

DRINGLICHER ANTRAG

der Abgeordneten Leonore Gewessler, Ralph Schallmeiner, Markus Koza,
Freundinnen und Freunde

betreffend Krank sein darf kein Luxus werden: Nein zu Selbstbehalten für alle,
Teilzeit-Strafbeiträgen und der Streichung der Wahlarztkostenrückerstattung

BEGRÜNDUNG

Ein geheimes Strategiepapier der Arbeitgeberseite in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) enthüllt erschreckende Pläne: Statt endlich die riesigen Lücken in der medizinischen Versorgung zu schließen, sollen über 7,6 Millionen ÖGK-Versicherte, das sind über 80 % aller Menschen in Österreich, ordentlich zur Kasse gebeten werden.

Ins Auge stechen dabei drei Maßnahmen, die einen Systembruch bedeuten würden. Der Vertreter der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat der ÖGK, Peter McDonald, hat die Überlegungen öffentlich bestätigt und verteidigt.

Der Wunschzettel der Arbeitgeberseite in der ÖGK:

Erstens: Selbstbehalte für alle.

Egal ob Pensionistinnen und Pensionisten, Arbeiterinnen und Arbeiter oder auch Angestellte, Menschen mit Behinderung, Familien mit Kindern, chronisch Kranke – künftig sollen alle beim Kassenarzt draufzahlen.

Vorgesehen sind „gestaffelte Kostenbeteiligungen bei Arztbesuchen“. Ausnahmen? Keine. Im Protokoll heißt es ausdrücklich: „keine pauschalen Ausnahmen wie bei Ambulanzgebühr“. Sogar für Rezepte bei Dauermedikamenten oder Krankschreibungen soll man zur Kasse gebeten werden, also genau für jene Arztbesuche, die chronisch Kranke und erkrankte Beschäftigte gar nicht vermeiden können. Bei der ÖGK sind aktuell rund 7,6 Millionen Menschen versichert, das entspricht etwa 82 Prozent der in Österreich lebenden Menschen. Die geplanten Selbstbehalte würden somit gut vier von fünf Menschen im Land treffen.

Dabei ist allgemein bekannt, dass Selbstbehalte nicht steuern, sondern bestenfalls abschrecken. Sie unterscheiden nicht zwischen notwendigen und unnötigen Arztbesuchen, sondern zwischen Menschen, die sich den Besuch leisten können, und solchen, die ihn hinausschieben.

Was sind die Folgen von Selbstbehalten? Wer wenig Geld hat, verzögert den Arztbesuch – und wird dadurch erst recht schwer krank. Das erhöht das Leid der Betroffenen und verteuert zusätzlich das Gesundheitssystem. Selbstbehalte sind also doppelt kontraproduktiv. Österreich hat die Ambulanzgebühr wegen genau dieser Wirkung wieder abgeschafft. Besonders dreist ist auch der Arbeitsauftrag, die „ASVG-Möglichkeit zur Einhebung von Selbstbehalten“ juristisch zu prüfen. Offenbar wird nach einem Weg gesucht, Selbstbehalte am Parlament vorbei einzuführen.

Zweitens: Schluss mit der Rückerstattung bei Wahlarztbesuchen.

Wer heute keine Kassenärztin findet oder Monate auf einen Termin warten muss, geht in der Not zur Wahlärztin und bekommt zumindest einen Teil der Kosten von der Kasse zurück. Damit soll jetzt Schluss sein: Die ÖGK-Arbeitgeberseite will diese Rückerstattung komplett streichen. Das ist die Garantie für eine Zwei-Klassen-Medizin: Wer reich ist, kauft sich Gesundheit; wer arm ist, wartet monatelang mit Schmerzen oder geht leer aus.

Der Vertreter der Arbeitgeberseite im Verwaltungsrat der ÖGK, Peter McDonald, rechtfertigte das gegenüber der APA damit, dass die Menschen schon heute „über eine halbe Milliarde Euro beim Wahlarzt“ zahlen würden, „ohne soziale Staffelung und ohne jede Steuerung“. Diese Aussage ist an Zynismus kaum zu überbieten. Diese halbe Milliarde ist kein Zeichen für fehlende Steuerung der Patientinnen und Patienten, sondern der in Euro gemessene Beweis für die Lücken in der Kassenversorgung. Die Menschen gehen nicht aus Jux und Tollerei zur Wahlärztin oder zum Wahlarzt, sondern weil sie zeitnah keinen Kassentermin bekommen oder in ihrer Region gar kein Kassenangebot existiert.

Hier ein Beispiel anhand der Versorgungssituation bei Dermatologie im Raum Wels: Seit April 2025 gibt es für Wels-Stadt und Wels-Land mit rund 140.000 Einwohnerinnen und Einwohnern eine einzige Kassenordination für Hautheilkunde, in der Stadt Wels selbst keinen einzigen Hautarzt mit Kassenvertrag. Wer zur Hautkrebsvorsorge muss oder eine chronische Hauterkrankung behandeln lassen will und in der einzigen Kassenordination keinen Termin bekommt, hat keine andere Wahl als die Wahlarztordination. Die Rückerstattung ist für die Betroffenen der letzte Teil ihrer Versicherungsleistung, den sie in dieser Situation noch erhalten. Statt die Versorgungslücke als Auftrag zu begreifen, wird sie als Argument gegen die Versicherten verwendet. Die Folge wäre eine verschärfte Zwei-Klassen-Medizin nach dem Prinzip Kreditkarte statt e-card: Wer es sich leisten kann, zahlt künftig entweder den vollen Tarif aus eigener Tasche oder leistet sich eine private Zusatzversicherung. Alle anderen müssen länger warten, weitere Wege in Kauf nehmen oder auf Behandlung verzichten.

Die Versicherten würden damit doppelt bestraft: zuerst durch die fehlende Kassenversorgung und dann durch den Verlust der Erstattung, die genau diese Lücke zumindest teilweise ausgleicht.

Drittens: Teilzeit-Strafbeiträge

Unter dem beschönigenden Titel eines „Fairness-Beitrags“ sollen „proportional höhere Abgaben bei Teilzeitarbeit“ eingeführt werden, um Vollzeitarbeit zu fördern. Im Klartext: Teilzeitbeschäftigte sollen künftig relativ betrachtet höhere Abgaben zahlen. Das ist das Gegenteil von Fairness. Es widerspricht der einkommensbezogenen Logik der Sozialversicherung und ist gleichheitsrechtlich höchst problematisch. Menschen arbeiten oft nicht freiwillig Teilzeit, sondern wegen Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, aus gesundheitlichen Gründen oder weil Supermärkte gar keine Vollzeitstellen anbieten. Das trifft vor allem Frauen und Familien mitten ins Gesicht.

Auch die übrigen Vorschläge des Strategiepapiers folgen dieser Logik. Überlegungen wie die Einführung eines Mindestbeitrags pro Person oder gar Umgehungskonstruktionen für gesetzliche Regelungen lassen zudem nur ein Urteil zu: Hier soll das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem kaputt gemacht werden. Gleichzeitig ist bezeichnend, was im Protokoll fehlt: Strategien gegen überbordende Medikamentenpreise, zersplitterte Zuständigkeiten und Finanzierungsströme oder die Effizienz der eigenen Verwaltung kommen nicht vor. Statt im System zu sparen, wird bei den Patientinnen und Patienten gekürzt.

Ein Angriff auf die Reformpartnerschaft.

Besonders schwer wiegt, dass die Arbeitgeberseite die Selbstbehalte ausdrücklich „unabhängig vom Ausbaustand von 1450/Vollversorgung, wie junktiniert in Reformpartnerschaft“ umsetzen will. Bund, Länder und Sozialversicherung haben sich in der politischen Grundsatzvereinbarung vom 30. Juni 2026 darauf verständigt, dass verbindliche Patientenwege erst dann umgesetzt werden, wenn die medizinische Versorgung für alle gesichert ist. Außerdem wurde beschlossen: Die Reform muss österreichweit ein gleiches Leistungsspektrum sicherstellen und die Versorgung der Patientinnen und Patienten darf sich nicht verschlechtern. Die ÖGK war als Teil der Sozialversicherung an dieser Vereinbarung beteiligt, noch dazu unter dem Vorsitz der Arbeitgeberseite. Nur zweieinhalb Monate später wird in deren Strategieklausur von der Arbeitgeberseite offen festgehalten, dass die politische Grundsatzvereinbarung das Papier nicht wert ist, auf dem sie steht. Das ist umso brisanter, als die gesetzlichen Grundlagen der Reformpartnerschaft bis Jahresende erarbeitet und dem Nationalrat vorgelegt werden sollen. Wer die Versicherten zur Kasse bittet, bevor es überhaupt eine flächendeckende Versorgung gibt, an die man sie lenken könnte, bestraft sie für ein Versäumnis des Systems und stellt die Verlässlichkeit des gesamten Reformprozesses infrage.

Die Ministerin hat Verschlechterungen bereits zweimal durchgewunken.

Dass diese Vorschläge ernst zu nehmen sind, zeigt die bisherige Praxis der zuständigen Bundesministerin. Die Hauptversammlung der ÖGK hat am 19. Februar 2026 Sparmaßnahmen beschlossen, die Ministerin Schumann bereits am

26. Februar 2026 genehmigt hat. Unter anderem wurden die Familienzuschläge zum Krankengeld gestrichen und die Selbstbehalte für unentbehrlichen Zahnersatz von 25 auf 30 Prozent erhöht. Diese Maßnahmen wurden weder von der ÖGK noch vom Ministerium öffentlich kommuniziert. Wenige Monate später folgte die BVAEB: Sie verdoppelte mit 1. Juni 2026 den Behandlungsbeitrag beim Arztbesuch von zehn auf 20 Prozent. Beide Male erfuhren die Betroffenen erst im Nachhinein davon. Auf Kritik verweist das Ministerium darauf, Änderungen nur ablehnen zu dürfen, wenn sie rechtswidrig oder grob zweckwidrig sind. Selbstverwaltung darf aber nicht zur politischen Ausrede werden. Die Ministerin trägt die politische Verantwortung für die Aufsicht und für die Gesetzesvorlagen der Reformpartnerschaft. Wenn die Arbeitgeberseite nun prüft, Selbstbehalte auf Basis des geltenden ASVG einzuführen, könnte am Ende wieder nur ein Genehmigungsbescheid der Ministerin zwischen den Versicherten und der nächsten Belastung stehen. Wer zweimal überfallsartig Verschlechterungen genehmigt hat, muss sich die Frage gefallen lassen, ob beim nächsten Mal Selbstbehalte für alle folgen. Erschwerend kommt dazu, dass im Geheimpapier der Arbeitgeberseite ausdrücklich festgehalten ist, Umgehungskonstruktionen für alle diese Maßnahmen zu suchen, um sie kassenintern umzusetzen und so ein Gesetzgebungsverfahren zu umgehen.

Gesundheit ist das höchste Gut. Die Menschen in Österreich haben das Recht auf eine gute, lückenlose und leistbare Gesundheitsversorgung. Der österreichische Nationalrat ist angesichts der publik gewordenen Pläne der Arbeitgeberseite der ÖGK gefordert, sich zu einem solidarischen Gesundheitssystem ohne Selbstbehalte, Teilzeit-Strafbeträge und mit dem Weiterbestand der Wahlarztkostenrückerstattung zu bekennen.

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgenden

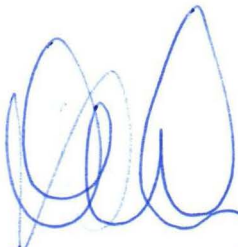
ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

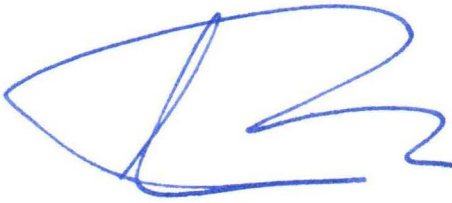
Der Nationalrat wolle beschließen:

„Die Bundesregierung, insbesondere die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, wird aufgefordert,

1. sich zu einem absoluten Nein zu neuen Selbstbehalten, Praxisgebühren oder Zusatzkosten für ÖGK-Patientinnen und Patienten zu bekennen, diese zu verhindern und keine entsprechenden Regierungsvorlagen einzubringen;
2. sich zu einer klaren Ablehnung von Teilzeit-Strafen und Kopfprämien bei Gesundheitsleistungen zu bekennen und keine entsprechenden Regierungsvorlagen einzubringen;
3. die Kostenrückerstattung beim Wahlarztbesuch zu erhalten;
4. Kürzungen durch die Hintertür zu verhindern: Es ist auszuschließen, dass die ÖGK selbst (durch Änderungen ihrer Satzung) im Hintergrund heimlich weitere Belastungen wie Selbstbehalte, Kostenbeteiligungen oder Leistungskürzungen einführt;
5. für eine bessere Versorgung zu sorgen sowie eine schnelle und verbindliche Umsetzung sicher zu stellen: Mit Jahreswechsel muss dem Nationalrat ein konkreter Plan vorliegen, wie Versorgungslücken geschlossen, Wartezeiten verkürzt und neue Kassenärzt:innen sowie Fachzentren geschaffen werden.“

In formeller Hinsicht wird die dringliche Behandlung gemäß § 74a iVm § 93 Abs. 1 GOG verlangt.


(A. WESSLER)


(Schuler)


(Kofler)


(Bisk)


(SCHWARZ)