

Dringliche Anfrage

der Abgeordneten Dr. Pamela Rendi-Wagner, MSc, Kolleginnen und Kollegen an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend „die Zerstörung unseres gut funktionierenden Gesundheitssystems durch die Kassenzentralisierung“ (2069/J)

Präsident Mag. Wolfgang Sobotka: Wir gelangen zur dringlichen Behandlung der schriftlichen Anfrage 2069/J.

Da diese inzwischen allen Abgeordneten zugegangen ist, erübrigt sich eine Verlesung durch den Schriftführer.

Die Dringliche Anfrage hat folgenden Wortlaut:

Das bisher einzige Vorhaben dieser Bundesregierung im Bereich der Gesundheitspolitik ist die Kassenzentralisierung und damit die Zerstörung eines gut funktionierenden Sozialversicherungssystems.

Schwarz-Blau will 21 Krankenkassen auf 5 zusammenlegen und dadurch 200 Millionen Euro im Jahr „sparen“. Die Bundesregierung spricht davon, dass für „gleiche Beiträge gleiche Leistungen“ erbracht werden sollen.

Klingt schön – stimmt nur nicht:

1. *Es gibt weiterhin mindestens 10 Träger und 15 Krankenfürsorgeeinrichtungen.*
2. *Gespart wird bei den Versicherten durch Leistungskürzungen, Selbstbehalten und Privatisierungen.*
3. *Es wird weiterhin unterschiedliche Leistungen geben: die großen Ungleichheiten z.B. zwischen Beamtenversicherung und ASVG-Versicherung werden nicht beseitigt.*
4. *Die schlechten Risiken bleiben ausschließlich bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), einen Risikoausgleich gibt es nicht mehr.*
5. *Dreiklassenmedizin wird festgeschrieben: ÖGK, Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS), BeamtenInnen*
6. *Wo es zu einer Angleichung der Leistungen kommt, drohen schlechtere Leistungen, wenn es nach der WKO geht. UND:*
7. *Es geht nach der WKO, denn die ArbeitnehmerInnen werden in den Gremien der Sozialversicherung zugunsten der UnternehmerInnen entmachtet.*

Was wurde nicht alles im Vorfeld strapaziert, um dieses Zentralisierungsvorhaben zu rechtfertigen:

- *angeblich hohe Kosten der Selbstverwaltung, angeblich zu viele FunktionärInnen, die nur Geld kosten, angeblich unzählige Dienstautos – alles nicht wahr.*
- *Man werde dafür sorgen, dass alle gleiche Leistungen bei gleichen Beiträgen haben werden. Im Gegenteil, die Ungleichheit bei den Leistungen wird noch weiter verfestigt.*
- *Wir sparen nicht bei den Menschen, wir sparen im System. Alles Unfug: Man kann nicht am System sparen, ohne auch an den Menschen zu sparen, weil es*

damit Hand in Hand zu Verschlechterungen bei der Leistungserbringung betreffend Verfahrensdauer und Verfahrensqualität kommen wird.

- *Die Regierung hat gesagt, die Zentralisierung wird die Verwaltungskosten senken. Das Gegenteil ist wahr: Ehrenamtliche FunktionärInnen werden durch teure ManagerInnen ersetzt. Der entstehende Moloch wird zu einem massiven Bürokratie-Aufbau führen.*
- *Die Regierung spricht von einer Verschlankung von 21 auf 5 Träger. Das ist ein Etikettenschwindel. In Wahrheit besteht die Trägerlandschaft aus fünf Sozialversicherungsträgern plus vier Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates. Die 15 Krankenfürsorgeeinrichtungen werden gar nicht angetastet.*
- *Bei der Verwaltung (-30 Prozent Beschäftigte) wird gespart, das Geld geht zu den PatientInnen: das ist eine klare Falschbehauptung, so das Kürzen überhaupt funktioniert, profitiert nur die Wirtschaft durch niedrigere Beiträge (siehe AUVA).*

Dieses schlechtest vorbereitete Zentralisierungsvorhaben der Zweiten Republik bringt sorgfältig austarierte Balancen durcheinander: zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen, aber auch zwischen Staat und Selbstverwaltung.

Frei nach Qualtingers „Ich weiß zwar nicht wohin, aber dafür bin ich schneller dort“ beschert die Regierung den über 8 Millionen Versicherten ein Gesetzeswerk, das so nicht halten kann und nicht halten wird. Verfassungsexperten wie Öhlinger, Pfeil, Berka und Müller haben bereits Bedenken an den Regierungsplänen angemeldet. Es besteht die Überzeugung, dass das Gesetz vor dem Verfassungsgerichtshof nicht halten wird.

Es gibt keine echte Leistungsharmonisierung

Gleiche Leistungen soll es nur innerhalb der neu geschaffenen Gesundheitskasse geben, nicht aber zwischen den Kassen. Es wird also weiter verschiedene Kassen mit unterschiedlichen Beiträgen und unterschiedlichen Leistungen geben. Die großen Ungleichheiten zwischen Privatangestellten/ArbeiterInnen und Beschäftigten im öffentlichen Dienst werden weiterbestehen. In Zukunft werden Beamten weiterhin andere Leistungen genießen als BauarbeiterInnen oder Bankangestellte. Eine Drei-Klassen-Medizin wird einzementiert.

Sieben Millionen Menschen werden nur noch drittklassige Medizin erhalten

Die Regierung schafft eine Drei-Klassen-Medizin: Ganz oben die PolitikerInnen und Beamten mit den besten Leistungen, dann die Selbständigen, und schließlich eine dritte, unterste Klasse für die große Mehrheit der 7 Millionen anderen.

Statt für einen gerechten Ausgleich zwischen den Kassen und für eine gute Versorgung für alle zu sorgen, verfestigt die Regierung die Ungleichheit bei den Leistungen und sorgt nicht für einen Ausgleich der Risiken. Die Kosten für die Behandlung und medizinische Versorgung für die Arbeitslosen, die MindestsicherungsbezieherInnen

und AsylwerberInnen müssen weiter die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer schultern, während die PolitikerInnen und Beamten Zuschüsse aus dem Steuertopf bekommen (Krankengeld, stabile Beiträge).

Die Zentralisierung führt zu schlechterer regionaler Gesundheitsversorgung

Das geplante Gesetz schafft einen Moloch, der weit weg von den Menschen über ihre Gesundheitsversorgung entscheidet. Zusätzlich zu den neun Landesstellen wird eine Zentrale mit Budget- und Personalhoheit aufgebaut. Alle wichtigen Entscheidungen fallen dann nicht mehr vor Ort, sondern in der Zentrale. UND: Es bestimmen Leute, die selbst nicht von den Konsequenzen ihrer Entscheidungen betroffen sind.

Die regionale Versorgung ist gefährdet. Es droht z.B. die Schließung von Außenstellen, eine schlechtere Versorgung entlegener Gebiete, weniger gut auf lokale Bedürfnisse zugeschnittene Öffnungszeiten und Sonntagsdienste.

Die Zentralisierung trocknet die regionale Wirtschaft aus. Bislang schließen die Gebietskrankenkassen ihre Verträge selbst ab, etwa mit dem Roten Kreuz, mit BandagistenInnen, orthopädischen SchuhmacherInnen oder OptikerInnen. Wird das alles in der Zentrale entschieden, können sie die regionale Wirtschaft nicht mehr stärken. Weil die Auftragssummen steigen, müsste sogar vieles EU-weit ausgeschrieben werden. Dann holen sich internationale Konzerne die Aufträge, die bisher Arbeitsplätze in der Region sicherten.

Die einzelnen Bundesländer verlieren Geldmittel. In den Verhandlungen hat die Bundesregierung den Ländern zugesagt, ihr Geld bliebe in ihrem Bundesland. Wahr ist: Die Zentrale schafft an und hat die Budgethoheit.

Geld wird dem Gesundheitssystem entzogen und Großkonzernen oder Privatversicherungen geschenkt

- *150 Millionen Euro pro Jahr, weil die Kosten für die Behandlung von Arbeitsunfällen den Kassen nicht mehr ersetzt werden. Damit werden Beitragssenkungen für Großkonzerne finanziert.*
- *15 Millionen Euro pro Jahr, die zusätzlich aus der Krankenkasse an die Privatkrankenhäuser fließen sollen. Dieses Geld fließt weg von den Versicherten der Gebietskrankenkassen hin zu den gutsituierten, privat Versicherten.*
- *30 Millionen Euro pro Jahr gehen aus der gestrichenen Refundierung der Mehrwertsteuer verloren.*
- *50 Millionen Euro pro Jahr gehen zusätzlich verloren, wenn der Familienlastenausgleichsfonds, wie im Regierungsprogramm vorgesehen, der Krankenkasse nicht mehr die Untersuchungen im Mutter-Kind-Pass ersetzt.*
- *Und dann kommen noch die Fusionskosten, die in die hunderten Millionen gehen dürften. Die im Vergleich zu dieser Zentralisierung „kleine“ Fusionierung der Pensionsversicherungsanstalten der Arbeiter und Angestellten hat laut*

Rechnungshof 200 Millionen gekostet. Hier reden wir von einer anderen Größenordnung.

Der Rechnungshof kritisiert in seiner Stellungnahme zum Entwurf insbesondere fehlende Kostenberechnungen:

- *Die finanziellen Erläuterungen sind mangelhaft und bieten keine geeignete Grundlage für eine informierte Beschlussfassung.*
- *Das im Rahmen der Präsentation gesetzte Reformziel der Einsparung von 1 Milliarde Euro ist im Entwurf nicht enthalten.*
- *Mehrkosten sind nicht berücksichtigt.*
- *Es wird keine geeignete Grundlage für ein professionelles Fusionsmanagement gelegt.*
- *Die konkreten Fusions- und Finanzziele bleiben unklar, ein Regelwerk für die Fusionskosten fehlt. Es bestehen rechtliche und wirtschaftliche Risiken.*
- *Wesentliche Fragen der vorgeschlagenen Reform, insbesondere die Leistungs- harmonisierung und die Verwendung der Mittel der ÖGK bleiben unbeantwortet.*
- *Eine verwaltungseffiziente Beitragsprüfung unter Berücksichtigung der besonderen Interessen der Sozialversicherung scheint nicht sichergestellt.*

Was das für die Versicherten bedeutet, liegt auf der Hand: Es drohen Leistungsverschlechterungen, es droht das Aus für eine medizinische Versorgung ohne Selbstbehalte, und es bedeutet das Aus für die Mitbestimmung über IHRE Krankenversicherung.

ArbeitgeberInnen entscheiden über die Leistungen für die ArbeitnehmerInnen

Die WirtschaftsvertreterInnen sollen in der neuen Krankenkasse gleich viel Macht haben wie die Versicherten. Im neuen Dachverband werden sie sogar die Mehrheit stellen. So werden sie in der neuen Krankenkasse den Ton angeben, obwohl sie dort selbst nicht versichert sind. Die Krankenkassen-Versicherten sind die einzigen, die nicht selbst über ihre bezahlten Beiträge und Leistungen entscheiden dürfen. Das ist auch verfassungsrechtlich bedenklich.

Der Einfluss der ArbeitnehmerInnenvertreter wird massiv zurückgedrängt. Tatsächlich gibt es in Österreich rund 3,6 Millionen ArbeitnehmerInnen und 324.000 UnternehmerInnen – das heißt auf eine/n Unternehmer/in kommen 11 ArbeitnehmerInnen. Der allergrößte Teil davon ist in den Gebietskrankenkassen versichert, dort stehen derzeit schon 4 ArbeitnehmerInnenvertreter einem UnternehmerInnenvertreter gegenüber.

Geht es nach dem Willen der Regierung werden künftig UnternehmerInnen entscheiden, was mit den Beiträgen der Beschäftigten im Gesundheitssystem passiert. Obwohl die DienstgeberInnen nicht mal ein Drittel der Beiträge für die Versicherten der neuen ÖGK leisten, sind sie künftig gleichberechtigt in den Kassen vertreten – die Beschäftigten verlieren ihre Mehrheit.

ArbeitgeberInnen werden künftig über Krankenstände, Arzneimittel, Kuraufenthalte, Rehabilitationsmaßnahmen usw. ihrer MitarbeiterInnen und Angestellten entscheiden!

In Zukunft entscheiden also die ArbeitgeberInnen, die Wirtschaft, die Industrie über die Gesundheitsversorgung von ganz Österreich!

Was die WirtschaftsvertreterInnen mit ihrer neuen Macht vorhaben, haben sie ausführlich dargelegt: Sie wollen

1. *Selbstbehalte einführen,*
2. *Leistungen kürzen und*
3. *Gesundheitseinrichtungen privatisieren.*

Die Wirtschaftskammer Österreich hat das Schweizer Beratungsunternehmen c-alm AG mit einer Studie über unser Sozialversicherungssystem beauftragt. Wenn man sich diese Studie ansieht, dann erkennt man 1:1 die Umsetzung in der Regierungsvorlage der Bundesregierung.

Selbstbehalte einführen

Die Studie spricht von einem „neuen Gesamtsystem von Selbstbeteiligungen“. Soll heißen: Für alle Versicherten sollen Selbstbehalte eingeführt werden. Das würde die Arztbesuche reduzieren. Die Gefahr, dass sich Menschen dann aus finanziellen Gründen zu spät behandeln lassen, nimmt dadurch zu. Das gesteht selbst die Wirtschaftskammer ein – von Selbstbehalten rücken sie trotzdem nicht ab.

Die Wirtschaftskammer fordert seit Jahren Selbstbehalte für alle Versicherten. Sie wird in Zukunft die Mehrheit im Dachverband haben, der darüber zu entscheiden hat. Zudem verpflichtet das Gesetz die neu geschaffene Krankenkasse, bei einem Minus Selbstbehalte einzuführen.

Leistungen kürzen

Wie die Bundesregierung, will auch die Wirtschaftskammer ein Angleichen der Leistungen. Doch das kann kein Angleichen nach oben sein, wie die Studie klarstellt: „Es liegt auf der Hand, dass sich, in Hinblick auf die Kosten des Gesundheitssystems, das Leistungsniveau eher an einem KV-Träger mit schmalem Leistungskatalog orientieren sollte.“

Wo es zu einer Angleichung der Leistungen kommt, drohen also schlechtere Leistungen. Das hat auch der Chef der Industriellen-Vereinigung (IV) Georg Kapsch betont: „Was nicht funktionieren wird ist, dass man die Leistungen nach oben harmonisiert.“

Generell erwarten sich die WirtschaftsvertreterInnen in den Krankenkassen vor allem eines: Weniger Beiträge, die sie leisten müssen. Das bringt den großen Konzernen mit vielen Beschäftigten viel Geld.

Gesundheitseinrichtungen privatisieren

Zunächst rät die Wirtschaftskammer, alle Einrichtungen zu privatisieren:

„Aus betriebswirtschaftlicher Sicht [...] sollten keine eigenen Einrichtungen betrieben werden“, heißt es in der Studie deutlich. Die 154 Einrichtungen wie Kurheime, Reha-Zentren oder Ambulatorien stehen auf dem Spiel.

Das Drängen auf Privatisierung hat einen Grund: Der Gesundheitsbereich ist ein großer und schnell wachsender „Zukunftsmarkt“, wie Gesundheitsökonomen und Wirtschaftskammer unermüdlich betonen. Privatversicherungen und Gesundheitskonzerne sehen riesige Renditen. Konzerne wie die VAMED drängen seit Jahren auf Privatisierungen.

Doch dann ändern sich auch die Leistungen für die Versicherten: Schon heute werden schwere medizinische Fälle eher in öffentlichen Einrichtungen behandelt – denn lange, aufwändige Behandlungen sind teuer. Die leichten Fälle wandern zu den privaten Anbietern, da sie lukrativer sind. Wo dann schwere Fälle versorgt werden, wenn Reha-Zentren und Kurheime dem Profitaspekt von Konzernen unterstehen, ist unklar.

Aus der Patientenmilliarde wird eine Zentralisierungsmilliard

Die Regierung verspricht mit dieser Zentralisierung eine Patientenmilliarde bis 2023, die durch Einsparungen bei der Fusion erzielt werden soll. Die Präsidentin des Rechnungshofes Margit Kraker war schon bei der Präsentation des Vorhabens durch die Regierung „sehr skeptisch“ und bezeichnetet im ORF-Interview die Kostenschätzungen der Regierung als „Wunschdenken“. In der Stellungnahme des Rechnungshofes wird nunmehr klargestellt: Der Nachweis zum Einsparungspotenzial der 1 Milliarde Euro fehlt.

Die Reduktion der Kassen soll, laut Schwarz-Blau pro Jahr 250 Millionen Euro bringen: Derzeit haben alle betroffenen Versicherungen gemeinsam einen Verwaltungsaufwand von 481 Millionen Euro (2016). Über 40 Prozent des derzeitigen Verwaltungsbudgets müssten jährlich eingespart werden, um ohne Leistungskürzungen auf die angekündigte Milliarde Euro zu kommen.

Das Sparpotential in der Verwaltung ist jedoch äußerst gering, denn das österreichische Sozialversicherungssystem ist im Vergleich sehr günstig:

- Während die österreichischen Krankenversicherungen 2,74 Prozent der Einnahmen für Verwaltung ausgeben, geben deutsche Krankenversicherungen im Durchschnitt 4,90 Prozent und schweizer Versicherungen 4,96 Prozent aus.
- Pro Versichertem liegen die Verwaltungskosten in Österreich bei nur einem Drittel der deutschen oder schweizer Kosten: Hier kommen 53,24 Euro jährlich auf einen Versicherten, in der Schweiz und Deutschland sind es 142 Euro – und damit drei Mal mehr.

Laut Rechnungshof-Prüfung 2010 führte die überhastete Vorgangsweise bei der Zusammenlegung der Pensionsversicherungsanstalten der ArbeiterInnen und Angestellten zu Planungs- und Durchführungsmängeln und kostete insgesamt über 200 Millionen Euro. Auch bei den Verwaltungskosten hätte sich die Pensionsversicherung zwischen 2003 und 2016 rund 1 Milliarde Euro erspart, wenn sie die Fusion nicht durchgeführt hätte, wie der Hauptverband errechnet hat.

Die übereilte Fusion der Kassen wird aller Wahrscheinlichkeit nach mehr kosten als sie bringt, wie Beispiele aus Österreich und Deutschland zeigen. Sie droht zum teuren Milliardengrab zu werden.

Beitagsprüfungen wandern zur Finanz

Gesundheitslandesrat Christian Stöckl aus Salzburg hat es auf den Punkt gebracht und die Hintergründe für die Verschiebung der Beitragsprüfung von den Gebietskrankenkassen zur Finanzverwaltung offengelegt. Im Morgenjournal am 17.10.2018 meinte er: „Wichtig ist für mich immer und da haben wir ja in Salzburg das eine oder andere Problem, wenn bei den Prüfungen das Gesetz extrem genau ausgelegt wird und da muss man schauen, dass man das einfach mit Hausverstand und mit Fingerspitzengefühl macht.“

Was bedeutet das? Wenn man bedenkt, dass mehr als 90 Prozent der Anzeigen wegen Unterentlohnung auf Wahrnehmungen der PrüferInnen der Gebietskrankenkassen und nicht einmal 10 Prozent auf jene der FinanzprüferInnen zurückzuführen sind, verdeutlicht dieser Umstand, dass bei den FinanzprüferInnen die Kontrolle des Anspruchsprinzips in der Sozialversicherung und der damit verbundene Schutz der ArbeitnehmerInnen und Arbeitnehmer vor Lohn- und Sozialdumping eine sehr untergeordnete Rolle einnimmt.

Es ist daher in Zukunft zu befürchten, dass dieses bisher sehr wirksame Instrumentarium zur Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping mit der Zeit seine Wirksamkeit verlieren wird und dies zu Lasten der ArbeitnehmerInnen und Arbeitnehmer bzw. der gesamten Versichertengemeinschaft gehen wird. Unterentlohnung bedeutet für die ArbeitnehmerInnen weniger Einkommen, weniger eingezahlte Beiträge und dadurch weniger Krankengeld, weniger Arbeitslosengeld und weniger Pension.

Die Selbstverwaltung wird in weiten Teilen ausgeschaltet

Derzeit leiten engagierte, regionale, gewählte Personen zum Wohle der Versicherten unserer Sozialversicherungen. Die Bundesregierung will diese Strukturen massiv zurückdrängen. Künftig könnten hoch bezahlte, nicht demokratisch legitimierte ManagerInnen und WirtschaftsvertreterInnen entscheiden.

Selbstverwaltung bedeutet, dass die Sozialversicherung von VertreterInnen der Versicherten und BeitragszahlerInnen geführt wird. Sie werden demokratisch bestellt. In der Sozialversicherung werden täglich viele für die Menschen in Österreich wichtige Entscheidungen getroffen. Diese reichen von der Organisation der ärztlichen Versorgung oder dem Kauf von Medikamenten bis hin zum Betrieb von Gesundheitszentren, Zahnambulatorien, Rehabilitationszentren und Unfallspitälern. Derzeit sind es die VertreterInnen der Versicherten, die dafür verantwortlich sind.

Um die Zurückdrängung der VertreterInnen der Versicherten begründen zu können, wird nun behauptet, dass es in der Sozialversicherung über 1.000 bezahlte FunktionärlInnen gebe. Es steht die Unterstellung im Raum, dass es keine 1.000 gut bezahlten FunktionärlInnen brauche und, dass diese die Reform nur ablehnen, weil sie ihre Privilegien verteidigen wollen. Die Regierung verwendet für die Umfärbung den Stehsatz, sie spare bei den FunktionärlInnen und in der Verwaltung. Das ist eine gut konstruierte Geschichte. Sie scheitert nicht an der Inszenierung, sondern an der Realität.

In der Selbstverwaltung sind in etwa 90 Prozent ehrenamtliche FunktionärlInnen tätig, die keinerlei Funktionsgebühren erhalten. 90 Prozent der 1.000 VersichertenvertreterInnen bekommen lediglich pro Sitzung ein Sitzungsgeld von 42 Euro. Die Selbstverwaltung kostet den Versicherten gerade mal 40 Cent jährlich. Damit kann man seriöser Weise keine ernsthaften Beträge einsparen, im Gegenteil.

Um die Beträge, die man derzeit in der Sozialversicherung für Funktionen erhält, bekommt man jedenfalls keine ManagerInnen. Der Einfluss der gewählten VertreterInnen wird zurückgedrängt, damit die Regierung Personen ihres Vertrauens in gut bezahlte Positionen bringen kann.

Beim Umbau der Sozialversicherung geht es also nicht um Privilegienabbau. Es geht darum, die meist ehrenamtlichen VersichererInnenvertreterInnen zu entmachten. Wenn die Versicherten im eigenen Träger in den Gremien in der Minderheit sind, dann können der Verkauf und die Privatisierung der Gesundheitseinrichtungen beschlossen werden.

Der Hauptverband wird zerschlagen und soll sieben unterschiedliche Vorsitzende in 5 Jahren haben

Von den 350 Bediensteten des Hauptverbandes werden per Gesetz 250 Bedienstete einer zukünftigen ÖKG übertragen. Von den vorerst verbleibenden 100 MitarbeiterInnen sollen weitere Bedienstete anderen Versicherungsträgern zugeordnet werden. Angeblich ist noch angedacht, die Statistik in die PVA zu verlagern, die IT-Agenden sollen an die SVS und die Aus- und Weiterbildungs-agenden an die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) übertragen werden.

Offenbar soll eine wirksame Interessensvertretung der gesamten Sozialversicherung beseitigt werden. Der Dachverband soll nach außen kein Gesicht mehr haben und die Personalressourcen werden aufgeteilt.

Damit geht der kontinuierliche Ansprechpartner für Politik und Behörden, für Vertragspartner wie Ärzteschaft, pharmazeutische Industrie und die große Gruppe der Gesundheitsberufe sowie für die internationale Sozialversicherung verloren. Eine umfassende Leistungsharmonisierung wird es ohne starken Dachverband nicht geben.

Das Rotationsprinzip im neuen Dachverband macht eine gezielte, erfolgreiche Unternehmensentwicklung unmöglich. Kein Unternehmen würde den/die Vorsitzenden/Vorsitzende so oft austauschen. Aus verfassungsrechtlicher Sicht widerspricht das Rotationsprinzip dem Effizienzgebot.

Die Folgen dieser Zentralisierung:

- *Die Zentralisierung wird hunderte Millionen verschlingen, die dadurch dem Gesundheitssystem entzogen werden.*
- *Für die 7 Millionen ÖKG-Versicherte werden daher weniger Leistungen, weniger ÄrztInnen-Stellen, weniger Therapieplätze zur Verfügung stehen. Dafür längere Wartezeiten und Selbstbehalte, wie sie die Industriellenvereinigung seit Jahren fordert. Für die Krankenkasse der Selbständigen, wo die Unternehmer versichert sind, ändert sich nichts.*
- *Durch die Durchführung der Beitragsprüfungen von der Finanzverwaltung, die einen weniger umfassenden Prüfauftrag haben und das erklärte Ziel dieser Regierung weniger streng und mit „Hausverständ“ zu prüfen, wird es erleichtert, die Beschäftigten nicht mehr korrekt anzumelden, einzustufen und zu bezahlen.*
- *Mit diesem Gesetz beginnt die Privatisierung des Gesundheitssystems. Start ist die Schwächung der öffentlichen Sozialversicherung. Immer mehr Leute werden aus Sorge um ihre Versorgung private Zusatzversicherungen abschließen. Die Privatversicherungen wittern bereits fette Geschäfte, wie an aktuellen Inseraten-Kampagnen zu sehen ist. Außerdem könnten zukünftig immer mehr Leistungen von privaten, profitorientierten Unternehmen erbracht werden.*

Diese „Reform“ hat 7 Millionen VerliererInnen, nämlich alle Versicherten der Gebietskrankenkassen und ihre Angehörigen. Diese sind dann nur noch PatientInnen dritter Klasse, die als einzige nicht einmal selber darüber bestimmen dürfen, welche Leistungen sie für ihre eigenen Beiträge erhalten.

Die unterfertigten Abgeordneten richten daher an die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz folgende

Anfrage

1. Bei der Vorstellung des Gesetzes wurde von einer Leistungsharmonisierung gesprochen. Wird eine solche Harmonisierung zwischen allen Krankenversicherungsträgern noch in dieser Legislaturperiode erfolgen?
2. Die LSE-Studie und andere ExpertInnen fordern immer wieder einen echten Risikostrukturausgleich. Im Entwurf ist ein solcher nicht vorgesehen. Wird ein solcher Ausgleich zwischen den Trägern innerhalb dieser Legislaturperiode erfolgen?
3. Wie genau setzt sich die versprochene "PatientInnenmilliarde" zusammen?
4. Können Sie, als verantwortliche Bundesministerin ausschließen, dass es im Bereich der künftig ÖGK-Versicherten zur Einführung von Selbstbehalten oder zu Leistungseinschränkungen kommen wird?
5. Mit welchen Fusionskosten haben die 7 Millionen Versicherten bis 2023 zu rechnen?
6. Wie werden diese Kosten aufgebracht?
7. Die Bundesregierung plant – ohne fusionsbedingte Kündigungen – den Verwaltungspersonalstand in der Sozialversicherung innerhalb von 3 Jahren um 10 Prozent, und innerhalb von 10 Jahren um 30 Prozent zu senken. Wie viele Jahre Aufnahmestopp in der Sozialversicherung sind erforderlich um den Personalstand durch natürlichen Abgang um 30 Prozent zu senken?
8. Sind Sie der Meinung, dass die technologischen Anforderungen an eine moderne Verwaltung – Stichwort Digitalisierung – durch einen so lange anhaltenden Aufnahmestopp sachgerecht umgesetzt werden können?
9. Mehrere Bundesländer gehen davon aus, dass die Zentralisierung Mehrkosten für ihr Land mit sich bringen wird und haben daher Verhandlungen darüber verlangt. Wie sieht der Zeitplan dafür aus?
10. Sie haben den Ländern versprochen, dass das Beitragsgeld ihrer Versicherten im Land bleiben wird. Die Regierungsvorlage sieht dies allerdings nicht so vor, da die Budgethoheit bei der Zentrale liegt. Wie wollen Sie ihr Versprechen den Ländern gegenüber einlösen?
11. Der Verfassungsdienst äußerte Bedenken bei der Zusammenlegung der Bauern- mit der gewerblichen Sozialversicherung bzw. der Eisenbahn/Bergbau-Ver sicherung mit jener für den öffentlichen Dienst. Weil dies ohne Änderung des Beitrags- und Leistungsrechts erfolgen soll, könnte es hier Probleme mit Art. 120a der Bundesverfassung geben. Wann werden Sie in diesen Trägern eine Harmonisierung des Beitrags- und Leistungsrechts vornehmen?
12. Warum gibt es in den Verwaltungskörpern der ÖGK und der PVA eine Parität zwischen DienstnehmerInnen und DienstgeberInnen, nicht jedoch bei der BVAEB, schließlich sind in allen diesen Trägern nur ArbeitnehmerInnen versichert?
13. Die ArbeitgeberInnen können jede Entscheidung blockieren, weil sie 50 Prozent der Mandate im Verwaltungsrat (entscheidendes Gremium) erhalten, obwohl sie in der ÖGK gar nicht versichert sind. Damit drohen viele Patt-Situationen, wo wichtige Investitionen für die Versicherten nicht mehr beschlossen werden können. Wie können Sie auch für ÖGK-Versicherte die beste Gesundheitsversorgung weiterhin garantieren?
14. Sehen Sie ein Problem darin, dass sich durch die Abschaffung der Kontrollversammlung das geschäftsführende Organ (der Verwaltungsrat) selbst kontrolliert?

15. Was kann der Inhalt des Kontrollvermerks der WirtschaftsprüferInnen sein?
16. Für den Vorsitzenden/die Vorsitzende der Hauptversammlung der ÖGK und PVA enthält § 430 Abs. 3b Unvereinbarkeitsregeln; die Vorsitzenden dürfen weder dem Verwaltungsrat noch einem Landesstellenausschuss angehören. Darüber hinaus dürfen sie nicht derselben wahlwerbenden Gruppe angehören, der der Obmann/die Obfrau des Verwaltungsrates bzw. der StellvertreterIn zuzu-rechnen sind.
 - a. Auf DienstnehmerInnenseite gibt es auf Basis der AK-Wahlen 2014 im Verwaltungsrat und in der Hauptversammlung lediglich VertreterInnen zweier wahlwerbender Gruppen; die FSG und die FCG
 - b. Auf DienstgeberInnenseite gibt es auf Basis der WKO-Wahlen 2014 im Verwaltungsrat und in der Hauptversammlung nur VertreterInnen des Wirtschaftsbundes
- Haben Sie die Wahl des Vorsitzenden der Hauptversammlung bewusst so konstruiert, dass sie nicht vollziehbar ist?
17. Welche Logik steckt hinter der gesetzlichen Anordnung, dass in der ÖGK in den ersten 15 Monaten ein/e Arbeitgeber/in Obmann/Obfrau ist?
18. Sehen Sie ein Problem darin, dass der ÖVP-nahe Wirtschaftsbund auf Grund des Wahlergebnisses der WKO im Verwaltungsrat und in der Hauptversammlung der ÖGK, der PVA und der AUVA alle Mandate auf DienstgeberInnenseite, die von der WKO zu entsenden sind, erhält?
19. Sehen Sie ein Problem darin, dass in der ÖGK, der PVA und AUVA, in denen 7 Millionen ArbeitnehmerInnen und ihre Angehörigen versichert sind, ohne Einverständnis des Wirtschaftsbundes kein einziger Beschluss gefasst werden kann?
20. Warum müssen die Obleute der ÖGK und PVA halbjährlich rotieren, während dies bei den anderen Trägern (BVAEB, AUVA) nicht der Fall ist?
21. Halten Sie es aus der Managementperspektive für vorteilhaft, dass im Dachverband innerhalb von 5 Jahren 7 verschiedene Vorsitzende diese Funktion ausüben?
22. Würden Sie so ein Modell generell auch für private Konzerne und andere wesentliche öffentliche Bereiche vorschlagen?
23. Auf welchen Beurteilungen beruhen die Bestimmungen, dass der Dachverband Entscheidungen treffen soll, für deren Vorbereitung er keine Zuständigkeit hat und mangels eines Weisungszusammenhangs auch nicht lenkend eingreifen kann?
24. Welche Aufgaben werden Sie dem Dachverband zuordnen, um die Leistungsunterschiede zwischen den zukünftig drei Krankenversicherungs-systemen zu harmonisieren?
25. Derzeit sind in den Gremien der PVA, der AUVA und der 9 GKK 302 FSG-, 104 FCG-, 33 Freiheitliche AN- und 13 Grüne AN-Mandate vergeben. Die FSG verliert künftig 240 (79 Prozent), die FCG 23 (22 Prozent) die Freiheitlichen AN 24 (73 Prozent) und die Grünen 13 (100 Prozent) der Mandate. Ist Ihnen bewusst, dass durch die Verkleinerung der Gremien die demokratische Breite der Arbeiterkammerwahlen verloren geht.?
26. Entspricht es den Tatsachen, dass ehrenamtliche VersichertenvertreterInnen mit max. 42 Euro Sitzungsgeld durch einen zweiten Generaldirektor in der ÖGK – vermutlich in Zukunft besetzt durch eine der FPÖ zuzuordnenden Person – mit einer monatlichen Gage von rund 11.000 Euro ersetzt werden?
27. Finden Sie es zweckmäßig, dass der gesamtvertragliche Ärztestellenplan und die Änderung von Wochenendbereitschaftsdiensten für alle Regionen Österreichs zukünftig durch die Zentralstelle in Wien entschieden wird?

28. Werden alle bestehenden regionalen Verträge von der ÖGK auch weiterhin durchgehend regionsspezifisch verhandelt und vereinbart?
29. Sind Sie sicher, dass europaweite Ausschreibungen von Gesundheitsprodukten und Dienstleistungen für 7 Millionen Versicherte in der Regel ein besseres Preis-Leistungsverhältnis erzielen als regionale Verträge?
30. Wie hoch schätzen Sie das Einsparungspotenzial?
31. Wie hoch beziffern Sie den Wertschöpfungsabfluss aus Österreich?
32. Wie bewerten Sie die Studie von Prof. Schneider, der einen Wertschöpfungsabfluss in der Höhe von 191 Millionen Euro pro Jahr für Oberösterreich errechnet hat?
33. Welche Ableitungen treffen Sie bei einer Hochrechnung der Studienergebnisse auf das gesamte Bundesgebiet in der Höhe von rund 1,1 Milliarden Euro?
34. Können Sie ausschließen, dass viele externe Beratungsfirmen an den geplanten Megafusionen unkoordiniert mitarbeiten und damit Beitragsgelder verschwendet werden?
35. Wird auch die Firma Deloitte, bei der Sie selbst in der Vergangenheit beschäftigt waren, Aufträge in Bezug auf die Fusionsberatung oder zur Wirtschaftsprüfung erhalten?
36. Wird im Zusammenhang mit der Fusion der SVA und SVB der ehemalige Dienstgeber des derzeitigen Leitenden Angestellten der SVA, die Firma Accenture, Aufträge erhalten?
37. Informationen zu Folge sollen Bedienstete einiger SV-Träger am Zustandekommen des Gesetzestextes mitgewirkt haben. Um welche Träger und um welche Bedienstete handelt es sich dabei?
38. Können Sie bestätigen, dass auch Bedienstete der Industriellenvereinigung an dem Zustandekommen des Gesetzestextes beteiligt waren?
 - a. Um welche Personen handelt es sich dabei?
39. Das Prüfpersonal der SV wird dem BMF "zugewiesen". Die Dienstordnung der SV kennt diesen Begriff nicht – kann also davon ausgegangen werden, dass für diese Personen das Arbeitskräfteüberlassungsgesetz gilt?
40. Das BMF übernimmt die Beitragsprüfungen nur von der ÖGK; wieso bleibt die Beitragsprüfung bei der BVAEB und der SVS bei diesen Trägern und wird nicht von der Finanz übernommen?
 - a. Wie wird dies systemisch gerechtfertigt?
 - b. Entspricht dies dem verfassungsrechtlich vorgesehenen Gleichheitsgebot?
41. Der Rechnungshof hat in seinen Prüfungen festgestellt, dass die Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) effizient und effektiv ist. Wieso wird die GPLA in Zukunft nur mehr durch die Finanz durchgeführt?
 - a. Ist dies unter Beachtung der Selbstverwaltung verfassungsrechtlich zulässig?
 - b. Wie wird dies im Einzelnen begründet?
42. Wie wird sichergestellt, dass bei der Finanz das Anspruchslohnprinzip in der Prüfung zur Anwendung kommt und die Versicherten weiterhin die Sicherheit haben, dass ihre Beitragsgrundlagen entsprechend korrigiert werden?
43. Wie haben sich die Ergebnisse der SV-PrüferInnen und der Finanz-PrüferInnen insgesamt gemessen an den durch den GPLA-Beirat festgesetzten Zielwerten in den Jahren 2010 bis 2017 entwickelt?
44. Stimmt es, dass die SV-PrüferInnen in den Jahren 2010 bis 2017 gesamt ein besseres Mehrergebnis bringen, als die Finanz-PrüferInnen erbringen und um wie viel besser ist das Mehrergebnis der SV-PrüferInnen?

45. Stimmt es, dass die SV-PrüferInnen in den Jahren 2010 bis 2017 ein besseres pro Kopf Mehrergebnis bringen als die Finanz-PrüferInnen und um wie viel besser ist das pro Kopf Mehrergebnis der SV-PrüferInnen?
46. Wäre es aufgrund der finanziellen Mehrergebnisse naheliegender den neuen Prüfdienst in die SV zu integrieren?
47. Die ÖGK hat dem neuen Prüfdienst für die geleisteten Prüfungen ein Entgelt zu leisten; wieso ist eine derartige Entgeltleistung für die Kommunen nicht vorgesehen?
48. Wie viele GPLA-PrüferInnen (in Vollzeitbeschäftigungsequivalenten) sollten laut GPLA-Beirat pro Organisation (Finanz und Sozialversicherung) tätig werden?
49. Wie viele GPLA-PrüferInnen der Finanz und wie viele GPLA-PrüferInnen der Krankenversicherungsträger (GKK und VAEB) waren 2016 tätig (in Vollzeitbeschäftigungsequivalenten)?
50. Ist es richtig, dass ein/e Arbeitnehmer/in der über einen Zeitraum von fünf Jahren monatlich um 100 Euro unterentlohnt wird, mit einer um jährlich 140 Euro niedrigeren Pension zu rechnen hat?
51. Die Finanz erzielt regelmäßig deutlich schlechtere Ergebnisse bei der GPLA. Wie erklären Sie den österreichischen ArbeitnehmerInnen, dass ihr Anspruchslohn zukünftig nicht in der bisherigen Qualität kontrolliert werden wird und sie weniger Pension erhalten werden?
52. Ist es zutreffend, dass die ÖGK in Hinkunft keine Feststellungen im Rahmen von Erhebungen zum Lohn- und Sozialdumpingverstoß durchführen kann und wie wird dies begründet?
53. Wer wird zukünftig eine Anzeige wegen Unterentlohnung nach dem zum Lohn- und Sozialdumping-Bekämpfungsgesetz (LSD-BG) vornehmen, wenn ein/e Arbeitnehmer/in eine zu geringe Entlohnung und eine zu geringe Beitragsgrundlage bei der ÖGK reklamiert und keine Prüfung durch die Abgabenbehörde stattfindet?
54. Wem kommen die (Amts-)Parteirechte im Verwaltungsstrafverfahren zu?
55. Die Mehrzahl der österreichischen ArbeitgeberInnen entlohen ihre ArbeitnehmerInnen rechtskonform und führen auch die Beiträge zur Sozialversicherung ordnungsgemäß ab. Wie erklären Sie diesen redlichen ArbeitgeberInnen den Kontrollverlust bei den „schwarzen Schafen“ und die damit einhergehende Wettbewerbsverzerrung?

Präsident Mag. Wolfgang Sobotka: Ich erteile Klubobfrau Rendi-Wagner als erster Fragestellerin zur Begründung der Anfrage, die gemäß § 93 Abs. 5 der Geschäftsordnung eine Redezeit von 20 Minuten nicht überschreiten darf, das Wort. – Frau Abgeordnete, bitte.