

„Reform“ der Sozialversicherung: Mehr Macht für die UnternehmerInnen Mehrklassenmedizin Weniger Geld für Leistungen

Die Regierung hat am 14.9.2018 die Begutachtungsentwürfe für ihre groß angekündigte SV-Reform vorgestellt. Neben einer Umfärbung bei den Krankenkassen soll die Anzahl der SV-Träger offiziell von 21 auf 5 reduziert werden. Im Hinblick auf manche Träger handelt es sich jedoch um bloße Umbenennungen. Das betrifft insbesondere Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt der NotarInnen – sie werden künftig „Wohlfahrtseinrichtungen“ genannt, inhaltlich ändert sich jedoch nichts. Somit bleiben in Summe mehr als fünf Träger bestehen. Dennoch sorgt die geplante Reform für eine starke Zentralisierung des Sozialversicherungssystems in Österreich. Eine derartige, in kurzer Zeit durchgesetzte, enorme Zentralisierung und überhastete Fusion wird enorme Mehrkosten verursachen, die bewusst in Kauf genommen werden, um der Wirtschaftslobby mehr Einfluss zu sichern. So sind es vor allem Wirtschaftskammer und WirtschaftsvertreterInnen, die in den nun geplanten Trägern ÖGK, PVA, der AUVA und dem neuen Dachverband führenden Einfluss erhalten werden.

In der Gesundheitskasse, die aus den 9 Gebietskrankenkassen fusioniert wird, werden die Versicherten statt 4/5 nur noch die Hälfte der VertreterInnen bestimmen und die Sitze der WirtschaftsvertreterInnen werden massiv aufgestockt. Die Reform soll schon 2020 in Kraft treten. Die Übergangsphase beginnt im April 2019. Im Dachverband wird es sogar eine 6-zu-4-Mehrheit für die ArbeitgeberInnen geben, obwohl die ArbeitnehmerInnen die überwältigende Mehrheit der Versicherten stellen.

Als politisches Ziel hinter sämtlichen geplanten Maßnahmen lässt sich die Entlastung der Unternehmen und eine Schwächung der VertreterInnen der anspruchsberechtigten Menschen ausmachen.

Das sind die geplanten Änderungen im Überblick:

IV/WKO-Konzept

Entgegen der Darstellungen der Regierung gab es keine echten Verhandlungen mit den SozialpartnerInnen. Das Ergebnis entspricht den Forderungen der WKO und der IV und zielt auf eine Entmachtung der ArbeitnehmerInnen in der Sozialversicherung. Wesentliche Kernpunkte der Reform bilden etwa geringere Beiträge der ArbeitgeberInnen (so ist die Senkung des Unfallversicherungsbeitrages vorgesehen) und eine Aufwertung der Rolle der WirtschaftsvertreterInnen in den Verwaltungsgremien der Sozialversicherungsträger.

Allgemeine Selbstbehalte für alle Versicherten

In Zukunft werden also die ArbeitgeberInnen, die Wirtschaft und die die Industrie über die Gesundheitsversorgung ganz Österreichs bestimmen. Das liegt nicht im Interesse der Versicherten. So fordert die Wirtschaftskammer seit Jahren Selbstbehalte für alle Versicherten. Erst letztes Jahr hat sie mithilfe einer „Studie“ ihre Forderung nach generellen Selbstbehalten unterstrichen.

Geht es nach den Plänen der Bundesregierung, wird die Seite der ArbeitgeberInnen in Zukunft mit 6 zu 4 Stimmen jedoch die deutliche Mehrheit im Dachverband haben, weshalb die Umsetzung der jahrelangen Forderung nach Selbstbehalten für alle Versicherten in greifbare Nähe rückt und ein derartiger Beschluss wahrscheinlich ist. Nach § 31 Abs 5a ASVG kommt dem Dachverband (bisher:

Hauptverband) auch die Kompetenz zu, einen solchen Beschluss zu fassen. Zudem verpflichtet das Gesetz die neu geschaffene Gesundheitskasse, bei einem Minus Selbstbehalte einzuführen.

Leistungsverbesserungen mit weniger Geld?

Die Regierung behauptet, bis 2023 durch die Reform eine Milliarde Euro einsparen zu können. Dies soll insbesondere durch die Reduktion der Zahl der FunktionärInnen in den Selbstverwaltungsgremien und Einsparungen in der Verwaltung passieren. Gleichzeitig soll es jedoch auch zu Leistungsverbesserungen kommen. In dieser Form erscheinen die Ziele, die sich die Regierung gesetzt hat, illusorisch. Man kann nicht die Wirtschaft entlasten, also ArbeitgeberInnenbeiträge senken, gleichzeitig die Leistungen verbessern und dies durch die Verkleinerung einiger Gremien gegenfinanzieren. Die Selbstverwaltung erfolgt zu 90% ehrenamtlich und kostet lediglich 40 Cent je versicherter Person. Hier mit weniger VertreterInnen bis 2023 eine Milliarde Euro einzusparen, ist somit geradezu unmöglich.

1 Milliarde oder 33 Mio?

In den finanziellen Erläuterungen zum Gesetz wird von einem – nicht bezifferten – Mehraufwand durch die Fusionen in den Jahren 2019 bis 2022 ausgegangen. Die Einsparungen, die für das Jahr 2023 in der Verwaltung mit 10% angenommen werden, ergeben gerade einmal 33 Mio!

In diesem Zusammenhang wird von der Bundesregierung zudem eine Reihe falscher Behauptungen verbreitet. So wird etwa mantra-artig wiederholt, die Zahl der FunktionärInnen reduziere sich von 2000 auf neuerdings 500. Diese Behauptung ist angesichts von insgesamt weniger als 1000 VersichertenvertreterInnen falsch. Auch mit den geplanten Einsparungen in der Verwaltung ist das vorgegebene Ziel einer Kostenreduktion von einer Milliarde Euro nicht erreichbar. In 5 Jahren wären das Einsparungen von jährlich 200 Mio. EUR. Der Verwaltungsaufwand in der Krankenversicherung beträgt jedoch nur 2,7% der Einnahmen. Jene KV-Träger, die von der Reform am meisten betroffen sind, hatten im Jahr 2016 insgesamt einen Verwaltungsaufwand von 481 Mio. Euro. Somit zeigt sich deutlich, dass überhaupt kein Spielraum für Einsparungen von 200 Mio EUR jährlich besteht.

Geld wird entzogen

Darüber hinaus wird der neu geschaffenen „Österreichische Gesundheitskasse“ (ÖGK), die die Aufgaben der Gebietskrankenkassen übernimmt, künftig weniger Geld zur Verfügung stehen. So sollen künftig die Kosten für die Behandlung von Arbeitsunfällen nicht mehr im jetzigen Ausmaß ersetzt werden (ab 2023 entfällt der Pauschalbetrag von AUVA an die ÖGK von über 200 Mio EUR / Jahr), mehr Geld soll an Privatkrankenhäuser gezahlt werden (ab 2019 zusätzlich 15 Mio EUR / Jahr), die Mehrwertsteuer wird in geringerem Ausmaß rückerstattet. Dazu kommen mutmaßlich erhebliche Kosten für die Fusion der einzelnen Träger. Davon auszugehen, dass aus derartig hohen Einsparungen keine Leistungsverschlechterungen resultieren, scheint unrealistisch.

Keine Leistungsharmonisierung - stattdessen Drei-Klassen-Medizin

Zwar spricht die Bundesregierung von einer geplanten Angleichung von Versicherungsleistungen. Jedoch gibt es bisher keine klaren Aussagen dazu, auf welchem Niveau eine derartige Angleichung erfolgen soll, zudem beschränkt sich das Bekenntnis zur Leistungsharmonisierung nur auf die Gebietskrankenkassen. Selbständige und Beamte werden weiter andere Leistungen haben.

Eine solche Differenzierung ist jedoch sehr problematisch: Bei einem Sozialversicherungsträger wie der durch die Zusammenlegung von Beamten- und EisenbahnerInnenversicherung neu geschaffenen BVAEB bestehen aufgrund der Zusammensetzung der Versicherten gute Risiken und kann dementsprechend mit größerem finanziellem Spielraum gewirtschaftet werden als das bei anderen Trägern der Fall ist. So hat die BVA pro

Versicherten ca. um 30% höhere Einnahmen als die Krankenversicherung insgesamt, da in dieser auch etwa Arbeitslose, prekär Beschäftigte und MindestsicherungsbezieherInnen versichert sind. Demgegenüber hat die BVAEB keine Arbeitslosen, sondern überwiegend stabil Beschäftigte und damit deutlich höhere Beitragseinnahmen pro Kopf.

Einen daher dringend nötigen Risikostrukturausgleich zwischen den Trägern hat die Bundesregierung jedoch nicht vorgesehen. Daher ist mit einer Zunahme der Leistungsunterschiede im Laufe der Zeit zu rechnen.

Die Kosten für die Behandlung und medizinischer Versorgung für die Arbeitslosen, die MindestsicherungsbezieherInnen und AsylwerberInnen müssen somit weiter alleine die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schultern.

Die großen Unterschiede bestehen (und bestanden schon bisher) nicht zwischen den einzelnen Gebietskrankenkassen, sondern zwischen den GKKn und der BVA (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter) und gerade hier wird nichts geändert. Die Unterschiede zwischen den GKKn wurden jedoch bereits in der Vergangenheit überwiegend beseitigt.

Aufsicht kann über Selbstverwaltung verfügen

Im Unterschied zu den ursprünglichen Plänen im Regierungsprogramm sind nun keine VertreterInnen des Bundes im neuen Verwaltungsrat, der die bisherigen Gremien in den Versicherungsträgern ersetzen soll, vorgesehen. Offenbar hat die Regierung erkannt, dass dies mit der Selbstverwaltung nicht vereinbar und verfassungsrechtlich nicht haltbar gewesen wäre. Über einen Umweg wird dem Bund und der Politik jedoch dennoch viel mehr Einfluss gesichert als derzeit. So kommen den Aufsichtsbehörden des Bundes weitreichende Kompetenzen zu. Per Anweisung durch das Ministerium können etwa Sitzungen des Verwaltungsrates einberufen, zu behandelnde Punkte auf die Tagesordnung gebracht oder Beschlüsse aufgehoben werden. Insgesamt wird so sogar eine effektivere Einflussnahme erzeugt, als von MinisteriumsvertreterInnen mit Stimmrecht ausgeübt werden könnte.

Selbstverwaltung für Bauern, Wirtschaft und Beamte – Fremdverwaltung für ArbeiterInnen und Angestellte

Generell lässt sich bei der geplanten Reform des Sozialversicherungssystems eine Verschiebung des Machtgleichgewichts hin zu einer einseitigen Kontrollübernahme in der Sozialversicherung durch die ArbeitgeberInnen beobachten. Diese sollen im Dachverband sogar die Mehrheit in den Selbstverwaltungsgremien erhalten. Auch bei der Umsetzung der Reform in den sogenannten Überleitungsausschüssen sollen die VertreterInnen der ArbeitgeberInnen bereits die Vorsitzenden stellen.

Interessanterweise findet eine Machtverschiebung jedoch nicht überall statt, sondern relativ willkürlich dort, wo es politisch opportun erscheint: in der ÖGK und der PVA. In anderen Trägern, so in der neuen BVAEB, in der Beamte und EisenbahnerInnen versichert sind, bleibt die ArbeitnehmerInnen-Mehrheit in der Verwaltung bestehen. Ähnliches zeigt sich am Beispiel der SVS, in der künftig Bauern und Selbstständige versichert sind und alle VertreterInnen aus diesen Bereichen stammen.

In jenen Trägern hingegen, in denen ArbeiterInnen und Angestellte versicherten sind, erhalten die ArbeitgeberInnen gleich viele Stimmen wie die eigentlichen Versicherten (so bei ÖGK, PVA und AUVA), und das obwohl in ÖGK, AUVA und PVA kein einziger Arbeitgeber und keine einzige ArbeitgeberIn versichert ist. Von einer Selbstverwaltung der Versicherten kann in diesem Fall keine Rede mehr sein.

Da ihnen nun größeres Mitspracherecht eingeräumt werden soll, ist herauszustreichen: Die ArbeitgeberInnen sind in den Krankenkassen keine Versicherten und trugen 2017 nur 28,7% zu den

Einnahmen bei. Eine Entsendung von 50% der VertreterInnen ist daher willkürlich und sachlich nicht zu rechtfertigen.

Es wird in der ÖGK und der PVA künftig die Anwendung eines Rotationsprinzips geben, dh die VertreterInnen von DienstgeberInnen und DienstnehmerInnen wechseln sich beim Vorsitz ab. Somit wird es regelmäßig zur Situation kommen, dass ein/eine VertreterIn der DienstgeberInnen Obmann oder -frau eines Trägers ist, in dem ausschließlich DienstnehmerInnen versichert sind. In der AUYA hingegen wird nicht rotiert und es bleibt stets ein/eine VertreterIn der DienstgeberInnen in der Funktion des/der Vorsitzenden.

Völlig unrealistischer Zeitplan

Die Bundesregierung plant die Umsetzung der Sozialversicherungsreform als eine Art „Hau-ruck-Aktion“. So soll die neue Struktur bereits zum Jahresbeginn 2020 aufgestellt sein. Es ist damit zu rechnen, dass die überfallsartige Umstellung teuer wird. Schnelle Änderungen führen zu enorm hohen Fusionskosten. Diese wurden von der Regierung jedoch bisher überhaupt nicht berücksichtigt, nach Aussage von Bundesministerin Hartinger-Klein sei für diese Kosten die Selbstverwaltung verantwortlich. Die Regierung möchte also das System gravierend umstellen, nimmt sich jedoch nobel zurück, sobald es um das Zahlen geht.

Diese Haltung ist verantwortungslos und führt letztlich zwangsläufig dazu, dass weniger Geld für die Leistungen aus der Sozialversicherung zur Verfügung stehen wird. Hier wird also nicht „im System gespart“, sondern bei den Versicherten!

Schon in der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass Fusionen mitunter ein extrem teures Unterfangen sein können. Beispielhaft sei die (historische) Fusion von PVArb und PVAng angeführt, auch diese wurde völlig überhastet vollzogen – bei der nun geplanten Zwangsfusion ist wohl noch mit weitaus höheren Kosten zu rechnen.

Beispiel Fusion PVArb und PVAng (RH Bericht 2007)

Die Zusammenführung der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter (PVArb) und der Pensionsversicherungsanstalt der Angestellten (PVAng) zur Pensionsversicherungsanstalt (PVA) verursachte einen **Fusionsaufwand von rd. 114,8 Mio. EUR**. Der **vorgegebene Zeitdruck führte zu einer Reihe von Planungs- und Durchführungsmängeln** sowie **vermeidbaren Mehraufwendungen von rd. 23 Mio. EUR**. Die beabsichtigte Beschleunigung der Verfahrensdauer war noch nicht nachweisbar.

Personalabbau angekündigt – Serviceverschlechterungen absehbar

Zwar sind nach Aussage der Bundesregierung keine Kündigungen bei den Sozialversicherungsträgern geplant, allerdings sollen Einsparungen durch Nichtnachbesetzung in der Verwaltung erzielt werden – für das gleiche Leistungsangebot sollen die Träger künftig also mit weniger Personal auskommen. Es ist daher vorprogrammiert, dass sich ein sukzessiver Personalabbau etwa auf die Dauer der Bearbeitung von Anträgen und die Servicequalität insgesamt auswirken wird. Den Personalabbau werden also vor allem die Versicherten zu spüren bekommen.

Zentralisierung steht im Vordergrund

Die Budget- und Personalhoheit geht an die ÖGK – auf Landesebene bleiben zwar Landesstellen bestehen, diesen und insbesondere den Landesstellenausschüssen kommen jedoch kaum noch

Kompetenzen zu. Das Versicherungs- und Gesundheitssystem entfernt sich auf diese Weise von den Menschen – wesentliche Entscheidungen können somit nicht mehr vor Ort getroffen werden.

Mit dem neuen Gesetz können die einzelnen Landesstellen der ÖGK somit keine Verträge mehr beschließen, weil dafür künftig die ÖGK-Zentrale zuständig ist. Diese verhandelt aber nur mehr einen österreichweiten Vertrag und nicht mehr die Verträge auf Landesebene. Die Aufteilung der Versorgung zwischen niedergelassenem Bereich (v.a. KassenärztInnen), Ambulanzen und Spitälern kann künftig nicht mehr auf Landesebene entschieden werden, da die Landesstellen der ÖGK keine Entscheidungskompetenz mehr haben.

Die Frage, ob und wann Gemeinden einen Kassenarzt bekommen werden, kann künftig also ebenfalls nicht mehr vor Ort entschieden werden.

Schwächung des Dachverbandes

Einhergehend zur Zentralisierung auf Trägerebene wird jedoch der Dachverband, der den Hauptverband ersetzt, geschwächt. Dieser wird künftig von den 5 Trägerobleuten und ihren StellvertreterInnen geführt. Diese werden die Interessen ihrer Träger vertreten und nicht in erster Linie die trägerübergreifenden Interessen! Außerdem muss der Dachverband die Vorbereitung gemeinsamer Aufgaben (per Richtlinie) auf die Träger übertragen. Wenn dies bis Mitte 2021 nicht bis passiert, kann dies durch das Ministerium auf dem Verordnungsweg erfolgen. Statt Aufgaben, die derzeit parallel erledigt werden, zu bündeln, werden Aufgaben, die schon gemeinsam im Hauptverband erbracht werden, an die Träger übertragen. Das ist das absolute Gegenteil einer Effizienzsteigerung in der Verwaltung.

Prüfung der Beiträge zur Finanz

Die Beitragsprüfung wandert von der ÖGK zur Finanzverwaltung, aber die Einhebung der Beiträge bleibt bei der Sozialversicherung und erfolgt künftig zentral durch die ÖGK. Es ist positiv einzuschätzen, dass die Pläne, wonach die Sozialversicherung ihre Beiträge nicht mehr selbst einheben soll, sondern vom Finanzministerium je nach Gutdünken zugewiesen bekommt und somit abhängig wird, nun (noch) nicht umgesetzt werden.

Was die Frage der Beitragsprüfung betrifft, liegt jedoch ebenfalls Asymmetrie zwischen den Trägern vor: SVS und BVAEB behalten die Kompetenz zur Beitragsprüfung, diese wird nur der ÖGK abgenommen.

Der Entzug der Prüfung bedeutet, dass Unterentlohnung und Scheinselbständigkeit künftig nicht mehr effektiv durch die Sozialversicherung geprüft werden können. Weniger Prüfungen und Beiträge bedeuten für die Betroffenen auch geringere Leistungen. Denn die Regierung plant, in der Finanzverwaltung Stellen abzubauen, was die Prüfungen zusätzlich seltener und ineffizienter machen würde. Bei der Verschiebung der Prüfungscompetenz geht es nicht um eine administrative Änderung, sondern um die Verhinderung von effektiver Kontrolle von gerechter und fairer Entlohnung. Auch das ist eine alte Forderung von WKO und IV.

Letztlich führt eine verringerte Anzahl von durchgeführten Prüfungen auch zu geringeren Beitragseinnahmen und geringeren Leistungen.

Fazit

Eine Steigerung der Leistungsqualität ist angesichts des erklärten politischen Ziels der Bundesregierung, die Versicherungsbeiträge nicht nur in der Unfall-, sondern auch in der Krankenkasse senken zu wollen, undurchführbar und völlig unrealistisch. Einmal mehr zeigt sich: Bei der Reform der Sozialversicherung geht es Schwarz-Blau um das Abarbeiten des „Wunschzettels“ von

Wirtschaft und Industrie. Eine bessere Gesundheitsversorgung für alle Menschen lässt sich kaum als Ziel ausmachen.

Immerhin: Angesichts des Engagements der Beschäftigten und der Gewerkschaften sowie des großen medialen Drucks, der in den vergangenen Monaten herrschte, ließ die Bundesregierung ihre Pläne, die AUVA zu zerschlagen, fallen. Weitere Verschlechterungen stehen jedoch bevor.

Wir lehnen dieses Vorhaben ab, weil es keine sinnvolle Reform darstellt, die zu mehr Gerechtigkeit und besserer Versorgung führt, sondern im Gegenteil die ArbeitnehmerInnen den ArbeitgeberInnen unterordnet und die Unterschiede in den Leistungen zwischen den Krankenversicherungsträgern vergrößern wird.