

Auskunft:

Dr. Martina Jutz

T +43 5574 511 20220

Zahl: PrsG-452-1/BG-1193

Bregenz, am 19.10.2018

Betreff: 1.) Sozialversicherungs-Organisationsgesetz-SV-OG (GZ: BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018); Entwurf;
2.) Notarversicherungs-Überleitungsgesetz-NV-ÜG (GZ: BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018); Entwurf;
3.) Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung-ZPFSG (GZ: BMF-010000/0036-IV/1/2018); Entwurf;
Stellungnahme

Bezug: Schreiben vom 14. September 2018, GZ: BMASGK-21119/0004-II/A/1/2018 und GZ: BMF-010000/0036-IV/1/2018

Anlagen: 2

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu den im Betreff genannten Gesetzesentwürfen wird Stellung genommen wie folgt:

I. Allgemeines:

I.1. Die in den Gesetzesentwürfen enthaltenen Änderungen dienen der Umsetzung der im Regierungsprogramm der Bundesregierung 2017 bis 2022 vorgesehenen Strukturbereinigung im Bereich der Sozialversicherungsträger. Aus Sicht des Landes Vorarlberg bedarf es jedenfalls einiger Klarstellungen und Nachbesserungen.

I.2. Im Rahmen der vorgesehenen Strukturbereinigung erwartet das Land Vorarlberg, dass die Optimierung von Prozessen und Strukturen im Sozialversicherungsbereich langfristig zu freiwerdenden finanziellen Ressourcen im System führt, welche der Versorgung der Versicherten und der Fortführung der aktuellen Gesundheitsreform zugeführt werden können.

Da es sich um eine reine Strukturreform handelt, wird davon ausgegangen, dass keine

Auswirkungen auf die laufende und zukünftige Umsetzung der Gesundheitsreform zu erwarten sind und dass diese im Einklang mit den beiden geltenden Art. 15a B-VG-Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie Zielsteuerung Gesundheit steht.

Als wesentlich wird angesehen, dass die Reformierung der Sozialversicherungsträger keine negativen Auswirkungen auf die bundesweite und die regionale Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit und der Projekte der Gesundheitsreform hat; die bestehenden Projekte und Prozesse müssen wie bisher fortgeführt und weiterentwickelt werden können.

Weiters wird davon ausgegangen, dass die Strukturreform keine Einschränkungen des bisherigen Leistungsniveaus oder -umfanges bewirkt und dem Gesundheitsbereich (intra- wie extramural) von der Sozialversicherung künftig dieselben finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden wie bisher. Allfällige, aus der Reform resultierende Einsparungen müssen der Gesundheitsversorgung zugeführt und nicht für andere Zwecke verwendet werden. Ein klares und eindeutiges Bekenntnis hiezu wäre wünschenswert.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen:

II.1. Jahresvoranschlag, Geburungsvorschaurechnung und Rechnungsabschluss

Im vorgelegten Entwurf wird im § 443 Abs. 1 letzter Satz ASVG normiert, dass die im jeweiligen Bundesland entrichteten Beitragseinnahmen auch der jeweiligen Landesstelle zur Verfügung zu stellen sind und der bisherige Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen abgeschafft wird (§ 447a ASVG).

Im Gesetzesentwurf bzw. in den diesbezüglichen Erläuternden Bemerkungen sollte eine Klarstellung hinsichtlich der Erstellung des Jahresvoranschlages der Österreichischen Gesundheitskasse sowie der Landesstellen erfolgen. Insbesondere sollten folgende Punkte nachgeschärft werden:

a) Beiträge, Erträge und Jahresvoranschlag der Landesstellen:

Abhängig von den Funktionen der Landesstellen bei der Auszahlung der Leistungsaufwendungen (z.B. Wochengeldersatz, Ersatz für Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Zahngesundheitsfonds, etc.) an die Versicherten sind den Landesstellen die dafür notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen, zumal diese Zahlungen durch entsprechende Rechtsansprüche der Versicherten abgesichert sind.

Da von keinen kurzfristigen Änderungen in der Aufgabenverteilung der Landesstellen auszugehen ist, sollte in den Erläuternden Bemerkungen klargestellt werden, dass nach dem Prinzip der einnahmegerichteten Ausgabenpolitik die kommenden Voranschläge der Landesstellen auf den Voranschlägen der Gebietskrankenkassen aufbauen müssen.

Bezüglich der Finanzierung der bisherigen freiwilligen Leistungen der Versicherungsträger wird

darauf hingewiesen, dass seitens der bundespolitischen Ebene stets versichert wurde, dass es keine Leistungsverschlechterungen geben darf. Dies kann insbesondere dadurch sichergestellt werden, dass die Österreichische Gesundheitskasse in alle Verträge der Gebietskrankenkassen eintritt. Zusätzlich sollte ein längeres Übergangsrecht für die freiwilligen Leistungen geprüft werden.

b) Rücklagen:

Im Jahresvoranschlag bzw. in der Bilanz (§§ 443 und 444 ASVG) sollten die diversen Rücklagen (Leistungssicherungsrücklage, Allgemeine und Besondere Rücklagen) den Landesstellen zugeordnet werden, was eine Angelegenheit der Rechnungslegungsvorschriften darstellt.

Deshalb sollte in den Erläuternden Bemerkungen klargestellt werden, dass insbesondere die in den Gebietskrankenkassen gebildeten Leistungssicherungsrücklagen in den Rechenwerken der Österreichischen Gesundheitskasse auch zukünftig auf der jeweiligen Bundesländerebene dargestellt werden und damit dort angelegt und verwendet werden können.

c) Sonstige Bemerkungen:

Im § 444 ASVG sollte klargestellt werden, dass für die Österreichische Gesundheitskasse – entsprechend dem Jahresvoranschlag und der Geburungsvorschaurechnung – auch der Rechnungsabschluss sowohl je Bundesland als auch für den gesamten Bereich des Versicherungsträgers zu erstellen ist. Diese Detaillierung ist nicht nur aus vertragsrechtlichen Gründen erforderlich, sondern auch zur Erstellung des Voranschlags sowie der Gewinn- und Verlustrechnung entsprechend § 443 ASVG.

Ein verpflichtendes Monitoring und Benchmarking wäre zur Sicherstellung der Effizienz und Optimierung in den Landesstellen sinnvoll.

Weiters sollte – entweder durch die Möglichkeit der Bildung sonstiger Rücklagen oder in Verbindung mit dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds – den Landesstellen ein Anreiz zu einem bedarfsgerechten Umgang mit den Versicherungsbeiträgen geschaffen werden und sollten dementsprechend „Gewinne“ aus der laufenden Geschäftsgebarung künftig für Projekte und Maßnahmen der Zielsteuerung im jeweiligen Bundesland zur Verfügung stehen.

II.2. Innovations- und Zielsteuerungsfonds der Österreichischen Gesundheitskasse, Zielsteuerung-Sozialversicherung

Die Einrichtung eines Innovations- und Zielsteuerungsfonds (§ 447a ASVG) wird grundsätzlich begrüßt. Es sollte jedoch jedenfalls im Gesetz klargestellt werden, in welcher Höhe Mittel für die Finanzierung von Gesundheitsreformprojekten in den Landesstellen bzw. für die Zielsteuerung nach § 441f Abs. 5 ASVG zur Verfügung stehen. Die Verlagerung dieser Entscheidung in die zu erlassende Geschäftsordnung wird kritisch beurteilt und als nicht zweckmäßig erachtet.

Für jede Landesstelle sollte ein bestimmter Sockelbetrag für Gesundheitsreformprojekte gesetzlich bzw. in den Rechnungslegungsvorschriften fixiert werden, um die Handlungs- und Gestaltungsspielräume in den Landeszielsteuerungskommissionen für die Entwicklung und Durchführung innovativer Gesundheitsreformprojekte zu erhöhen.

Kritisch beurteilt wird die Festlegung der Kriterien für die Verteilung der Mittel im Rahmen des Zielsteuerungssystems der Österreichischen Gesundheitskasse im Rahmen der Geschäftsordnung, weshalb die gesetzliche Festlegung dieser Kriterien gefordert wird. Damit soll sichergestellt werden, dass im Rahmen des Zielsteuerungssystems der Österreichischen Gesundheitskasse gemäß § 441f Abs. 5 ASVG Anreize zu effizientem Wirtschaften gesetzt werden.

II.3. Aufgaben und Zuständigkeiten der Landesstellenausschüsse

Die Aufgaben und Zuständigkeiten der Landesstellenausschüsse sollten in den folgenden Punkten nachgeschärft werden:

a) § 434 Abs. 2 Z. 1 ASVG:

Das Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist im Rahmen der neuen Art. 15a B-VG Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit kein Vertrag im Sinne des ABGB mehr, sondern ein Beschluss der Landes-Zielsteuerungskommission.

Da die Landesstellenausschüsse ihre Vertreter in die Gesundheitsplattformen und Landes-Zielsteuerungskommissionen der jeweiligen Landesgesundheitsfonds entsenden und dort im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit mitwirken, sollten sie für die Ausarbeitung und Verhandlung des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens zuständig sein. Der Beschluss des Landeszielsteuerungsabkommens müsste somit bei der Landesstelle liegen.

Daher sollte § 434 Abs. 2 Z. 1 ASVG um die Wortfolge „sowie Verhandlung und Beschluss des Landes-Zielsteuerungsübereinkommens nach dem G-ZG“ ergänzt werden. Dementsprechend wäre die Zuständigkeit des Verwaltungsrates im § 432 Abs. 3 Z. 4 ASVG auf ein Zustimmungsrecht zu adaptieren.

Um die – im § 434 Abs. 2 Z. 1 ASVG vorgesehenen – Entscheidungsmöglichkeiten zur regionalen Planung durch die Landesstellenausschüsse in der Realität tatsächlich sicherzustellen, muss die Verbindlichkeit der Beschlüsse der Landes-Zielsteuerungskommission über den Regionalen Strukturplan Gesundheit im ambulanten Bereich klargestellt werden, weshalb eine eindeutige Bindung der Stellenplanung an die Regionalen Strukturpläne im ambulanten Bereich gesetzlich festgelegt werden muss.

b) § 434 Abs. 2 Z. 2 ASVG:

In Vorarlberg werden verschiedene Projekte zwischen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Vorarlberger Ärztekammer im Gesamtvertrag geregelt, die es in dieser Form nicht in allen Bundesländern gibt (wie etwa das Dringlichkeitssystem, die E-Medikation oder die Zielvereinbarung-Medikamente). Es wird davon ausgegangen, dass die Möglichkeit zur Regelung solcher regional spezifischer Versorgungseinheiten auch in Zukunft gegeben sein wird.

Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass Zusatzvereinbarungen zu Gesamtverträgen zur Wahrung regionaler, sachlich erforderlicher Versorgungsbesonderheiten auf Landesebene verhandelt und auf regionaler Ebene gemäß § 342 Abs. 2b ASVG geregelt werden können.

§ 434 Abs. 2 Z. 2 sollte deshalb lauten:

„Verhandlungen gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen sowie von Zusatzvereinbarungen zu Gesamtverträgen, sofern diese zur Wahrung regionaler Besonderheiten sachlich erforderlich sind, mit den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen und den Gruppenpraxen auf regionaler Ebene;“

II.4. Dezentrale Aufgabenverteilung

Die mit dem Gesetzesentwurf verfolgte Absicht, im Wesentlichen die Strategie zu zentralisieren und im Übrigen die Verwaltung dezentral zu gestalten, sollte im Gesetzestext (und in den Erläuternden Bemerkungen) stärker zum Ausdruck kommen.

§ 418 Abs. 4 ASVG sollte deshalb wie folgt ergänzt werden:

„Die Aufgaben der Österreichischen Gesundheitskasse sind zwischen der Haupt- und allen Landesstellen regional ausgewogen zu verteilen. Hierbei ist darauf zu achten, dass allen Landesstellen auch Aufgabengebiete zur verantwortlichen Führung übertragen werden.“

II.5. Vertretung der Landesebenen im Verwaltungsrat

Im Verwaltungsrat der Österreichischen Gesundheitskasse sollte unbedingt auf eine regional ausgewogene Besetzung geachtet werden, die auch gesetzlich zu normieren ist. Daher sollte vorgesehen werden, dass bei der Bestellung von Versicherungsvertretern in den Verwaltungsrat durch die Interessensvertretungen diese regionale Ausgewogenheit berücksichtigt wird und jedenfalls mehr als die Hälfte der entsendeten Versicherungsvertreter aus (mehreren) Bundesländern kommen, die in einem anderen Ort ihren Hauptwohnsitz haben als am Ort des Sitzes der Österreichischen Gesundheitskasse. Eine repräsentative Mindestvertretung der Bundesländer ist sicherzustellen.

II.6. Weitergeltung der Verträge der Gebietskrankenkassen

Im § 718 Abs. 6 ASVG ist die Weitergeltung der zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden Gesamtverträge der Gebietskrankenkassen zur Erbringung der Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen. Es muss klargestellt werden, dass von dieser Bestimmung auch

die im Rahmen von Zielsteuerungsprojekten mit dem Land bzw. mit dem Landesgesundheitsfonds abgeschlossenen Verträge umfasst sind.

In der Anlage werden die Stellungnahmen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Vorarlberg zur Information übermittelt.

Freundliche Grüße

Für die Vorarlberger Landesregierung
Die Landesrätin

Dr. Barbara Schöbi-Fink

Ergeht an:

1. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: stellungnahmen@sozialministerium.at
2. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: vera.pribitzer@sozialministerium.at
3. Bundesministerium für Finanzen, Johannesgasse 5, 1010 Wien, E-Mail: e-Recht@bmf.gv.at

Nachrichtlich an:

1. Präsidium des Bundesrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at
2. Präsidium des Nationalrates, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: begutachtungsverfahren@parlament.gv.at
3. Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz - Verfassungsdienst, Museumstraße 7, 1070 Wien, E-Mail: SEKTION.V@bmrvdj.gv.at
4. Mag. a Martina Ess, E-Mail: info@martina-ess.com
5. Herrn Bundesrat Dr Magnus Brunner, E-Mail: magnus.brunner@parlament.gv.at
6. Herrn Bundesrat Christoph Längle, Thomas Lirer Weg 32, 6840 Götzis, E-Mail: c.laengle@gmx.biz
7. Herrn Nationalrat Karlheinz Kopf, Rheinstraße 24, 6844 Altach, E-Mail: karlheinz.kopf@oevpklub.at
8. Herrn Nationalrat Ing. Reinhold Einwallner, Merbodgasse 106, 6900 Bregenz, E-Mail: reinhold.einwallner@parlament.gv.at
9. Herrn Nationalrat Norbert Sieber, Fluh 37, 6900 Bregenz, E-Mail: norbert.sieber@parlament.gv.at
10. Herrn Nationalrat Dr. Reinhard Eugen Bösch, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: reinhard.boesch@fpoe.at
11. Herrn Nationalrat Mag Gerald Loacker, Dr. Karl Renner-Ring 3, 1017 Wien, E-Mail: gerald.loacker@parlament.gv.at
12. Amt der Burgenländischen Landesregierung, Landhaus, 7000 Eisenstadt, E-Mail: post.lad@bgld.gv.at
13. Amt der Kärntner Landesregierung, Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt, E-Mail: abt1.verfassung@ktn.gv.at
14. Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten, E-Mail: post.landnoe@noel.gv.at
15. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Landhausplatz 1, 4021 Linz, E-Mail: verfd.post@ooe.gv.at
16. Amt der Salzburger Landesregierung, Chiemseehof, 5010 Salzburg, E-Mail:

- landeslegistik@salzburg.gv.at
17. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Landhaus, 8011 Graz, E-Mail: post@stmk.gv.at
18. Amt der Tiroler Landesregierung, Wilhelm-Greil-Straße 25, 6020 Innsbruck, E-Mail: post@tirol.gv.at
19. Amt der Wiener Landesregierung, Rathaus, 1082 Wien, E-Mail: post@md-r.wien.gv.at
20. Verbindungsstelle der Bundesländer, Schenkenstraße 4, 1010 Wien, E-Mail: vst@vst.gv.at
21. Institut für Föderalismus, z. Hd. Herrn Dr. Peter Bußjäger, Adamgasse 17, 6020 Innsbruck, E-Mail: institut@foederalismus.at
22. VP-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@volkspartei.at
23. SPÖ-Landtagsfraktion, 6900 Bregenz, E-Mail: gerhard.kilga@spoe.at
24. Landtagsfraktion der Freiheitlichen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub@vfreiheitliche.at
25. Landtagsfraktion der Grünen, 6900 Bregenz, E-Mail: landtagsklub.vbg@gruene.at
26. NEOS - Das Neue Österreich und Liberales Forum, E-Mail: sabine.scheffknecht@neos.eu
27. Abt. Personal (PrsP), Intern
28. Abt. Finanzangelegenheiten (IIIa), Intern
29. Abt. Vermögensverwaltung (IIIb), Intern
30. Abt. Geburungskontrolle (IIIc), Intern
31. Abt. Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa), Intern
32. Abt. Gesundheit und Sport (IVb), Intern
33. Abt. Sanitätsangelegenheiten (IVd), Intern
34. Abt. Landwirtschaft und ländlicher Raum (Va), Intern
35. Abt. Allgemeine Wirtschaftsangelegenheiten (Vla), Intern
36. Bezirkshauptmannschaft Bludenz (BHBL), Intern
37. Bezirkshauptmannschaft Feldkirch (BHKF), Intern
38. Bezirkshauptmannschaft Dornbirn (BHDO), Intern
39. Bezirkshauptmannschaft Bregenz (BHBR), Intern

	<p>Dieses Dokument wurde amtssigniert.</p> <p>Dieses Dokument ist amtssigniert im Sinne des E-Government-Gesetzes.</p> <p>Mechanismen zur Überprüfung des elektronischen Dokuments sind unter https://pruefung.signatur.rtr.at/ verfügbar.</p> <p>Ausdrucke des Dokuments können beim Amt der Vorarlberger Landesregierung Landhaus A-6901 Bregenz E-Mail: land@vorarlberg.at überprüft werden.</p>
---	---

Per E-Mail an:

Ref.12-Stellungnahmen@sozialversicherung.at

Hauptverband der österreichischen
 Sozialversicherungsträger
 Postfach 600
 1031 Wien

AnsprechpartnerIn
Herr Dir.Stv. Dr. Ulrich Tumler

Ihr Zeichen, Datum
ZI. REP-43.00/18/0186
17.09.2018

Unser Zeichen
ZDD-D-2018-220

Datum
04.10.2018

Hauptstelle
 6850 Dornbirn, Jahngasse 4
 Tel. +43 (50) 84 55-1100
 Fax +43 (50) 84 55-1109
direktion@vgkk.at
www.vgkk.at

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Vorarlberger Gebietskrankenkasse nimmt wie folgt Stellung:

Allgemeines:

Das österreichische Gesundheitswesen ist europaweit durch eine hohe Zufriedenheit und eine der niedrigsten Raten an unbefriedigtem medizinischem Bedarf gekennzeichnet. Die dennoch bestehenden Schwächen in diesem System (Spitalslastigkeit, Schnittstellenverluste, starre Versorgungsstrukturen...) sind vielschichtig und haben verschiedene Ursachen. Sie liegen jedoch vorwiegend auf der Ebene der unterschiedlichen Kompetenzen von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Leistungsanbietern. Dies haben verschiedene Studien ausreichend belegt (u.a. Studie der LSE zu den Effizienzpotentialen im österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystem, Studie des IHS zur Zukunft der sozialen Krankenversicherung). Eine Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen als größte regional organisierte gesetzliche Krankenversicherung in Österreich auf eine einzige zentrale Kasse leistet keinen entscheidenden Beitrag zur Lösung dieser Probleme.

Öffnungszeiten . Montag bis Freitag 7:30 - 12:00 und 13:00 - 16:00 Uhr
Bankverbindung . Dornbirner Sparkasse . IBAN AT94 2060 2000 0004 0055 . BIC DOSPAT2D

Seite 1 von 10

Die Österreichische Verfassung determiniert die Wesensmerkmale der Selbstverwaltung wie folgt:¹

- die autonome Wahrnehmung von öffentlichen Aufgaben, die einer Gruppe von Menschen gemeinsam ist und die in deren eigenem oder überwiegenden Interesse liegt,
- eine vom Staat unabhängige, weisungsfreie Verwaltung der eigenen Angelegenheiten,
- Willensbildung nach demokratischen Grundsätzen: die mit entscheidungsbefugten Aufgaben betrauten Organe sind aus dem Kreis der Mitglieder demokratisch zu legitimieren,
- eine sachgerechte Abgrenzung der im Wege der Selbstverwaltung wahrzunehmenden Aufgaben und die Bereitstellung der zur Aufgabenbesorgung erforderlichen Ressourcen.

Angesichts dieser Wesensmerkmale erscheinen vor allem die paritätische Besetzung der Gremien der ÖGK mit Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter/innen, die Verlagerung der GPLA zu den Finanzbehörden sowie die erheblichen Ausweitungen der Kompetenzen der Aufsicht verfassungsrechtlich bedenklich. Die Kasse geht jedoch davon aus, dass diese Bestimmungen ohnehin einer entsprechenden Prüfung durch den VfGH unterzogen werden und beschränkt sich daher im Folgenden auf die einfachgesetzlichen Bedenken zum Entwurf.

Wichtigstes Ziel der VGKK war und ist es, die bestmögliche Versorgung für unsere Vorarlberger Versicherten zu bieten: wohnortnah, persönlich, flexibel und auf höchstem Niveau. Reformen, die diesbezüglich zu Verbesserungen führen, werden von uns unterstützt. Reinen Zentralisierungen, die ein bewährtes System verschlechtern, können wir hingegen nichts abgewinnen und lehnen sie ab. In der gegenständlichen Gesundheitsreform der Bundesregierung sehen wir uns daher als konstruktiven Partner im Dienste der Vorarlberger Versicherten.

Folgende Eckpunkte sind im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Versicherten in Vorarlberg im Rahmen der Strukturänderung jedenfalls zu beachten:

1. Das Geld der Vorarlberger muss im Land bleiben

Dies wurde nach Aussagen des Landes auf politischer Ebene vereinbart. Im Gesetzesentwurf findet dies nur unzureichend Niederschlag.

a) Rücklagen:

Das Ersparne, d.h. die **Rücklagen** (VGKK per 31.12.2017: Leistungssicherungsrücklage iHv rd. 30,3 Mio Euro und Unterstützungsfondsrücklage iHv rd. 3,2 Mio Euro) müssen **im Land** bleiben und hier – ohne Weisungen der ÖGK – verwendet werden dürfen.

b) Beiträge:

Die Leistungen für die Versicherten – nicht nur die gesetzlichen sondern auch die freiwilligen – dürfen nicht beschnitten werden. Mit den Beiträgen der Versicherten allein kann die bisherige gute Versorgung der Anspruchsberechtigten in Vorarlberg nicht aufrechterhalten werden. Es sind daher auch die **Erträge der bisherigen GKK** in die Budgetierung **auf Landesebene** einzubeziehen.

2. Die gute Versorgung im Land muss erhalten bleiben und durch regionale Spielräume weiterentwickelt werden können

Innovationen: Wir wollen nicht wegen jeder Verbesserung für unsere Versicherten in Wien um Erlaubnis bitten müssen. Dies betrifft vor allem den Innovations- und Zielsteuerungsfonds.

Darüber hinaus müssen jedoch auch **regionale Spielräume im Bereich der Versorgung der Versicherten** erhalten bleiben und weiterentwickelt werden können. Nicht nur die Honorierung der Ärzte muss durch die Landesstellen geregelt, sondern im Wege von Zusatzvereinbarungen

¹ die nachfolgende Aufzählung entstammt der Präsentation von Prof. Berka anlässlich der 46. Tagung der Deutsch-Österreichischen Zukunftswerkstatt zur sozialen Krankenversicherung in Graz am 25.09.2018

zu den Gesamtverträgen das bestehende Versorgungsniveau auch weiterentwickelt werden können. Das gleiche gilt für die Sicherstellung der regionalen Versorgung mit anderen Gesundheitsdiensteanbietern.

3. Eine regionale Selbstverwaltung muss in der zukünftigen ÖGK zur Sicherung der Versorgung der Versicherten in Vorarlberg mitbestimmen können

Regionale Anliegen der Versicherten müssen in der ÖGK-Zentrale in Wien entsprechend **vertreten** werden können. Es darf daher gesetzlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse Mitglied im Verwaltungsrat sind. Darüber hinaus ist es zur Abbildung einer repräsentativen Vertretung aller Regionen notwendig, im Gesetz zu normieren, dass **bei der Entsendung der Versicherungsvertreter** in den neuen Gremien der ÖGK auch eine **regionale Ausgewogenheit** zu wahren ist.

4. Festlegung der Kriterien für den Innovations- und Zielsteuerungsfonds:

Kriterien für die Vergabe der Mittel aus dem Fonds sind **im Gesetz zu regeln** sein. Es kann nicht sein, dass lediglich im Wege einer Geschäftsordnung (!) die Mittelzuweisung festgelegt wird.

5. Erhalt hochwertiger Arbeitsplätze im Land

Wir haben sehr gute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und möchten ihnen eine Perspektive im Land geben. Voraussetzung für das Gelingen der Gesundheitsreform sind fachlich bestens ausgebildete und motivierte MitarbeiterInnen – das ist bei uns der Fall. Die Bundesregierung hat wiederholt auf die Wichtigkeit der Dezentralisierung von Dienststellen im öffentlichen Bereich (nicht alle öffentlichen Stellen in Wien angesiedelt) hingewiesen: Schaffung und Erhalt von **hochwertigen Arbeitsplätzen** auch in den Bundesländern! Dies ist durch Aufnahme einer entsprechenden Rahmenvorgabe für die Aufgabenverteilung der Landesstellen im Gesetz sicherzustellen.

Zu den einzelnen Bestimmungen des SV-OG

Zu Art. 1 (ASVG):

Zu § 30a Abs. 2, 30b Abs. 3, 30c Abs. 3

Die Bestimmungen stehen in Widerspruch zu den angestrebten Vereinheitlichungen. Sie führen zu einer Zersplitterung der bislang beim Hauptverband angesiedelten Kompetenzen auf verschiedene Träger und erschweren damit die Koordinierung.

Sollte eine Aufgabenverteilung unumgänglich sein, wird folgende Änderung vorgeschlagen:

§ 30a Abs. 2:

„(2) Der Dachverband kann die Vorbereitung von Richtlinien nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Es können nur solche Richtlinien zur Vorbereitung übertragen werden, von denen zumindest überwiegend nur ein Versicherungsträger betroffen ist. Die Übertragung hat diesfalls an diesen Versicherungsträger zu erfolgen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst.

§ 30b Abs. 3:

„(3) Der Dachverband kann die Vorbereitung von Richtlinien, Vorschriften und des Rehabilitationsplanes, die Vorbereitung der Herausgabe des Erstattungskodex sowie die Aufgaben nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen oder mehrere Versicherungsträger übertragen. Es können nur solche Richtlinien und Vorschriften zur Vorbereitung übertragen werden, von denen zumindest überwiegend nur ein Versicherungsträger betroffen ist. Die Übertragung hat diesfalls an diesen Versicherungsträger zu erfolgen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Ver-

ordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst.

§ 30c Abs. 3

„(3) Der Dachverband kann die Aufgaben nach Abs. 1 mit Beschluss der Konferenz zur Gänze oder zum Teil auf einen ~~oder mehrere~~ Versicherungsträger übertragen. Es können nur solche Aufgaben übertragen werden, von denen zumindest überwiegend nur ein Versicherungsträger betroffen ist. Die Übertragung hat diesfalls an diesen Versicherungsträger zu erfolgen. Wenn und soweit der Dachverband die Vorbereitung bis zum Ablauf des 30. Juni 2021 nicht überträgt, kann die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Übertragungen mit Verordnung vornehmen. Die Übertragung der Aufgabe mittels Verordnung gilt solange und soweit, als die Konferenz keinen eigenen Beschluss fasst

zu § 70a Abs. 3:

Im Fall von Mehrfachversicherungen werden bürokratische Hürden beseitigt, in dem Erstattungen der Beiträge zukünftig von Amts wegen zu erfolgen haben. Dies ist im Sinne der Versicherten grundsätzlich zu begrüßen.

§ 70a Abs. 3 regelt, welcher Krankenversicherungsträger die amtsweigige Erstattung der entrichteten Beiträge in der Krankenversicherung vornehmen muss. Es ist dies „*der leistungszuständige Versicherungsträger, der von der versicherten Person und ihren Angehörigen am geringsten in Anspruch genommen worden ist*“. Die Formulierung ist zu unbestimmt. Es ist nicht klar, ob „am geringsten“ an den verursachten Gesamtkosten, an der Anzahl der Arztbesuche, etc. beurteilt werden muss. Zudem bedeutet es für jeden Träger einen immensen Aufwand, die Leistungen für alle Mehrfachversicherten zuerst zu erheben, dann mit den Leistungen bei anderen Versicherungsträgern zu vergleichen um in weiterer Folge die eigene Zuständigkeit für die Beitragserstattung feststellen oder auch ausschließen zu können.

Eine Erstattung der Beiträge kommt zukünftig nur noch durch die Österreichische Gesundheitskasse oder die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau in Frage. Es wäre daher sinnvoll, im Gesetz die Zuständigkeit durch einen der beiden Träger zu bestimmen. In der derzeitigen Verwaltungspraxis wird die Erstattung der Krankenversicherungsbeiträge im Fall von Mehrfachversicherungen bei einer Gebietskrankenkasse und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) immer durch die BVA vorgenommen.

Zu § 84 Abs. 6:

Im Abs. 6 wird der Begriff „vom Vorstand zu erlassenden Richtlinien“ durch den Begriff „vom Verwaltungsrat zu erlassenden bundesweit einheitlichen Richtlinien“ ersetzt.

Folgende Änderung wird vorgeschlagen: „vom Landesstellenausschuss zu erlassenden Richtlinien“

Begründung: Rücklagen sollen laut den politischen Vorgaben und des Ministerratsvortrages den Landesstellen verbleiben. Konsequenter Weise muss dann auch dort über deren Verwendung autonom entschieden werden können.

Zu § 131 Abs. 1 iVm § 718 Abs. 4

Die Ergänzung des letzten Satzes soll entfallen.

Begründung: Die Bestimmung ist in sich widersprüchlich (einerseits bundeseinheitlich, andererseits Bedachtnahme auf regionale Honorarordnungen). Laut den Erläuterungen ist Ziel der Bestimmung die Vereinheitlichung mittels bundesweit einheitlicher Kostenerstattung! Gemäß § 718 Abs. 4 soll § 131 Abs. 1 in Kraft treten, wenn ein einheitlicher Leistungskatalog wirksam wird. Ein einheitlicher Leistungskatalog bedeutet jedoch nicht, dass die Tarife einheitlich sind. Im Gegenteil erklärt § 342 Abs. 2b Sonderregelungen hinsichtlich der Honorierung in Bezug auf die jeweilige Region für zulässig. Eine bundesweite Vereinheitlichung der Kostenerstattung führte damit jedoch zu unsachlichen Ergebnissen und u.U. zu Verschlechterungen für Versicherte. Außerdem ist die Formulierung unklar und unvollständig: was heißt „unter Bedachtnahme“ und weshalb nur Grundvergütungen und Zuschläge?

Zu § 149 Abs. 3a:

Die im fünften Satz eingefügte Wendung „zuzüglich 14,7 Millionen Euro“ wird abgelehnt.
 Begründung: Die Aufnahme der Privatklinik Währing (14,7 Mio.) verringert die Finanzmittel der ÖGK entsprechend.

Zu § 319a iVm § 718 Abs. 2 Z 4

Die Bestimmung in Abs.2 „(2) Für die Jahre 2018 bis einschließlich 2022 beträgt der Pauschbeitrag 209 Mio. Euro.“ sowie die Aufhebung des gesamte § 319 a mit Wirksamkeit ab 2023 wird abgelehnt.

Begründung: Durch das Einfrieren der Pauschale für die Jahre 2018 bis 2022 sowie den Entfall der Pauschale ab 2023 werden der ÖGK erhebliche finanzielle Mittel entzogen, die für die Gebahrung dringend benötigt werden.

§ 341 ASVG:

Die Bestimmung sieht vor, dass Gesamtverträge für den Zuständigkeitsbereich der bisherigen Gebietskrankenkassen zukünftig zwingend von der ÖGK mit der Österreichischen Ärztekammer bundeseinheitlich abzuschließen sind. Die Konferenz kann sogar beschließen, dass ein für alle Träger der Krankenversicherung verbindlicher bundeseinheitlicher Gesamtvertrag durch den Dachverband abzuschließen ist.

Folgende Ergänzung wird vorgeschlagen: „Zu diesen Gesamtverträgen können zur Wahrung regionaler, sachlich begründeter, Versorgungsbesonderheiten mit der örtlich zuständigen Ärztekammer Zusatzvereinbarungen abgeschlossen werden.“

Begründung: Ohne eine solche Klausel können die bestehenden gesamtvertraglichen Vereinbarungen nicht weiterentwickelt oder neue abgeschlossen werden (u.a. job-sharing, e-medikation, Schmerzboard, Psychotherapieregelung, DMP, Terminsystem) – die Kompetenz dazu wäre bei den Landesstellenausschüssen anzusiedeln (§ 434)

Zu § 342 Abs. 2b:

Der Abschluss von Honorarordnungen auf regionaler Ebene ist lediglich als Option vorgesehen.

Folgende Änderung wird vorgeschlagen:

„(2b) Hinsichtlich der Honorierung sind können die Beziehungen der Österreichischen Gesundheitskasse auf regionaler Ebene durch gesamtvertragliche Honorarvereinbarungen zu regeln ge-regelt werden. Diese sind zwischen der Österreichischen Gesundheitskasse und der örtlich zuständigen Ärztekammer innerhalb der Vorgaben nach Abs. 2 und 2a für das jeweilige Bundesland abzuschließen.

Begründung: Sicherstellung der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten zugunsten der Versicherten

Zu § 418

Die Rolle der Landesstellen ist im Gesetz umfassender zu definieren.

Vorschlag:

„(4) Die Landesstellen nach Abs. 3 haben die Hauptstelle in Angelegenheiten des allgemeinen Versicherten-, Vertragspartner- und Dienstgeber/innenservice zu unterstützen und die im § 434 Abs. 2 bis 4 genannten Aufgaben zu besorgen. Die Aufgaben der Österreichischen Gesundheitskasse sind zwischen der Haupt- und allen Landesstellen regional ausgewogen zu verteilen. Hierbei ist darauf zu achten, dass allen Landesstellen auch Aufgabengebiete zur verantwortlichen Führung übertragen werden. Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Z 7 DSGVO ist hinsichtlich dieser Aufgaben stets die Hauptstelle des Versicherungsträgers.“

Weiters ist zumindest in den Erläuterungen klarzustellen, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht gegen ihren Willen zu Landesstellen anderer Bundesländer versetzt werden können.

Begründung: Die Bundesregierung hat wiederholt auf die Wichtigkeit der Dezentralisierung von Dienststellen im öffentlichen Bereich hingewiesen (nicht alle öffentlichen Stellen in Wien angesiedelt): Im Zuge der Umstrukturierung ist daher darauf zu achten, dass die hochwertigen Arbeitsplätze auch in den Bundesländern bei den zukünftigen Landesstellen erhalten bleiben bzw. dort hin verlagert werden! Gleichzeitig soll zur Klarstellung ein Versetzungsschutz in die Erläuterungen aufgenommen werden.

Zu § 420 Abs. 6 Z 5:

Weder für die berufliche noch für die Selbstverwaltung auf Gemeindeebene ist ein Eignungstest vorgesehen. Auch für die obersten Organe der Bundes-/Landesverwaltung findet sich keine vergleichbare Bestimmung. Vor diesem Hintergrund wird ein Eignungstest nur für Versicherungsvertreter der Sozialversicherung abgelehnt.

Sollte dennoch daran festgehalten werden, wäre zumindest in den Erläuterungen zu dieser Bestimmung klarzustellen, dass unter den Begriff „Geschäftsführer einer juristischen Person“ sowohl solche des öffentlichen als auch des Privatrechtes gemeint sind.

Begründung: Keine Diskriminierung zwischen privaten und öffentlich-rechtlichen Unternehmen im Zusammenhang mit dem Eignungstest gem. § 420 Abs. 6 Z 5.

Zu § 421

Folgende Änderung wird in Abs. 2 letzter Satz vorgeschlagen:

„(2) Die Entsendung von Versicherungsvertreter/inne/n in die Landesstellenausschüsse der Österreichischen Gesundheitskasse erfolgt von den Interessenvertretungen ~~nach Abs. 1 auf Vorschlag der jeweiligen Interessenvertretungen~~ auf Landesebene, die bei der Erstattung ihres Vorschlages das jeweilige Wahlergebnis auf Landesebene zu berücksichtigen haben. Die Entsendung von Versicherungsvertreter/inne/n in den Verwaltungsrat der Österreichischen Gesundheitskasse erfolgt von den Interessenvertretungen nach Abs. 1, wobei zumindest jeweils ein Mitglied auf gemeinsamen Vorschlag der jeweiligen Interessenvertretungen auf Landesebene in den Ländern

1. Burgenland, Niederösterreich, Wien,
2. Kärnten, Steiermark,
3. Oberösterreich, Salzburg,
4. Tirol, Vorarlberg

zu entsenden ist.“

Weiters wird vorgeschlagen die Z 1 in Abs. 4 entfallen zu lassen.

Begründung: Angesichts des nunmehr bundesweit organisierten Krankenversicherungsträgers ist eine regionale Entsendungskompetenz in die Landesstellenausschüsse sowie eine ausgewogene Vertretung im Verwaltungsrat der ÖGK dringend geboten! Außerdem müssen regionale Interessen der Versicherten im Bereich der Landesstellen in der ÖGK-Zentrale in Wien entsprechend vertreten werden können. Es darf daher gesetzlich nicht ausgeschlossen werden, dass die Vorsitzenden der Landesstellenausschüsse Mitglieder im Verwaltungsrat sein können.

Zu § 432 Abs. 3

Entfall Z 2 und Verschieben Z 3 und Z 4 zu § 434 Abs. 2

Begründung: Eine Zweidrittelmehrheit für den Abschluss von Gesamtverträgen erscheint überschließend. Betreffend Z 3 siehe die Begründung zu § 84. Zu Z 4: Die Mitwirkung an der Zielsteuerung obliegt gemäß dem Entwurf den Landesstellenausschüssen. Dazu gehört jedoch auch der Abschluss von Landes-Zielsteuerungsübereinkommen. Deshalb sollten die Ziffern 3 und 4 zu § 434 transferiert werden.

Zu § 434 Abs. 2

Die den Landesstellenausschüssen zugesetzten Aufgaben lassen keinen Raum für regional notwendige Spielräume im Interesse der Versorgung der Versicherten vor Ort. Die Kompetenzen sind in nachstehendem Sinne zu ändern bzw. zu ergänzen:

„(2) Die Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse haben ~~nach einheitlichen Grundsätzen und Vergaben des Verwaltungsrates~~ folgende Aufgaben wahrzunehmen:

1. Mitwirkung im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit insbesondere bei der regionalen Planung einschließlich die Entsendung von Vertreter/innen in die Gesundheitsplattform und die Landeszielsteuerungskommission des jeweiligen Landesgesundheitsfonds sowie Verhandlung und Abschluss der jeweiligen Landes-Zielsteuerungsübereinkommen;

2. Verhandlung und Abschluss von Zusatzvereinbarungen zu Gesamtverträgen gem. § 342 einschließlich des Stellenplanes zur Wahrung regionaler, sachlich begründeter, Versorgungsbesonderheiten. Die Zusatzvereinbarungen bedürfen der Zustimmung des Verwaltungsrates;
3. Verhandlung und Abschluss gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen mit den freiberuflich tätigen Ärzten und Ärztinnen und den Gruppenpraxen auf regionaler Ebene. Die Abschlüsse bedürfen der Zustimmung des Verwaltungsrates;
4. Auswahl der Vertrags(zahn)ärzte und Vertrags(zahn)ärztinnen, Vertrags-Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten auf regionaler Ebene, Abschluss und Lösung der Einzelverträge;
5. Verhandlung und Abschluss von Verträgen mit sonstigen Vertragspartnern wie zum Beispiel Hebammen, klinischen Psycholog/inn/en, Psychotherapeut/inn/en sowie Beförderungsunternehmen unter Bedachtnahme auf bestehende Gesamt-, Muster- und Rahmenverträge.
6. Verhandlung und Entscheidung über die Verwendung der am 31. Dezember 2018 vorhandenen freien finanziellen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse und Verwendung der Rücklagen für Gesundheitsreformprojekte im Einvernehmen mit der Landeszielsteuerungskommission;
6. Entgegennahme von Leistungsanträgen;
7. Beschlussfassung über Beschaffungen zur Versorgung der Versicherten gem. §§ 133 Abs. 1, sowie 154 und 154a, sofern eine wirtschaftliche oder ausreichende Versorgung durch Vertragspartner im Bereich der Landesstelle nicht gewährleistet ist;
8. Bestellung von Bevollmächtigten zur Vertretung der Anstalt bei den für ihren Sprengel in Betracht kommenden Landesgerichten als Arbeits- und Sozialgerichten bzw. dem Arbeits- und Sozialgericht Wien, den Oberlandesgerichten und Landeshauptmännern/Landeshauptfrauen sowie bei anderen Behörden für die in Betracht kommenden Länder;
9. Behandlung von Entscheidung über Anträgen an den Unterstützungsfonds;
10. Entscheidung über die Verwendung der der Landesstelle zugewiesenen Mittel aus dem Innovations- und Zielsteuerungsfonds nach § 447a für Gesundheitsreformprojekte;
11. Bestellung der Landesstellenleiter/innen und deren Stellvertreter/innen sowie der leitenden Landesstellenärzte/innen auf Vorschlag des Verwaltungsrates;
12. regionale Betreuung der Versicherten, der Dienstgeber/innen und der Vertragspartner/innen.
13. Entscheidung über Subventionsansuchen regionaler Institutionen

Begründung:

Die Kompetenzerweiterungen dienen der Sicherstellung der ausreichenden Berücksichtigung von regionalen Interessen und Besonderheiten in der Versorgung der Versicherten im Zuständigkeitsbereich der Landesstellen. Als Beispiel wird die eigene Ausgabestelle der Kasse angeführt. Dort werden verschiedenste Artikel der Krankenbehandlung von der Kasse beschafft und direkt an die Versicherten ausgegeben. Dies ist einerseits wirtschaftlicher als die Abgabe über Apotheken und/oder Bandagisten. Andererseits würde es – so der „Ostvertrag“ auch für unseren (verbleibenden) Zuständigkeitsbereich uneingeschränkt Geltung erlangte und damit Versorgungen von der Ausgabestelle zu Bandagisten wechselte – mit Sicherheit ein massives Versorgungsproblem für unsere Versicherten entstehen.

Zu § 443

Abs. 1 letzter Satz ist unzureichend für die Sicherung einer gemäß Regierungsübereinkommen und Ministerratsvortrag eingeräumten Budgetautonomie auf Landesebene.

Änderungsvorschlag:

„Es ist sicherzustellen, dass den Versicherten im jeweiligen Bundesland zumindest jene Summe zur Verfügung steht, die zur Finanzierung der gesetzlichen und zum Stichtag ... gewährten freiwilligen Leistungen erforderlich ist.“

Begründung: Nicht umfasst sind von der Formulierung insbesondere die im Bundesland entrichteten Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen, e-card-Gebühren und Pharmarabatte sowie die gesamten Leistungsersätze. Da die Beiträge nur rund 85% der gesamten betrieblichen Erträge ausmachen, ist mit der derzeitigen Formulierung daher nicht sichergestellt, dass alle derzeitigen freiwilligen Leistungen für die Versorgung der Versicherten auch in Zukunft gewährt werden können. Die vorhandenen Rücklagen (siehe Z 1) sind irgendwann aufgebraucht und sind daher ebenfalls keine nachhaltige Lösung.

Zu § 444 Abs. 1

Die Bestimmung ist dahingehend zu ergänzen, dass der Rechnungsabschluss je Bundesland vorzulegen ist.

Begründung:

Diese Detailierung ist nicht nur aus vertragsrechtlichen Gründen unbedingt erforderlich, sondern auch deshalb, um Voranschlag und GVR wie in § 443 vorgesehen, erstellen zu können.

Für den Fall, dass unser Vorschlag zu § 434 Abs. 2 Z 5 des Entwurfes (in unserem Vorschlag Z 6) keine Zustimmung findet, wird zumindest eine Ergänzung des § 444 um folgenden Abs. 7 vorgeschlagen:

„(7) Die am 31.12.2018 vorhandenen Rücklagen der jeweiligen Gebietskrankenkasse, soweit sie nicht unter § 434 Abs. 2 Z 5 fallen, dürfen ausschließlich für Leistungen an Versicherte im jeweiligen Bundesland verwendet werden. Diese Rücklagen sind von der ÖGK im Rechnungsabschluss je Bundesland auszuweisen.“

Zu § 447a Abs. 2

Dass die näheren Regelungen betreffend den Innovations- und Zielsteuerungsfonds durch eine Geschäftsordnung des Verwaltungsrates zu treffen sind, wird nachhaltig abgelehnt. Dies erscheint schon aus verfassungsrechtlicher Sicht bedenklich (formalgesetzliche Delegation). Es ist festzulegen, dass jede Landesstelle zumindest jene Mittel zur freien Entscheidung übertragen erhält, die sie aus den Beiträgen ihres Bundeslandes in den Topf einzahlt.

Änderungsvorschlag:

„(1) Bei der Österreichischen Gesundheitskasse ist ein Innovations- und Zielsteuerungsfonds einzurichten, der 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 dient.

(2) Die Mittel des Innovations- und Zielsteuerungsfonds werden aufgebracht durch
1. Übertragung von 0,8% der Beitragseinnahmen der Österreichischen Gesundheitskasse an den Fonds und
2. die pauschale Beihilfe nach § 1a GSBG in Höhe von 100 Millionen Euro.

Jeder Landesstelle stehen für die Finanzierung von Projekten gem. Abs. 1 zumindest jene Mittel zur freien Entscheidung zur Verfügung, die aus den Beiträgen ihres Bundeslandes in den Fonds einbezahlt wurden. Nicht verbrauchte Mittel sind auf das nächste Jahr vorzutragen.“

Alternativ wären jedenfalls im Gesetz die Kriterien für die bei der Verteilung des Innovationstopfes zur Anwendung gelangenden Kriterien zu regeln.

Begründung:

Über die Höhe der Zuweisung dieser Mittel an die Landesstellen entscheidet gem. § 447a ASVG offenbar der Verwaltungsrat der ÖGK. Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist daher nicht sichergestellt, dass für die Landesstelle ausreichend Mittel für die Weiterentwicklung der Leistungen und innovativen Versorgungsformen vorhanden sind. Hiefür sollen die Mittel pro Landesstelle festgeschrieben werden. Alternativ sollen die Kriterien für die Mittelvergabe im Gesetz fixiert werden und die Verteilung der Mittel anhand dieser Kriterien soll der Kompetenz der Landesstellen zugeordnet sein.

Zu § 447h Abs. 3

Im letzten Satz wäre die Österreichische Gesundheitskasse zu ergänzen!

Zu den §§ 448 bis 452

Gegen die Ausweitung der Befugnisse der Aufsicht bestehen verfassungsrechtliche Bedenken. Vor allem § 449 Abs. 2 iVm. § 432 Abs. 3, aber auch die diversen zusätzlich aufgenommenen Zustimmungsrechte, Richtlinien- und, Musterregelungskompetenzen, Ingerenzmöglichkeiten bei Verwaltungskörpersitzungen und -entscheidungen erscheinen überschießend und mit den Grundsätzen der Selbstverwaltung nicht kompatibel.

Zu § 538w Abs. 1

Z 2 lit. d sollte entfallen.

Begründung: Personalaufnahmen im Verwaltungsbereich sind auch in der Übergangsphase notwendig (vor allem Ersatzanstellungen von ausscheidenden Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern). Es würde zu einer überbordenden Bürokratie und zu Zeitverzögerungen führen, wenn jede Anstellung dem Überleitungsausschuss vorgelegt werden müsste! Im Falle der Beibehaltung sollte die Bestimmung zumindest dahingehend eingeschränkt werden, dass nur Neuambilanzierungen außerhalb der am 30.06.2018 geltenden Dienstpostenpläne erfasst sind.

Zu § 718 Abs. 6

In § 718 Abs. 6 ist nicht ausdrücklich geregelt, dass die bestehenden (Gesamt-) verträge bis zum Inkrafttreten eines österreichweiten Gesamtvertrages weiterentwickelt werden können. Ein Einfrieren der bestehenden Regelungen zum 31.12.2019 bis zum Abschluss neuer Gesamtverträge könnte ein zeitliches Vakuum erzeugen, bei dem sogar vertragslose Zustände nicht ausgeschlossen werden können.

Es sollte daher zumindest in den Erläuterungen klargestellt werden, dass bis zum Abschluss neuer Gesamtverträge die bestehenden Gesamtverträge und Vereinbarungen in Kraft bleiben und von den Vertragspartnern geändert werden können (Stellenpläne, Zusatzvereinbarungen, die teilweise sogar befristet sein können, Honorare, etc.)

Zu § 718 Abs. 11

Die Regelung sieht zwar eine einheitliche Satzung und Krankenordnung vor. Allerdings ist nicht sichergestellt, dass es dadurch nicht zu Verschlechterungen bei den Ansprüchen der Versicherten kommt.

Folgender Änderungsvorschlag:

(11) Die Österreichische Gesundheitskasse hat bis längstens 31. Dezember 2020 eine Satzung und eine Krankenordnung zu erlassen, die an die Stelle der von den Gebietskrankenkassen erlassenen Satzungen bzw. Krankenordnungen tritt. Diese ist so zu gestalten, dass die Ansprüche der Versicherten aus den bisherigen Satzungen der Gebietskrankenkassen nicht verschlechtert werden. Bis zur Erlassung dieser Satzung (Krankenordnung) gelten die Satzungen (Krankenordnungen) der Gebietskrankenkassen weiter.

Begründung: Aufrechterhaltung des bisherigen Leistungsniveaus; keine Verschlechterungen für die Versicherten!

Zu Art 8 (Primärversorgungsgesetz)**Zu § 14 Abs. 2 und Abs. 4**

Vor den Worten „Österreichischen Gesundheitskasse“ ist jeweils die Wortfolge „jeweiligen Landesstelle der“ einzufügen.

Begründung: Klarstellung, dass die betreffenden Agenden in die Zuständigkeit der regionalen Landesstellen fallen.

Zum ZPFSG:

Zu Art. 1, § 15:

Während die Sozialversicherungsprüfung hinkünftig ausschließlich dem Finanzamt der Betriebsstätte obliegt, bleibt die Zuständigkeit für das Verfahren nach Abschluss der Prüfung (Bescheiderlassung, Verbuchung, Rechtsmittelverfahren...) vom ZPFSG unberührt.

In § 15 PLABG wäre daher zumindest in den Erläuterungen klarzustellen, dass beim Kriterium des „(zeitlichen) Überwiegens“ jene Tätigkeiten der GPLA, die in der ÖGK verbleiben, nicht zu berücksichtigen sind.

Begründung: Sonst würden Mitarbeiter der ÖGK dem Bund zur Dienstleistung zugewiesen, die in der ÖGK für die eingangs genannten Tätigkeiten benötigt werden bzw. im Prüfdienst keinen entsprechenden Aufgabenbereich haben.

Freundliche Grüße senden Ihnen

Dir. Mag. Christoph Metzler
Leitender Angestellter

Manfred Brunner
Obmann



An die
 Österreichische Ärztekammer
 Weihburggasse 10-12
 1010 Wien

Auskunft
 Dr. Heinze Jürgen (DW 52)
 +43 (0)5572 21900 - 0

Aktenzeichen
 B09.05.02.02.01

Dornbirn, am 28.9.2018

Stellungnahme SV-OG.docx

Entwurf "Sozialversicherungs-Organisationsgesetz"

RS 197/2018

Stellungnahme der Ärztekammer für Vorarlberg

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zum übermittelten Entwurf eines Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes nehmen wir wie folgt Stellung:

Im Allgemeinen:

Seit Bekanntwerden der Pläne für eine Neuordnung der Sozialversicherung warnt die Ärztekammer für Vorarlberg gemeinsam mit verschiedenen regionalen Partnern vor dadurch drohenden Verschlechterungen für das Vorarlberger Gesundheitssystem. Im heurigen Frühjahr wurde daher ein gemeinsames Positionspapier von Ärztekammer für Vorarlberg, Arbeiterkammer Vorarlberg, Patientenanwaltschaft für Vorarlberg und der Fachgruppe der Gesundheitsbetriebe der Wirtschaftskammer Vorarlberg mit wissenschaftlicher Unterstützung des Föderalismusexperten Prof. Dr. Peter Bussjäger ausgearbeitet und den politisch Verantwortlichen übermittelt.

Gemäß diesem gemeinsamen Positionspapier muss eine Reform der Sozialversicherung folgenden Zielen entsprechen:

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

- Der bestehende Standard der regionalen Gesundheitsversorgung in Vorarlberg darf nicht gefährdet werden - vielmehr muss dieser weiter optimiert werden können.

Um diese Ziele zu erreichen, muss eine Reform folgenden Grundsätzen entsprechen:

- Die regionale (dies bedeutet eine im Land Vorarlberg angesiedelte) Einrichtung der Krankenversicherung muss weiterhin Partner des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG) sein und darf in dieser Tätigkeit nicht an Weisungen der Zentralstelle gebunden sein.
- Die regionale Einrichtung der Krankenversicherung muss weiterhin ohne Weisungsbindung gegenüber der Zentralstelle den Inhalt des Gesamtvertrages mit der regionalen Ärztekammer einschließlich des Stellenplanes bestimmen (ein Abschluss des Vertrages durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger im bisherigen Rahmen bleibt davon unberührt); Die Gesamtvertragshoheit muss daher in Vorarlberg bleiben!
- Der regionalen Einrichtung der Krankenversicherung muss die Hoheit über die Beiträge der Vorarlberger Versicherten zukommen. Sie muss mit diesen Mitteln auch eigenständig, das bedeutet, ohne Weisungsbindung und ohne inhaltliche Vorgaben, wirtschaften können und insbesondere in der Lage sein, die im Gesamtvertrag vorgesehenen Leistungen auch finanzieren zu können; Die Beitragshoheit muss daher in Vorarlberg bleiben!
- Die Verwaltung der Krankenversicherung durch die Versicherten ist eine der Säulen des österreichischen Sozialversicherungssystems. Das ist eine sehr kostengünstige, versichertennahe Form der Geschäftsführung und eine bewährte Alternative zur Verstaatlichung. An diesem Prinzip darf nicht gerüttelt werden. Reformen der Gremien innerhalb der Selbstverwaltung sind selbstverständlich möglich und richtig, soweit sie zur Effizienzsteigerung beitragen. Eine Verschiebung von Kompetenzen der Selbstverwaltungskörper zu den leitenden Angestellten der Sozialversicherung darf jedoch nicht erfolgen; Die Selbstverwaltung muss erhalten bleiben!

Mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf werden die erwähnten Ziele und Grundsätze zum überwiegenden Teil nicht eingehalten, wie die nachstehenden Ausführungen zeigen.

Weite Teile der bisherigen Gesamtvertragshoheit der Landesärztekammern gehen verloren. Es verbleibt lediglich eine (sehr stark eingeschränkte) Gesamtvertragshoheit in Honorarangelegenheiten, allerdings kann auch hier von der Landesärztekammer mit der Landesstelle der ÖGK lediglich verhandelt werden, die Abschlusskompetenz hat die Zentralstelle.

Eine Beitragshoheit/Budgethoheit der Landesstelle der ÖGK gibt es nicht, vielmehr fließen künftig alle Beiträge der Zentralstelle zu und bedürfen künftig alle finanziellen Entscheidungen der Zustimmung der Zentralstelle. Es sind lediglich bundeslandspezifische Jahresvoranschläge vorgesehen sowie, dass „*eine Summe der Beiträge, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, den Versicherten im jeweiligen Bundesland weiterhin zur Verfügung steht*“. Ein bundeslandspezifischer Jahresvoranschlag stellt jedoch keine länderweise Budgetautonomie dar.

Der Gesetzesentwurf widerspricht hier dem Regierungsprogramm, sieht dieses doch die gesetzliche Festlegung einer länderweisen Budgetautonomie vor (siehe Seite 114 des Regierungsprogramms).

Die künftige Landesstelle der ÖGK ist zwar Partner des Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG), sie ist dabei aber an die Weisungen der Zentralstelle der ÖGK gebunden.

Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung wird mit dem vorliegenden Entwurf massiv geschwächt (u.a. Rotationsprinzip bei den Vorsitzenden, verschärfte Aufsichtsbestimmungen).

Durch die Parität von Wirtschaftskammer- und Arbeiterkammervertretern in den Gremien der ÖGK wird der Einfluss der Wirtschaftskammer innerhalb der ÖGK steigen. Da die Wirtschaftskammer die Interessensvertretung der privaten Krankenanstalten (Institute, Ambulatorien) ist, sind Interessenskonflikte vorprogrammiert.

Das von der Bundesregierung kolportierte Einsparpotential in Höhe von € 1 Milliarde wird bei Weitem nicht erreicht werden, sehen doch die Erläuternden Bemerkungen vor, dass bis zum Jahr 2023 lediglich € 33 Millionen eingespart werden. Aufgrund der Erfahrungen von Fusionierungen in anderen Bereichen (z.B. Pensionsversicherungsanstalt, VAEB) ist

davon auszugehen, dass es mit dieser Reform zu keinen Einsparungen, sondern zu Mehrkosten kommen wird.

Die Ärztekammer für Vorarlberg lehnt den vorliegenden Entwurf daher ab und fordert eine grundlegende Überarbeitung desselben.

Im Speziellen:

zu § 23 ASVG:

In den Abs. 2, 3 und 4 ist von den Trägern der Krankenversicherung die Rede, obwohl es nur einen Träger der Krankenversicherung nach Abs. 1 gibt. Eine entsprechende Anpassung ist vorzunehmen.

zu § 131 Abs 1 und § 718 Abs 4 ASVG:

Der zweite Satz in § 131 Abs 1 ist in sich widersprüchlich, da er einerseits beim Wahlarztrückersatz eine bundesweit einheitliche Kostenerstattung, andererseits aber auch eine Bedachtnahme auf regionale Honorardifferenzierungen vorsieht. Im Hinblick darauf, dass bei den Vertragsärzten weiterhin regional unterschiedliche Honorarvereinbarungen bestehen werden, müssen auch weiterhin diese die Basis für die Festlegung der Kostenrückerstattung im jeweiligen Bundesland sein. Andernfalls ist nicht sichergestellt, dass 80% des Betrages, der bei Inanspruchnahme der entsprechenden Vertragspartner des Versicherungsträgers von diesem aufzuwenden gewesen wäre, ersetzt werden (und somit eine Unterschreitung der 80%-Grenze erfolgt). Im Übrigen fehlt im 3. Satz die Bezugnahme auf Sonderleistungen, Honorarordnungen bestehen nicht nur aus Grundvergütungen und Zuschlägen.

Der geplante 2. Satz des § 131 Abs 1 sowie § 718 Abs 4 sind daher ersatzlos zu streichen.

zu § 341 Abs 1 ASVG:

Es ist klarzustellen, dass die Möglichkeit, die der 3. Satz bietet (bundeseinheitlicher Gesamtvertrag für alle KV-Träger), nicht bei den kurativen Gesamtverträgen, sondern nur bei Gesamtverträgen zu bestimmten, speziell abgegrenzten Themen (z.B. e-card, VU, MUKI), angewendet werden darf.

Zudem ist nach dem 2. Satz folgender Satz einzufügen „*Ergänzend dazu können die Landesstellen der Träger der Krankenversicherung mit den örtlich zuständigen Ärztekammern*

regionale Gesamtverträge schließen.“ Diese Ergänzung ist notwendig, damit weiterhin Gestaltungsmöglichkeiten auf regionaler Ebene bestehen (z.B. für Job-Sharing-Vereinbarungen, Bereitschaftsdienstregelungen, Medikamenten-Zielvereinbarungen, Dringlichkeitsterminsystem, Richtlinien für die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen, usw.). Auch für die Umsetzung von regionalen Gesundheitsreformprojekten, die durch den Innovations- und Zielsteuerungsfonds der ÖGK finanziert werden (§ 434 Abs 2 Z 9 und § 447a), bedarf es gesamtvertraglicher Regelungsmöglichkeiten zwischen den Landesstellen der ÖGK und den örtlich zuständigen Landesärztekammern, wodurch eine Umsetzung nicht möglich ist.

Weiters müssen die kassenärztlichen Stellenpläne auf regionaler Ebene, d.h. zwischen Landesstelle der ÖGK und Landesärztekammer vereinbart werden, andernfalls eine regionale Versorgungsplanung nicht möglich ist.

zu § 342 Abs 2b ASVG:

Im ersten Satz ist das Wort „können“ durch das Wort „müssen“ zu ersetzen, zudem müssen die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen zwischen örtlich zuständiger Landesärztekammer und Landesstelle der ÖGK (und nicht der Zentralstelle der ÖGK) abgeschlossen werden können.

zu § 342 Abs 2c ASVG:

Ergänzend dazu ist § 343 Abs 2 um eine neue Z 9 wie folgt zu ergänzen: „9. Kündigung des bundeseinheitlichen Gesamtvertrages oder der auf regionaler Ebene abgeschlossenen gesamtvertraglichen Honorarvereinbarung.“

zu § 342b Abs 4 2. Satz ASVG:

Diese Regelung ist analog der Regelung für Einzelordinationen anzupassen.

§ 343 Abs 1 fünfter Satz ASVG:

Anstelle der Österreichischen Ärztekammer hat es hier „örtlich zuständige Landesärztekammer“ zu lauten, da Stellenpläne und die Schaffung von Kassenstellen weiterhin auf Landesebene mit der örtlich zuständigen Landesärztekammer vereinbart werden müssen.

§ 348 Abs 1, Abs 2 und Abs 4 ASVG:

Hier sind die Landesärztekammern entsprechend aufzunehmen, dies im Hinblick auf die gesamtvertraglichen Honorarvereinbarungen gemäß § 342 Abs 2b.

§ 432 Abs 3 ASVG:

Eine Zweidrittelmehrheit für den Abschluss von Verträgen mit den im Sechsten Teil bezeichneten und sonstigen Vertragspartner ist überzogen, eine einfache Mehrheit ist ausreichend.

zu § 434:

Die Tatsache, dass die Landesstellenausschüsse nach einheitlichen Grundsätzen und Vorgaben des Verwaltungsrates der ÖGK (somit weisungsgebunden) fungieren müssen, widerspricht dem Grundsatz der Dezentralisierung und somit der eigenständigen Behandlung auf Länderebene. Eine Weisungsbindung der Landesstellen wird daher abgelehnt. Vielmehr ist den Landesstellenausschüssen in denen ihnen übertragenen Kompetenzen eine Autonomie einzuräumen; dies sieht auch das Regierungsprogramm der Bundesregierung so vor („Gesetzlich festgelegte länderweise Budgetautonomie“ - Seite 114 des Regierungsprogramms). Ohne Weisungsfreiheit der Landesstellenausschüsse und ohne finanzielle Mittel, über die autonom verfügt werden kann, gibt es keine regionalen Gestaltungsmöglichkeiten.

In der Aufzählung des Abs 2 ist eine zusätzliche Ziffer wie folgt aufzunehmen:

„12. *Verhandlung und Abschluss von gesamtvertraglichen Vereinbarungen mit den örtlich zuständigen Ärztekammern ergänzend zu dem zwischen der ÖGK und der ÖÄK abgeschlossenen Gesamtvertrag*“. Die Gründe, warum dies notwendig ist, sind oben zu § 341 Abs 1 ASVG angeführt.

Die Z 2 des Abs 2 ist wie folgt zu ergänzen „*Verhandlung und Abschluss gesamtvertraglicher Honorarvereinbarungen*“.

In der Z 3 des Abs 2 ist zu ergänzen, dass auch die Vereinbarung der Richtlinien über die Auswahl von Vertragsärzten und Vertragsgruppenpraxen mit der örtlich zuständigen Landesärztekammer dem Landesstellenausschuss obliegt.

In der Z 5 des Abs 2 hat die Wortfolge „im Einvernehmen“ zu entfallen.

zu § 443 Abs 1 ASVG:

Mit dieser Bestimmung soll vermutlich geregelt werden, dass die bisherigen Einnahmen der Gebietskrankenkassen (Beitragseinnahmen, Leistungsersätze,...) weiterhin den Versicherten des jeweiligen Bundeslandes zur Verfügung stehen. Die Formulierung ist jedoch verunglückt, auch fehlen Erläuternde Bemerkungen zu dieser Bestimmung.

Um daher das Ziel, dass die bisherigen Einnahmen der Gebietskrankenkassen weiterhin den Versicherten des jeweiligen Bundeslandes zur Gänze zur Verfügung stehen, sicherzustellen, muss diese Bestimmung angepasst und klarer formuliert werden:

- Im 2. Satz sind nicht nur die Versicherten aufgrund des Beschäftigungsortes und die Pensionisten entsprechend ihrem Wohnort bundeslandspezifisch zuzuordnen, sondern alle bisher bei den jeweiligen Gebietskrankenkassen Versicherten (somit auch die Arbeitslosen, freiwillig Versicherten, Kriegshinterbliebene, Asylwerber, Familienangehörige der Wehrpflichtigen,...) sind dem jeweiligen bundeslandspezifischen Jahresvoranschlag zuzuordnen. Weiters muss die Verfügungsgewalt über die finanziellen Mittel gemäß dem bundeslandspezifischen Jahresvoranschlag den weisungsfreien Landesstellen und nicht der Zentralstelle der ÖGK zukommen.
- Im 3. Satz hat es anstelle „eine Summe entsprechend den“ zu lauten „alle“. Zudem muss auch (durch Aufnahme einer entsprechenden Formulierung im Gesetzestext) sichergestellt werden, dass nicht nur die Beitragseinnahmen sondern alle bisherigen Einnahmen der Gebietskrankenkassen (z.B. Rezeptgebühren, e-card-Gebühren, Leistungsersätze,...) wie bisher den Versicherten im jeweiligen Bundesland zur Verfügung stehen.
- Festzuhalten ist, dass ein bundeslandspezifischer Jahresvoranschlag keine länderweise Budgetautonomie (eine solche ist im Regierungsprogramm ausdrücklich vorgesehen - Seite 114) darstellt.

zu § 444 ASVG:

Hier ist ergänzend aufzunehmen, dass korrespondierend zu den bundeslandspezifischen Jahresvoranschlägen (§ 443) auch bundeslandspezifische Rechnungsabschlüsse zu erstellen sind.

zu § 447a ASVG:

Die Regelung der Verteilung der Mittel des Innovations- und Zielsteuerungsfonds der ÖGK darf nicht der Geschäftsordnung der ÖGK überlassen werden. Vielmehr sind im Gesetz eindeutige Regelungen aufzustellen, wie die Verteilung dieser Gelder (insbesondere auch auf die einzelnen Bundesländer) zu erfolgen hat.

Auch ist sicherzustellen, dass ein „Risikoausgleich“ zwischen den Landesstellen der ÖGK höchstens im Ausmaß des bisherigen Ausgleichsfonds erfolgt.

zu § 718 Abs 6 ASVG:

Es bedarf einer Klarstellung dahingehend, dass die auf die ÖGK übergehenden Verträge weiterentwickelt werden können, solange es keinen diese ersetzenden Gesamtvertrag zwischen ÖGK und ÖÄK gibt. Da unklar ist, bis wann ein solcher Gesamtvertrag zwischen ÖÄK und ÖGK zustande kommt, ist - wenn eine Weiterentwicklung nicht möglich ist - das Risiko, dass vertragslose Zustände entstehen, sehr groß.

Dies kann durch folgende Formulierung erreicht werden: „*Die zum 31. Dezember 2019 in Geltung stehenden, vom Hauptverband für die Gebietskrankenkassen abgeschlossenen Gesamtverträge, bleiben solange in Kraft und können so lange von den Vertragspartnern dieser Verträge geändert werden, als kein diese ersetzender Gesamtvertrag zwischen der ÖGK und der ÖÄK zustande kommt.*

Die dzt. bestehenden Einzelverträge zwischen Vertragsärzten und den Gebietskrankenkassen (die ja mit 1.1.2020 auf die ÖGK übergehen sollen) dürfen nicht nur bis zum Inkrafttreten eines ö-weiten Gesamtvertrages, sondern müssen auch darüber hinaus in Geltung bleiben.

zu § 718 Abs 7 ASVG:

Der Verweis hat zu lauten „§ 51 Abs 2 SVSG“ und nicht „§ 57 Abs 2 SVSG“.

zu den Erläuterungen zu §§ 14 und 51 sowie § 718 Abs 7 ASVG:

Die SVB-Abrechnung erfolgt bislang effizient und zweckmäßig durch die Ärztekammer für Vorarlberg auf Basis der VGKK-Honorarordnung. Eine Verlagerung dieser Abrechnungstätigkeit per 1.1.2020 zur SVS ist unwirtschaftlich und unzweckmäßig, zumal bei der SVS keinerlei fachliche Expertise für die Durchführung der SVB-Abrechnung nach Maßgabe der VGKK-Honorarordnung besteht und es nicht sonderlich zielführend ist, sich dort eine

solche Expertise anzueignen, soll es doch künftig ohnehin eine neue SVS-Honorarordnung für beide Gruppen (Bauern und Selbständige) geben.

Vielmehr sollte daher diese Abrechnung solange weiter durch die Ärztekammer für Vorarlberg durchgeführt werden, bis es einen neuen SVS-Gesamtvertrag inkl. Honorarordnung für beide Gruppen - Bauern und Selbständige - gibt.

Kassenärztlichen Verrechnungsstelle der Ärztekammer für Vorarlberg:

Die Ärztekammer für Vorarlberg betreibt als Auftragsverarbeiter der Vorarlberger Gebietskrankenkasse die sog. kassenärztliche Verrechnungsstelle. Die kassenärztliche Verrechnungsstelle führt die gesamte Kassenabrechnung der Vorarlberger Vertragsärzteschaft, die Berechnung des gesamten Wahlarztrückersatzes sowie die Kassenabrechnung des einzigen Großlabors in Vorarlberg durch und entlastet damit die Vorarlberger Gebietskrankenkasse sehr stark in personeller, organisatorischer und EDV-technischer Hinsicht.

Im Hinblick darauf, dass der Gesetzesentwurf davon ausgeht, dass auch weiterhin die Honorierung der Vertragsärzteschaft bundeslandspezifisch erfolgen soll, sollte in den Erläuternden Bemerkungen festgehalten werden, dass auch künftig derartige Abrechnungstellen von den Landesärztekammern betrieben werden können und sollen.

Mit freundlichen Grüßen
Der Präsident

(MR Dr. Michael Jonas)