dieser Haftungen bedarf es entweder der Organisation eines Erhebungsdienstes oder es sind entsprechende „Anregungen“ des Sozialversicherungsträgers auf Durchführung einer Prüfung als Verpflichtung zu betrachten.

Eine entsprechende gesetzliche Formulierung dieser Verpflichtung erachten wir als zwingend notwendig.

Zu § 15 ZPFSG:

Abs. 1:

Umfassst von einer Dienstzuweisung zum Bund sind laut § 15 Abs. 1 des Gesetzesentwurfes Bedienstete der ÖGK, die dem administrativen Bereich der GPLA angehören, jene die Leistungstätigkeiten verrichten, jene die im Competence Center GPLA tätig sind, jene die mit juristischen Tätigkeiten befasst sind, Erhebungs- und Kontrollorgane, die im Zusammenhang mit der GPLA tätig sind und die Prüfer.

Diese Regelung ist völlig unbestimmt und bedarf einer Klarstellung.

Abs. 4:

Unklar ist auch die Formulierung des Abs. 4 letzter Satz: Dem nach Abs. 3 berufenen Organ, das ist die Fachaufsicht = Fachvorstände = Vorstand, kommt insbesondere die Kompetenz zu, „für einen geordneten Ablauf des gemeinsamen Prüfbereichs notwendige Betriebsvereinbarungen abzuschließen, zu verändern oder zu beenden.“ Wenn die zugewiesenen Bediensteten hinsichtlich ihrer dienst- und besoldungsrechtlichen Bestimmungen Angestellte der Österreichischen Gesundheitskasse bleiben, gelten auch die Betriebsvereinbarungen weiter. Es stellt sich daher die Frage, wer mit wem neue Betriebsvereinbarungen abschließt und welche Betriebsvereinbarungen zu ändern oder gar zu beenden sind.

Abs. 5:

Gemäß § 15 Abs. 5 ZPFSG haben die zugewiesenen Bediensteten einen Anspruch auf Aufnahme in ein Dienstverhältnis zum Bund und können bis 30.11.2021 diese Aufnahme mit Wirksamkeit ab 01.01.2022 durch Erklärung erwirken. Nebenabreden sind nicht zulässig. Die im Rahmen der Zuweisung zum Bund zurückgelegte Dienstzeit ist nach der Maßgabe der Regelungen für zeitabhängige Ansprüche anzurechnen. Das bedeutet die Anrechnung von Vordienstzeiten von 2 Jahren (01.01.2020 bis 01.01.2022), während die einschlägigen Vordienstzeiten, die Bedienstete in der STGKK zurückgelegt haben, jedoch unberücksichtigt gelassen werden.

Abs. 7:

Durch die Regelung des Abs. 7, wonach die Zuweisung individueller Bediensteter vom Bund aus wichtigen Gründen vorzeitig beendet werden kann, wird die Möglichkeit für den Bund geschaffen, zugewiesene Bedienstete einseitig wieder in den Dienst der ÖGK zu stellen. Eine Definition der „wichtigen Gründe“ oder ein Verweis auf einschlägige

arbeitsrechtliche Vorschriften fehlt. Aus Gründen der Rechtssicherheit sind diese jedoch jedenfalls im Gesetz zu definieren. Diese Regelung ist unsachlich und nicht nachvollziehbar.

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die Umsetzung der geplanten Gesetzesbestimmungen alle vorhandenen Standardprodukte berührt. Es ist daher davon auszugehen, dass massive Änderungen vorzunehmen sein werden, wobei die konkreten Erfordernisse derzeit nicht abgeschätzt werden können.

Mit freundlichen Grüßen

Der Obmann:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ing. Harb". The signature is fluid and cursive, with a large, stylized 'H' on the left and a more compact 'ar' on the right.

Ing. Harb