

An
Frau Bundesministerin für
Arbeit, Soziales, Gesundheit
und Konsumentenschutz
Beate Hartinger-Klein
Stubenring 1, 1010 Wien

sowie

Herrn Bundesminister
für Finanzen
Hartwig Löger
Johannesgasse 5, 1010 Wien

Per E-Mail:

stellungnahmen@sozialministerium.at
vera.pribitzer@sozialministerium.at
e-Recht@bmf.gv.at
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at



Abs.:
BundesrätlInnen
Ewa Dziedzic und
David Stögmüller

Reichsratsstraße 9
1017 Wien

Betrifft Stellungnahme zu Sozialversicherungsrecht

Sehr geehrte Frau Bundesministerin!

Sehr geehrter Herr Finanzminister!

Innerhalb offener Frist nehmen die Grünen BundesrätlInnen Ewa Dziedzic und David Stögmüller zu den Ministerialentwürfen zu einem

- Sozialversicherungs-Organisationsgesetz – SV-OG (ME/75),
- Notarversicherungs-Überleitungsgesetz – NV-ÜG (ME/76),
- Gesetz über die Zusammenführung der Prüfungsorganisationen der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung - ZPFSG (ME/77) und
- Sozialversicherungs-Organisations-Begleitgesetz (ME/88)

wie folgt Stellung:

Die Grünen sind stets für eine Vereinheitlichung der Sozialversicherungsträger mit einem Träger pro Sparte (Unfallversicherung, Krankenversicherung, Pensionsversicherung) eingetreten. Eine effiziente Vereinheitlichung bedingt den Zusammenschluss jeweils aller Versicherten im jeweiligen Spartenträger zu einer einheitlichen Solidargemeinschaft. Ziel hat zu sein, dass alle Versicherten die gleichen Beitragssätze entrichten, den gleichen Leistungskatalogen unterliegen und gleiche Ansprüche haben, die nach gleichen Kriterien zu Stande kommen. Weiters zielt das Grüne Modell auf eine Demokratisierung der Sozialversicherung ab. Die gegenwärtige berufsständische Organisation soll überwunden und durch eine

einheitliche demokratische Direktwahl der VersicherungvertreterInnen auf Grundlage des Prinzips „one-person – one vote“ ersetzt werden.

Die Grünen haben ihr Modell in Anträgen im Nationalrat vorgelegt (siehe https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/A/A_01810/index.shtml).

Die nunmehr vorgelegten Ministerialentwürfe stehen in allen wesentlichen Punkten einem solchen Modell entgegen. Statt eine Vereinheitlichung der Leistungen für alle und eine Demokratisierung des Systems voranzutreiben, dient es vielmehr

- einer politischen Umfärbung der Strukturen in der Sozialversicherung,
- einer Entdemokratisierung der Sozialversicherung,
- einer Verschlechterung der Leistungen für die überwiegende Mehrheit der kranken- wie unfallversicherten Menschen und schließlich
- der Belastung der Versicherten ohne jede Leistungsverbesserung.

Angesichts des großen Umfangs der geplanten gesetzlichen Veränderungen, aber auch der Qualität bereits eingegangener Stellungnahmen im Detail wie etwa jenen des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger oder der WGKK und anderer, beschränken wir uns in dieser Stellungnahme auf einzelne, wesentliche Kritikpunkte.

1. Allgemeines

Die Ministerialentwürfe beinhalten umfassende und weitreichende Änderungen in den Strukturen der Sozialversicherung. Sie umfassen insgesamt 168 zu prüfenden Seiten Gesetzesentwurf. Die Erläuterungen zu sind völlig unzureichend. Begutachtungsfristen zwischen einer und fünf Wochen in derart komplexen Gesetzesmaterien sind eine Verhöhnung jedes Begutachtungsprozesses. Es drängt sich der Verdacht auf, dass gar kein Interesse an einer echten Begutachtung besteht.

2. Intransparenz der Regelung – legistisches Versteckspiel

Die Gesetzesentwürfe erwecken den Eindruck, dass es den AutorInnen mehr darum gegangen ist, den Inhalt und die Folgen vor den BürgerInnen zu verstecken, als darum, Klarheit zu schaffen.

2.1. Beispiel § 31 ASVG – neu – Einführung von Selbstbehalten

Besonders deutlich wird dies etwa beim neuen § 31 ASVG (Art. 1 Z 24). Die gewählte Formulierung macht es nur sehr gut informierten ExpertInnen möglich, herauszufinden, worum es eigentlich geht.

Art. 1 Z 24 SV-OG lautet:

„24. Der bisherige Text des § 31 Abs. 5a wird mit den Maßgaben zum Text eines neuen § 31, dass das Wort „Hauptverband“ durch das Wort „Dachverband“ ersetzt wird und die Ausdrücke „bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau“ und „auf die im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorhandenen Mittel sowie“ entfallen.“

Was als schlichter Austausch von Begrifflichkeiten erscheint, hat jedoch weitreichende Folgen für alle Versicherten der derzeitigen Gebietskrankenkassen. Sie werden in Zukunft bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Selbstbehalte bezahlen müssen. Der neue § 31 ASVG lautet nämlich:

„§ 31. Der Dachverband hat für die Krankenversicherungsträger nach diesem Bundesgesetz jährlich eine Verordnung zu erlassen, in der festgestellt wird, ob und in welcher Höhe ein Kostenbeitrag bei

Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (§ 135), bei Inanspruchnahme chirurgischer oder konservierender Zahnbehandlung (§ 153) und bei Behandlung in einer Spitalsambulanz (§ 26 KAKuG) im nächstfolgenden Kalenderjahr zu entrichten ist. Dies gilt nicht für die nach den §§ 472 Abs. 1 und 474 Abs. 1 versicherten Personen. Er hat hiebei insbesondere auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen. Der Kostenbeitrag ist für die genannten Versicherungsträger einheitlich unter Zugrundelegung der von ihnen im Durchschnitt des vorangegangenen Kalenderjahres erbrachten tariflichen Leistungen festzusetzen. Diese Verordnung bedarf zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Trägerkonferenz und der Genehmigung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen.“

Auf Grund der Tatsache, dass der zukünftige Gesundheitskasse Mittel entzogen werden, worauf noch unter Punkt 4. einzugehen ist, und bereits jetzt die Einnahmen der Gebietskrankenkassen aus Beiträgen die Aufwendungen Leistungen für die Versicherte um € 1,3 Mrd. unterschreiten, werden Versicherte der gegenwärtigen Gebietskrankenkasse nach dem Wegfall der Ausgleichsmechanismen und dem Entzug erheblicher Mittel zwangsläufig Selbstbehalte entrichten müssen, so diese Bestimmung in Kraft treten. Es ist unseriös und eine Verhöhnung der BürgerInnen, diese Tatsache derart im Gesetzestext zu verstecken.

2.2. Beispiel § 443 ASVG – Verschlechterung von Leistungen statt Schutz der Versicherten

Ebenso bedenklich ist die Vorgehensweise in Zusammenhang mit § 443 Abs. 1 letzter Satz ASVG, der scheinbar sicherstellen soll, dass „*den Versicherten im jeweiligen Bundesland eine Summe entsprechend den Beiträgen, die im jeweiligen Bundesland entrichtet wurden, zur Verfügung steht.*“

In der Realität bedeutet dies jedoch, dass weniger Geld für Versicherungsleistungen zur Verfügung stehen wird, da die Aufwendungen für Versicherungsleistungen in allen Bundesländern die Einnahmen aus Beiträgen der Versicherten deutlich übersteigen (etwa im Jahr 2016 für alle neun GKK um € 1,3 Mrd.)

Die vermeintliche Schutzbestimmung des § 443 Abs. 1 würde also in der Realität erhebliche Leistungseinschränkungen zu Lasten der Versicherten führen. Es ist einem demokratischen Rechtsstaat unwürdig auf derartige legistische Versteckspielchen zurückzugreifen.

3. Sinnentleerte Struktur der Sozialversicherung

Die im Sozialversicherungs-Organisationsgesetz dargestellte Struktur ist unsachlich und verursacht einen höheren Verwaltungsaufwand, als in der gegenwärtigen Struktur.

Auch wenn es nominell in Zukunft weniger Einrichtungen geben soll, die den Namen „Sozialversicherungsträger“ führen, so erhöht der vorliegende Gesetzesentwurf die Zahl der notwendigen Systembestandteile im Sozialversicherungssystem.

3.1. Umbenennung statt Harmonisierung von Leistungen

Geradezu symptomatisch für den gesamten Gesetzesentwurf ist die Tatsache, dass 14 der 17 Träger, die nach dem 1.1.2020 nicht mehr existieren sollen, schlicht durch Umbenennung aus der Statistik verschwinden. Es sind dies die neun Versicherungsträger, die als Landesstellen weiterbestehen und eine zehnte Zentralstruktur übergestülpt erhalten, sowie vier der fünf Betriebskrankenkassen und die Versicherungsanstalt des Notariats, die zwar weiterexistieren werden, fortan aber nicht mehr als Sozialversicherungsträger, sondern als Wohlfahrtseinrichtungen mit denselben Aufgaben und Verpflichtungen wie Sozialversicherungsträger

weiter existieren werden. Bei der Gelegenheit sei auch noch darauf hingewiesen, dass der Ministerialentwurf keine Regelungen hinsichtlich der sechzehn Krankenfürsorgeanstalten enthält.

3.2. Zusammenlegung ohne sachliche Gemeinsamkeiten – BVAEB

Nicht minder absurd ist die Situation in der Konstruktion der zukünftigen Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen, Bergbau (BVAEB). Einmal abgesehen davon, dass die Zusammenfassung von EisenbahnerInnen und öffentlich Bediensteten nur mehr wenige Jahre eine – wenn auch nur formale – Argumentationsgrundlage findet, als ÖBB-Bedienstete-alt noch einen Beamten vergleichbaren Status haben, umfasst die zukünftige BVAEB insgesamt 38 unterschiedliche Versichertengruppen mit unterschiedlichen arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Grundlagen (Art. 4 Z 3 SV-OG). Dieser absurd Realität folgend sind in der BVAEB je Versicherungssparte zumindest vier unterschiedliche Rechenkreise zu organisieren, die neue, organisatorische Overheadstrukturen benötigen.

3.3. Zusammenlegung ohne Sinn - SVS

Die neu zu schaffende BVAEB, aber auch die Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) haben völlig inkompatible Versichertengruppen: Die Unfallversicherung der Selbstständigen etwa soll von der heutigen AUVA zur neuen Sozialversicherung der Selbstständigen wandern. Dort trifft sie auf die Unfallversicherung der BäuerInnen. Selbständige bezahlen heute einen Unfallversicherungsbeitrag von 9,60 Euro im Monat, BäuerInnen 1,9% ihrer Beitragsgrundlage, die auf dem sogenannten Einheitswert der bebauten Fläche beruht. Diese Systeme werden nicht miteinander, sondern nur nebeneinander als eigene Rechnungskreise weiterleben können. Ein sehr ähnliches Problem gibt es bei der Krankenversicherung. Beitragsberechnung und Leistungsniveaus sind völlig unterschiedlich. Das Gesetz sieht zwei Rechnungskreise vor. Heißt: Das Dach der Einrichtung hat zwar einen gemeinsamen Namen, die Beiträge und Leistungen für BäuerInnen und Selbständige werden jedoch in jeweils eigenen Strukturen verwaltet (und verrechnet). Neben den bereits erwähnten Unterschieden bei der Beitragseinhebung gibt es unterschiedliche Leistungskataloge und für NichtbäuerInnen auch Selbstbehalte zu tragen.

3.4. Keine sachliche Begründung der neuen Struktur

Es versteht sich von selbst, dass den Erläuterungen zum Ministerialentwurf keinerlei sachliche Begründung der Notwendigkeit einer Strukturreform in der gewählten Art und Weise mitgeliefert wird. Eine solche wäre im Übrigen auch gar nicht möglich.

Die angedachte Strukturreform kann keine aus der Zusammenlegung resultierenden Einsparungen nach sich ziehen, da sich die Zahl und die Komplexität der zu erfüllenden Aufgaben durch die unsachliche Zusammenlegung völlig unterschiedlicher Versichertengruppen insgesamt erhöht und damit auch die Kosten für Aufgabenerfüllung und Overheadstrukturen zwangsläufig höher werden müssen.

Der vorgelegte Ministerialentwurf sieht auch keinerlei Verbesserungen für die Versichertengemeinschaft vor. Es fehlt somit jede sachliche Grundlage der gewählten Form der Zusammenlegung. Allein schon aus diesem Grund werden Klagen gegen Einzelbestimmungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit verfassungsrechtliche Fragen auferufen, die zu einer Aufhebung großer Teile des Gesetzes führen kann.

4. Der Gesetzesentwurf verletzt das demokratische Prinzip und dient einzig den Machtinteressen der beiden Regierungsparteien

Die im Ministerialentwurf vorgeschlagene Gremialstruktur der Sozialversicherungsträger verletzt grundsätzlich, insbesondere aber im Fall der Versicherungsträger der nach dem ASVG versicherten Menschen, nämlich der zukünftigen Österreichischen Gesundheitskasse und der Pensionsversicherungsanstalt, das demokratische Prinzip und damit jedenfalls die Artikel 120a bis 120c der Bundesverfassung.

4.1. Keine gemeinsamen Interessen nach Art. 120a ASVG

Wie bereits unter Punkt 3 dargestellt existiert in den Fällen der BVAEB und der SVS keine in Art 120a B-VG geforderte öffentliche Aufgaben, „*die in ihrem ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse gelegen und geeignet sind, durch sie gemeinsam besorgt zu werden*“. Das ergibt sich allein schon aus der Tatsache, dass BeamtenInnen, EisenbahnerInnen und Beschäftigte im Bergbau, aber auch BäuerInnen und Selbständige, von völlig unterschiedlichen Rechtslagen betroffen sind und die Zusammenlegung in gemeinsame Versicherungsträger keine Schnittmenge der gemeinsamen Erledigung von Aufgaben unter gemeinsamer Rechtslage bringt. Es ist auch nicht so, dass der Gesetzesentwurf oder die Erläuterungen irgendwelche Vorgaben zur Herstellung gemeinsamer Rechtsgrundlagen oder anderer Voraussetzungen zur Herstellung etwa gemeinsamer Leistungskataloge in diesen Trägern vorsieht.

4.2. Demokratische Grundsätze nach Art. 120c B-VG werden verletzt

Insbesondere im Fall der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) und der PVA verletzt der Ministerialentwurf das in Art. 120c B-VG festgeschrieben Prinzip, wonach „*die Organe der Selbstverwaltungskörper (...) aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden*“ sind.

Das Erfordernis der paritätischen Aufteilung der Funktionen in den neuen Gremien dieser Träger zwischen DienstgeberInnen und DienstnehmerInnen verletzt das demokratische Prinzip und die angeführten Verfassungsbestimmungen in doppelter Hinsicht:

- Zum Ersten, weil auf diese Weise VertreterInnen der DienstgeberInnen in den Versicherungsträgern ÖGK und PVA eine mit absolutem Vetorecht versehene Gestaltungsmacht erhalten, obwohl diese in der Regel nicht in den jeweiligen Trägern versichert sind, also mit Sicherheit nicht dem im Art. 120a B-VG geforderten Personenkreis angehören;
- Zum Zweiten aber auch deshalb, weil in diesen Trägern die Vertretung der Stimmen von 3,7 Millionen Mitgliedern der Arbeiterkammern das gleiche Gewicht zukommt, wie jenen der 517.500 aktiven Wirtschaftskammer-Mitgliedern. Die Stimme der DienstgeberInnen ist in den Gremien von ÖGK und PVA also mehr als sieben Mal so viel „wert“, wie jene der DienstnehmerInnen. Dieses verfassungsrechtliche Manko ist durch keinerlei ideologische Akrobatik zu beheben. Zur Rechtfertigung dieses Ungleichgewichts hilft auch nicht der Verweis auf die DienstgeberInnenbeiträge zur Sozialversicherung. Diese machen nämlich nur knapp mehr als ein Viertel der Mittel der Sozialversicherung aus und stammen selbstverständlich nicht aus den Privatschatullen der DienstgeberInnen, sondern aus der Wertschöpfung der ArbeitnehmerInnen.

4.3. Funktionen für ÖVP- und FPÖ-nahe FunktionärInnen

Letztlich fällt auch auf, dass diese Verletzung der demokratischen Grundsätze der Bundesverfassung auch zu einem Ergebnis führen, das den Regierungsparteien unabhängig der Resultate aller demokratischen Wahlen zu den Arbeiterkammern eine beherrschende Stellung in den Sozialversicherungsträgern und dem neuen Dachverband garantieren. Das Prinzip der zwangsweisen Parität in den Gremien ist nur in jenen Versicherungsträgern festgeschrieben, in denen die ÖVP derzeit keine Mehrheit hat, nämlich in der PVA und der ÖGK. In der BVAEB, die auf Grund der erdrückenden Übermacht der derzeitigen BVA-Versicherten (567.000 Versicherte) im Vergleich zu jenen der derzeitigen VAEB-Versicherten (117.000 Versicherte) fest unter Kontrolle einer ÖVP-nahen Organisation sein wird, kennt die paritätische Aufteilung der Gremialfunktionen ebensowenig wie die zukünftige SVS, die unter Kontrolle des ÖVP-Wirtschaftsbundes steht.

Die vom Gesetzesentwurf vorgeschlagene Struktur ist somit nicht allein willkürlich und verfassungswidrig, sondern auch vom Interesse getragen, die Gruppe der ArbeitnehmerInnen in ihren Interessen zu schwächen und ihre Möglichkeit der Selbstverwaltung einzuschränken.

Besonders deutlich kommen die Interessen der Regierungsparteien in den Bestimmungen zur Bestellung der Vorsitzenden der Hauptversammlungen der Träger zum Ausdruck (etwa § 430 Abs. 3a, letzter Satz ASVG sowie gleichgelagerte Regelungen für die anderen Träger). Diese dürfen weder jener Gruppe angehören, die einen Obmann oder eine Obfrau in den Verwaltungsräten stellt noch derselben „*wahlwerbenden Gruppe*“ angehören. Da das Gesetz jedoch für jeweils eine Person aus der Gruppe der DienstgeberInnen wie auch der DienstnehmerInnen den Titel Obmann/Obfrau vorsieht, kann – dem Wortlaut des Gesetzes folgend – nur eine Person Vorsitzender oder Vorsitzende einer Hauptversammlung sein, die nicht der Mehrheitsfraktion in der Gruppe der DienstgeberInnen oder jener der DienstnehmerInnen angehört. Heißt in der Praxis: § 430 Abs. 3a, letzter Satz und die vergleichbaren Regelungen zu den anderen Trägern garantieren der FPÖ, dass die Vorsitzenden der Hauptversammlungen Parteigänger der FPÖ sind.

5. Entzug von Mittel aus der Krankenversicherung

Der vorliegende Gesetzesentwurf entzieht der zukünftigen Gesundheitskasse erhebliche Mittel, die sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben dringend benötigt. Beispielsweise sind zu erwähnen:

5.1. Finanzierung privater Spitäler – Verschlechterung der Versorgungslage

Die Erhöhung der Zahlung an den Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds (PRIKRAF) um Euro 14,7 Millionen im Jahr, die in den Folgejahren nach der Entwicklung der Beitragseinnahmen zu valorisieren sind, entzieht der Gesundheitskasse bis zum Jahr 2023 kummiert knapp Euro 80 Millionen. Dabei ist auch festzuhalten, dass der PRIKRAF im Vergleich zu einer Einzelfallabrechnung erbrachter Leistungen eine negative Wirkung auf die Versorgung der Versicherten hat: Mit einer Einzelfallabrechnung im Fall privater Krankenanstalten (darin enthalten sind nicht Ordensspitäler, die einen hervorragenden Beitrag zur Versorgung der Bevölkerung leisten) garantiert, dass nur jene Leistungen vergütet werden, die auch in einem Leistungskatalog der Sozialversicherung enthalten sind. Die pauschale Abgeltung via PRIKRAF hingegen macht es für dem PRIKRAF zugehörige Spitäler attraktiv, insbesondere Leistungen zu erbringen, die nicht von Leistungskatalogen der Sozialversicherung erfasst sind, aber besonders hohe Einnahmen ermöglichen. Zu

nennen wären medizinisch oder sozial nicht angezeigte Schönheitsoperationen. Die Erhöhung des Beitrags der Gesundheitskasse zum PRIKRAF verbessert somit nicht die Versorgungslage der Bevölkerung, sondern verschlechtert sie sogar tendenziell.

5.2. Einfrieren und Aushungern – Der Pauschbetrag nach § 319a ASVG

Das Einfrieren und ab 2023 das Abschaffen des besonderen Pauschbetrags nach § 319a ASVG entzieht der Gesundheitskasse selbst unter Berücksichtigung der Wirkung einer Einzelfallabrechnung mit der Unfallversicherung bis 2023 zumindest Euro 230 Millionen, ab 2023 ca. Euro 200 Millionen pro Jahr. Diese Mittel fehlen der Gesundheitskasse, die bereits derzeit um etwa Euro 1,3 Milliarden weniger an Beitragseinnahmen hat, als sie für Ansprüche der Versicherten aufwenden muss, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und erhöht den ökonomischen Druck weiter.

5.3. Politisches Spielgeld für die Ministerin statt Ausgleichsfonds

Die Abschaffung des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (§ 447a ASVG) verringert den Gestaltungsspielraum der ÖGK um weitere knapp Euro 230 Millionen pro Jahr. Daran ändert auch nicht der neu zu schaffende, aber geringer dotierte, Investitionsfonds (§ 447a ASVG neu). Die Mittel des Ausgleichsfonds werden derzeit zur Deckung der Kosten von Leistungen für Versicherte genutzt. Die Mittel des Innovationsfonds hingegen stehen faktisch unter politischer Kontrolle des BMASGK und sind für nicht näher definierte Reformprojekte reserviert. Auch wenn es sinnvoll ist, Reformprojekte zu finanzieren, so ersetzen die Mittel des Innovationsfonds nicht die Ausfälle, die durch die Abschaffung des Ausgleichsfonds wegfallen. Zusatzkosten

5.4. Eine Milliarde weniger für die ÖGK – Selbstbehalte für die Versicherten

In Summe werden die Mittel der Gesundheitskasse bis inklusive 2023 um etwa eine Milliarde Euro gekürzt. Nach 2023 muss die ÖGK pro Jahr mit einem Einnahmenausfall von etwa Euro 400 Millionen pro Jahr fertig werden. Es ist den Stellungnehmenden nicht vorstellbar, wie dies ohne Leistungsverschlechterungen für die Versicherten denkbar sein soll.

In diesem Zusammenhang sei im Übrigen auf den bereits erwähnten § 31 neu ASVG verwiesen: Die Versicherten werden nicht allein schlechtere Leistungen akzeptieren müssen, wenn dieser Gesetzesentwurf beschlossen und in die Realität umgesetzt wird, sondern dafür auch noch Selbstbehalte zahlen müssen.

5.5. Bundeseinheitlicher Gesamtvertrag: Zusatzkosten ohne Leistungsverbesserung

Neben den bereits genannten Mittelverlusten für die Gesundheitskasse sieht der Ministerialentwurf auch die Schaffung eines bundesweiten Gesamtvertrags vor. Diese grundsätzlich gute Idee ist in der kurzen Zeit, die das Gesetz für die Schaffung der neuen Struktur vorsieht (nämlich neun Monate), nicht realisierbar. Die über Jahrzehnte gewachsenen unterschiedliche Struktur der Gesamtverträge lässt sich schon allein aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in dieser kurzen Zeit harmonisieren. Ab Jänner 2020 tritt überdies eine Situation ein, in der unterschiedliche Tarife nicht mehr in unterschiedlichen Trägern bezahlt werden, sondern innerhalb ein und dem selben Träger, nämlich der ÖGK. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis ein daraus entstehender Konflikt vor Gericht landet. Und dieser Gerichtsfall wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Gunsten

der KlägerInnen entschieden werden. Die einzige realistische Möglichkeit, diese Situation zu vermeiden, ist es, die derzeit existierenden Tarife alle auf das jeweils bestehende höchste Tarifniveau anzuheben. Das verursacht Kosten von mehr als einer halben Milliarde Euro, ohne dass auch nur eine einzige Leistungsverbesserung für PatientInnen und Versicherte erreicht wird.

6. Entzug der Möglichkeit der Sozialversicherungsträger zu Beitragsprüfung

Ein Aspekt, der mit hoher Wahrscheinlichkeit verfassungswidrig ist und darüber hinaus paradigmatisch für den gesamten Gesetzesentwurf zu sein scheint, ist die Verlagerung der Beitragsprüfung von der Sozialversicherung ins Finanzministerium (durch das Gesetz zur Zusammenführung der Prüforganisation der Finanzverwaltung und der Sozialversicherung ZPFSG). Dies hat erhebliche Folgewirkungen:

- Die Sozialversicherung, der die Bundesverfassung die selbständige Wahrung ihrer Interessen garantiert (Art. 120a B-VG), wird um die Möglichkeit gebracht, die Richtigkeit der Aufbringung ihrer Mittel selbstständig zu kontrollieren. Damit ist eine wesentliche Komponente der Selbstverwaltung nicht mehr existent.
- Die Sozialversicherung verliert ebenso die Möglichkeit, die Interessen von ArbeitnehmerInnen im Rahmen der Bekämpfung von Lohn- und Sozialdumping wie auch von Scheinselbständigkeit zu vertreten und durchzusetzen. Fast zwangsläufig wird somit die Zahl der Fälle von Lohn- und Sozialdumping wie auch der Scheinselbständigen steigen. Das ist ein Schaden für die betroffenen Menschen, die Einkommen sowie etwaige Arbeitslosengeld, Krankengeld und Pensionsansprüche verlieren wie auch für die gesamte Gesellschaft, die sich selbst des Schutzes vor Aushöhlung des Arbeits- und Sozialrechts begibt.
- Und schließlich sei auch darauf verwiesen, dass jede und jeder der 252 PrüferInnen der Sozialversicherung im Rahmen der Gemeinsamen Prüfung lohnabhängiger Abgaben pro Jahr um 21 Prüfungen mehr durchführen, als die 272 PrüferInnen des BMF, und dabei in den letzten zehn Jahren um mehr als Euro 750 Millionen erfolgreicher waren, als die PrüferInnen des BMF.

Es erscheint als absurd, eine effektive Prüfeinrichtung unter Kuratel einer deutlich weniger effektiven Einrichtung zu stellen. Dies kann nur zu einer Nivellierung der Gesamtleistung nach unten zum Schaden der Menschen in diesem Land führen. Möglicherweise ist die aber ja auch politisch gewollt.

7. Fehlender Finanzierungsplan für die Fusionskosten

Auch ohne die bereits genannten Maßnahmen kostet die Fusion von Unternehmen schlicht und einfach Geld. Diese Kosten fehlen in der WFA zu den Gesetzesentwürfen vollständig.

Das ist fahrlässig und unseriös: Es ist undenkbar, dass derart weitreichende Umstrukturierungen wie die im Ministerialentwurf vorgesehenen ohne Mehrkosten etwa zur Anschaffung neuer Räumlichkeiten bei der Zusammenlegung von Versicherungsträgern oder für die Adaption und Neuentwicklung kooperativer IT-Strukturen auskommen. Angesichts der bereits dargestellten (und längst nicht vollständigen) Mittelkürzungen für die Sozialversicherung ist ebenso undenkbar, dass diese die Kosten tragen können, ohne erhebliche Leistungseinschränkungen für die Versicherten auszulösen.

Das Vorgehen der Bundesregierung gleicht dem Verhalten eines unredlichen Geschäftsführers, der sich Pläne von GesellschafterInnen absegnen lässt, ohne sie von den zu erwartenden Folgekosten zu informieren.

Die Gesetzesentwürfe sind im Ergebnis unsachlich hinsichtlich der Aufgaben der Sozialversicherung sind, verletzen das demokratische Prinzip und die Grundsätze der Selbstverwaltung. Die sozialen, gesundheitlichen und finanziellen Kosten wären sehr hoch.

Wir halten die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen für unverantwortlich und fordern Sie, sehr geehrte Frau Sozialministerin und sehr geehrter Herr Finanzminister, auf, die gegenständlichen Ministerialentwürfe ersatzlos zurückzunehmen und stattdessen in einen gesellschaftlichen Diskurs über Aufgaben und Sinn der Sozialversicherung einzutreten.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ewa Diezeidzic e.h.

David Stögmüller e.h.