VGKK
Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Ihre Gesundheit – unser Anliegen

Per E-Mail an:
Ref.12-Stellungnahmen@sozialversicherung.at

Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger
Postfach 600
1031 Wien

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

Ansprechpartner/in
Herr Dir.Stv. Dr. Ulrich Tumler

Ihr Zeichen, Datum	Unser Zeichen	Datum
Zl. REP-43.00/18/0186 17.09.2018	**ZDD-D-2018-220**	**04.10.2018**

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

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.

DVR: 0024031 UID: ATU 36131208

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 Ersparte, 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 zu den Gesamtverträgen das bestehende Versorgungsniveau auch weiterentwickelt werden können. Das

[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

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 Mittelzuteilung 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 Verordnung 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 amtswegige 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 Pauschbetrag 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 Gebarung 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 ~~geregelt 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. Hiebei 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. dorthin 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 überschießend. 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 zugedachten 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 Vorgaben 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 Anträge~~n~~ 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 Detaillierung 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 Neuanstellungen 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

Vorarlberger Gebietskrankenkasse * Dornbirn *

Manfred Brunner
Obmann