



20. SEPTEMBER 2023

WENN MAN DIE HEGEMONIE VERLIERT:
DIE SOZIALVERSICHERUNGSREFORM
VON 2018 UND IHRE BEDEUTUNG FÜR
DIE ARBEITNEHMER:INNEN

HASLINGER SUSANNE (PRO-GE), STROJ JULIA (ÖGB)



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
Einleitung	2
Zu den Anfängen der Sozialversicherung	3
Erste Kassen entstehen	4
Ihr Kernstück von Anfang an: die Selbstverwaltung	5
Warum diese Selbstverwaltung?	7
Der größte Umbau der Geschichte: Die Sozialversicherungs“reform“ 2018	8
1. Kassenzusammenlegung und Patient:innenmilliarde : die Blendgranaten.....	10
2. Kalter Putsch: Arbeitgeber:innen bekommen per Gesetz die Mehrheit	13
3. Fremdkontrolle der Beiträge.....	19
4. Besachwalterung durch die Aufsichtsbehörde	20
Hegemonieverlust – wie konnte das passieren?	21
Politische Schlussfolgerungen: Was es aus Gewerkschaftsperspektive braucht	23
Literaturverzeichnis	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Screenshot aus der Presseunterlage des Bundeskanzleramts anlässlich der Präsentation des SV-OGs	9
Abbildung 2: Gegenüberstellung der Trägerstruktur vor und nach dem SV-OG; eigene Darstellung	11
Abbildung 3: Veränderung des Stimmanteils in der Selbstverwaltung durch das SV-OG, eigene Darstellung	15
Abbildung 4: Einnahmequellen der Krankenversicherung, eigene Berechnung	16
Abbildung 5: Verteilung der Versichertenstruktur in der ÖGK, Quelle: Statistisches Handbuch (DVSV 2022), eigene Darstellung.....	17

Einleitung

In der Regierungszeit von ÖVP und FPÖ unter Bundeskanzler Sebastian Kurz kam es zu zahlreichen Reformen, die auf dem Rücken der Vielen und/oder Schutzbedürftigsten ausgetragen wurden. Die Einführung des 12-Stunden-Arbeitstages bzw. der 60-Stunden-Woche, die Abschaffung der bedarfsorientierten Mindestsicherung oder eben die "größte Sozialversicherungsreform" der jüngeren Geschichte.

Herzstück der Sozialversicherung ist neben der Pensionsversicherung die Krankenkasse. Die Krankenkasse ist aufgrund ihrer Aufgabe, gegen die Risiken Krankheit und Unfall abzusichern und die Versicherten damit vor existenzbedrohenden Szenarien zu schützen, ein zentraler Pfeiler unseres Sozialstaats. Umso heikler eine großflächige Umgestaltung.

Die österreichischen Krankenkassen sind historisch in Selbstverwaltung der Versicherten organisiert, genau dagegen richteten sich die gut platzierten Angriffe von Kurz und Co. Während den Versicherten mehr Geld, mehr Leistung und weniger Bürokratie versprochen wurden, richtete sich die Sozialversicherungsreform 2019 insbesondere gegen die bestehenden „roten“ Arbeitnehmer:innen Mehrheiten. Durch massive Eingriffe in die Selbstverwaltungsstrukturen (Größe, Zusammensetzung, Aufgaben)– folgte eine beispiellose Umfärbeaktion. Nicht zuletzt bedeutet sie auch einen Bruch mit dem sozialpartnerschaftlichen Korporatismus der zweiten Republik dar.

Die Reform wurde gegen massive Proteste von den Interessenvertretungen der Arbeitnehmer:innen durchgesetzt. Im Endeffekt mussten die Gewerkschaft allerdings mehr oder weniger laut zusehen, wie die Selbstverwaltung der Arbeitnehmer:innen demontiert wurde. Wer erinnert sich nicht an die Stammtischdiskussionen oder die hitzigen Debatten bei Familienfeiern? *„Wieso haben wir so viele Versicherungen? Wo bitte liegt denn das Problem, wenn man die zusammenlegt? Es ist so unfair, dass die Beamten das bekommen und mir die NÖGKK nichts zahlt!“*

Den Gewerkschaften haben die Versicherten mit ihrer Kritik nicht erreicht erreichen. Es ist ihnen nicht gelungen, dass die Versicherten sich als Subjekte, oder auch nur Objekte, der Selbstverwaltung begreifen. Es ist ihnen auch nicht geglückt, die finanzielle Katastrophe, die in Zahlen stets am Tisch lag, gegen die hegemoniale Erzählung einer „Patient:innen-Milliarde“ glaubwürdig zu vermitteln. Einen starken Anteil hatte dabei die berühmte 4. Kraft der Gewaltenteilung: Die Medien.

Ziel dieses Policy Papers ist es nicht, der Gewerkschaft auszurichten, wie sie wann hätte handeln sollen oder können. Wir wollen versuchen einen kompakten Abriss über Ursprung und Relevanz der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung zu bieten und diesem die harten Eingriffe 2019 gegenüberzustellen. Der Fokus soll dabei auf den Auswirkungen für die Versicherten liegen.

Last but not least haben wir uns den Anspruch gestellt zu erklären, herunterzubrechen und Ursachen und Wirkungen in einen nachvollziehbaren Rahmen zu setzen, da uns dies als Schlüssel zum Aufbrechen der aktuellen Hegemonie erscheint und in den Raum zu stellen, welche Änderungen es in der Selbstverwaltung benötigt. Über dieses komplexe Unterfangen, und die Zeit, die es in Anspruch nahm, sind andere Inhalte wohl oder übel zu kurz gekommen. Vielleicht zeigt uns aber gerade auch diese Komplexität, warum einfache Lösungen und vermeintliche Antworten sich hegemonial durchsetzen können. Denn natürlich stellen wir uns auch die Frage, wie die Hegemonie so weit kippen konnte, dass der breite Schnitt der Bevölkerung einer solchen „Reform“ wissend nickend zustimmt. Wobei wir an dieser Stelle aber ehrlich sein wollen und vor allem Fragen aufwerfen, die einer weiteren Diskussion harren.

Zu den Anfängen der Sozialversicherung

„Die Krankenversicherung, ja die gesamte Sozialversicherung, zählt zu den wichtigsten Errungenschaften des Sozialstaats. Sie schützt Menschen vor den großen Risiken des Lebens: Krankheit, Unfall, Altersarmut. Diese Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung wäre ohne Selbstverwaltung, ohne Übertragung der Verantwortung auf die Versicherten, nicht denkbar.“

Ingrid Reischl, Obfrau der WGKK und Vorsitzende der Trägerkonferenz, im Vorwort von Dimmel und Schmid (2019, S.15)

Springt man in der Geschichte um 150 bis 200 Jahre zurück, so befinden wir uns in einer Arbeits- und Lebenswelt, die mit der heutigen nicht vergleichbar ist. Versuchen wir sie uns kurz vorzustellen: im 19. Jahrhundert in Wien – aber auch in anderen europäischen Städten und aufstrebenden Industriemetropolen – ist die Industrialisierung voll im Gange. Dieser wirtschaftliche und gesellschaftliche Umbau geht mit drastischen negativen Auswirkungen für einen Großteil der europäischen¹ Bevölkerung einher.

Zu diesem Zeitpunkt gab es eine massive Zuwanderung in die urbanen Ballungsgebiete, so auch nach Wien. Um dies zu verdeutlichen: *„Im gesamten 19. Jahrhundert stammte (...) nicht mehr als die Hälfte der Wiener nicht aus Wien.“* (Buchmann 2006, 22f). Die Zuwander:innen kamen zumeist aus Böhmen, Mähren und Niederösterreich. Gleichzeitig wuchs das für Arbeiter:innen leistbare Wohnungsangebot nicht einmal ansatzweise im selben Ausmaß. Die Folge: Wohnungsbedingungen, die krank machten (Wedrac 2013, 122ff).

Gleichzeitig führten auch das städtische Umfeld durch Abgase und Verschmutzung, die Ernährungsmöglichkeiten aber insbesondere auch die Arbeitsbedingungen dazu, dass Arbeiter:innen im frühindustriellen Wien nicht gesund blieben oder überhaupt bleiben konnten (Wedrac 2013, 131ff). Um dies zu verdeutlichen: *„In Wien dauerte die Periode der ungesunden Stadt etwa von der Mitte des 18. bis zu den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts; in dieser Zeit war die Lebenserwartung der durchschnittlichen Stadtbevölkerung niedrig (im Schnitt wenig mehr als 20 Jahre).“* (Wedrac 2013, 139).

Die Arbeitsbedingungen waren um nichts besser. Arbeitsrechtliche Bestimmungen und Vorschriften zum Arbeitnehmer:innen-Schutz waren de facto nicht vorhanden. In dieser Phase hatten liberale Wirtschaftsgedanken eine Hochphase und Arbeitsverhältnisse waren vom Gedanken der Privatautonomie geprägt, staatliche Einmischung in den privatwirtschaftlichen Arbeitsvertrag trotz der heftigen Schieflage verpönt. Das galt im Übrigen auch für weitgehend für Kinderarbeit. Ein Hofdekret von 1796 regelte mehrere Mindestanforderungen für Kinderarbeit in Fabriken, wie etwa *„dass Kinder unter neun Jahren nicht ohne Not zur Fabrikarbeit aufgenommen werden dürfen.“* (Wedrac 2013, 145).

¹ Die Autorinnen sind sich bewusst, dass die Industrialisierung auch im restlichen Teil der Welt drastische Auswirkungen hatte, insb. in den Kolonien. Inhaltsbedingt wird jedoch eine eurozentristische Perspektive eingenommen.

Unter diesen Bedingungen waren Arbeitsunfälle und Erkrankungen an der Tagesordnung. Gleichzeitig bedeuteten diese eine doppelte finanzielle Belastung für Betroffene und ihre Familien. Einkommensentfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit, der Verlust des Arbeitsplatzes und Mehrausgaben für medizinische Versorgung (die nicht mit der heutigen vergleichbar ist) (Wedrac 2013, 140ff).

Die medizinische Versorgung erfolgte im Mittelalter und der frühen Neuzeit vorwiegend im Familienverband. Dies umfasste die Versorgung im Alter ebenso wie bei Erkrankungen oder dauerhafter Arbeitsunfähigkeit. Außerfamiliäre Versorgungsstrukturen waren dürftig vorhanden. Mit viel Glück gab es Orden oder Klöster, die aus dem Gebot der Fürsorge heraus Kranken- und Armenpflege leisteten. Der Staat kümmerte sich in einem gewissen Ausmaß um seine Beamte und Soldaten, sowie dies die Zünfte für ihre Mitglieder taten. Hervorzuheben in diesem Zusammenhang sind als frühe Formen der Sozialversicherung die Bruderläden oder Knappschaftskassen. Bergarbeiter gehörten zu einer der ersten Gruppen der Lohnarbeiter und hatten somit sehr früh den Bedarf einer Absicherung im Falle von Krankheit, Unfall oder im schlimmsten Fall auch vom Tod (Steiner 2018, 37ff).

Die Abwanderung in die Städte und der damit verbundene Wegfall der großfamiliären sozialen Absicherung machten alternative Versorgungsmodelle für soziale Risiken notwendig. Es gab zwar in der Gewerbeordnung ab 1859 gesetzliche Vorschriften, dass Fabrikskrankenkassen bzw. Genossenschaftskrankenkassen ab 20 Arbeiter:innen zu gründen sind, aber das Gesetz war vage formuliert und sah keine Strafen bei Verstößen der Nicht-Errichtung vor. Entsprechend zahnlos waren die Bestimmungen (Grandl 2004, 33ff). Ein weiteres Problem für jene, die versichert waren, war die Tatsache, dass der Arbeitgeber Beiträge einhob, es jedoch keinerlei Mitsprache über Leistungen oder gar Kontrolle der Gebarung gab. Damit war die medizinische Versorgung, wenn sie vorhanden war, weitgehend dem guten Willen des Fabriksherren ausgesetzt. Das dritte Problem, da diese Fabrikskassen betriebsspezifisch waren, verlor man jegliche Ansprüche gemeinsam mit der Arbeit bei einem Jobverlust (Wedrac 2013, 154). Und dies zu einer Zeit, wo es quasi kein Arbeitsrecht, keine Gewerkschaften² oder gar die Arbeiterkammer³ gab.

Erste Kassen entstehen

Der Gamechanger für die Arbeiter:innen und ihre Bewegung erfolgte in den Nachwehen der Revolution von 1848. Im Jahre wurde 1867 die Meinungs-, Versammlung-, und Vereinsfreiheit geschaffen und gesetzlich abgesichert. Damit war der Weg unter anderem für Arbeiter-Bildungsvereine frei (Wedrac 2013, 165f).

Eine weitere Möglichkeit war nun, sich auf Vereinsbasis zu einer Unterstützungskasse zusammenzuschließen. Bereits im Folgejahr 1868 entstand in Wien – als erste - die Allgemeine Arbeiter- Kranken- und Invalidenkasse aus dem Arbeiter-Bildungs-Verein heraus und startete mit 6.410 Mitgliedern, 6 Prozent davon Frauen (Wedrac 2013, 223). Zu Beginn spielten vor allem Geldleistungen in Form von Krankengeld eine zentrale Rolle. Dieses betrug in den ersten Jahren ungefähr das 10-fache von den Ausgaben für Ärzt:innen, Medikamente oder Spitäler der Krankenkasse (Wedrac 2013, 228). Verträge mit Ärzt:innen, Apotheker:innen, Bandagist:innen, Pharmafirmen etc., wie wir es heute kennen, wenn „die eCard gesteckt wird“ gab es in den Anfängen nur in einzelnen Fällen. Viel mehr diente das Krankengeld zur finanziellen Abfederung im Falle von Unfällen oder Erkrankungen. Auch die

² Im Gegenteil: zu diesem Zeitpunkt herrschte noch Koalitionsverbot.

³ Das Arbeiterkammer-Gesetz wurde erst in der ersten Republik unter Federführung von Sozialminister Ferdinand Hanusch verabschiedet.

Unterscheidung zwischen privaten und beruflichen Unfällen gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht.

Aber nicht nur in Wien, sondern auch in den anderen cisleithanischen Teilen der k.u.k. Monarchie wurden selbstverwaltete Krankenkassen gegründet. In Graz etwa gab es im gleichen Jahr noch die zweite Allgemeine Arbeiter-Kranken- und Invalidenkrankenkasse. Gründungen in Linz und Innsbruck folgten ebenfalls rasch (Wedrac 2013, 258ff). In weiterer Folge wurde sogar ein Dachverband dafür gegründet, dem 16 Kassen mit 29.470 Mitgliedern angehörten (Wedrac 2013, 265).

Auch wenn diese Anzahl an Mitgliedern in ihrer Dimension immer noch klein war, so lassen sich doch eine wichtige Schlussfolgerung daraus ziehen: wenn die staatlichen Strukturen versagen oder gar repressiv gegen die Arbeiter:innen wirken – wie in diesem Fall eben in der Monarchie und unter den Bedingungen eines Manchesterkapitalismus – so kann und muss die Selbstorganisation der Arbeiter:innen die Antwort sein.

Weiters haben die selbstorganisierten Krankenkassen den staatlichen Herrschaftsstrukturen gezeigt, dass hier dringender Handlungsbedarf für einen Großteil der Bevölkerung besteht. Nach den revolutionären Erfahrungen von 1848 und unter der aufkeimenden Sozialdemokratie und Gewerkschaftsbewegung wurde dieser Handlungsbedarf auch gesehen und 1888/89 wurde die ersten gesetzlichen Grundlagen für eine soziale – also öffentliche - Unfall- und Krankenversicherung gelegt.

Ihr Kernstück von Anfang an: die Selbstverwaltung

Eine staatlich geregelte Kranken- bzw. Sozialversicherung war nicht das primäre Ziel der aufkommenden Arbeiter:innenbewegung. Aber sie kam 1888/89. Ein Regierungswechsel von einer liberalen, großindustriefreundlichen Regierung hinzu einer konservativen, feudalistischen Regierung unter Eduard Graf Taaffe die Günther Steiner mit den Schlagwörtern „*antiindustriell, antiliberal, antikapitalistisch und antisozial*“ betitelt (Steiner 2018, 56) wurde die erste Arbeiterkrankenversicherung gesetzlich beschlossen. Sie gilt als der Grundstock unserer heutigen Sozialversicherung; umfasste, aber zu Beginn nur die sozialen Risiken für Unfälle oder Erkrankungen. Weder waren dauerhafte Invalidität oder Pensionen im Alter vorgesehen, noch eine Absicherung für die Familie im Todesfall durch Witwen- und Waisenrenten. Zusätzlich war der Fokus der Versicherung sehr eng gesetzt. In erster Linie umfasste es Arbeiter in der Industrie. „*Die Mehrheit der österreichischen Arbeiterklasse, beinahe die gesamte Land- und Forstwirtschaft, die Arbeiterinnen und Arbeiter des Kleingewerbes, weiters Dienstbotinnen und Dienstboten sowie Privatangestellte wurden nicht in den Kreis der Versicherten miteinbezogen. Insgesamt waren nur rund 6 % der österreichischen Gesamtbevölkerung kranken- und unfallversichert*“ (Grandl 2004, 114)

Ein weiterer Eckpfeiler, der bis heute besteht, war das Prinzip der Pflichtversicherung bei Erwerbstätigkeit. Der Versicherungsschutz trat kraft Gesetzes für alle ein, die die Voraussetzungen erfüllten. Ein Ablehnung weder von Versichertenseite noch von Krankenversicherungsseite ist damit möglich. Damit sollte zum einen verhindert werden, dass nur jene in die Krankenversicherung eintreten, die sie am dringendsten benötigen und gleichzeitig, dass die Kassen versuchen diese „schlechten Risiken“ aus der Versicherung zu drängen (Steiner 2018, 59).

Selbstverwaltung und Pflichtversicherung mit eigenen Beiträgen gehören also von Beginn an zu den Grundprinzipien der Krankenversicherung⁴. Auch hatten die Arbeiter:innen von Beginn an eine Mehrheit von zwei Drittel gegenüber den Arbeitgeber:innen mit einem Drittel. Ausnahme waren die rein selbstorganisierten Vereinskassen, wo die Selbstverwaltung nur von den Arbeiter:innen delegiert wurde (Grandl 2004, 171).

Die Selbstverwaltung ist in Österreich auch im Verfassungsrang abgesichert. Artikel 120a Abs. 1 B-VG hält fest: *„Personen können zur selbständigen Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben, die in ihrem ausschließlichen oder überwiegenden gemeinsamen Interesse gelegen und geeignet sind, durch sie gemeinsam besorgt zu werden, durch Gesetz zu Selbstverwaltungskörpern zusammengefasst werden.“* Dabei wird gesetzlich weiter festgehalten, dass die Selbstverwaltung *„ihre Aufgaben in eigener Verantwortung frei von Weisungen“* nachzukommen hat (Art 120b Abs 1 B-VG). Das bedeutet, keine andere Autorität kann der Selbstverwaltung etwas anschaffen. Dem Bund bzw. dem Land kommen jedoch Aufsichtsrechte ob gesetzliche Bestimmungen eingehalten werden. Auch wer in der Selbstverwaltung tätig sein soll, ist verfassungsrechtlich in Art 120c Abs 1 B-VG festgehalten: *„Die Organe der Selbstverwaltungskörper sind aus dem Kreis ihrer Mitglieder nach demokratischen Grundsätzen zu bilden.“*

Dass es ein Mitspracherecht und Gestaltungsmöglichkeiten in der eignen Krankenversicherung geben muss, war eine wichtige Lehre insbesondere aus den arbeitgeberdominierten Fabrikassen und ihrem Gegenstück: den selbstorganisierten Unterstützungskassen. Max Schippel schrieb dazu in der Zeitschrift des Verbandes der Arbeiterkrankenkassen und Wiener Genossenschaftskrankenkassen:

„Jede Arbeiterbewegung hat es stets für eine ihrer ersten Aufgaben gehalten, den Arbeitern möglichste Selbstverwaltung für alle sie betreffenden Organisationen und Einrichtungen zu sichern. Selbstverwaltung und Autonomie bedeuten eben in jedem solchen Falle Wahrung und Förderung der proletarischen Interessen, während jede Einmischung und Überordnung von anderer Seite – sei es von der des Staates, der Gemeinde oder der Unternehmer – immer auf die Beimischung der meist feindlichen Interessen anderer Classen hinausläuft.“ (Grandl 2004, 19).

Auch wenn es in der Geschichte der Selbstverwaltung immer diese „Beimischung“ gab, also Vertreter:innen der Unternehmen, des Kapitals immer in der Selbstverwaltung vertreten waren, so hat sich über die Zeit der ersten und zweiten Republik die Mehrheit der Arbeitnehmer:innen in der Krankenversicherung im Verhältnis 4:1 bewährt. Historische Ausnahmen waren dazu – wie auch in jeder anderen Hinsicht – die Phasen des Austrofaschismus und Nationalsozialismus. Die umfassendsten Änderungen im Austrofaschismus fanden 1935 statt, indem Arbeiter- und Angestellten zu Versicherungsgemeinschaften zusammengefasst wurden, die Abschaffung und Übertragung der Unfallversicherungsagenden auf die Krankenversicherung, Ausweitung der Aufsichtsrechte des Staates und die Abschaffung der Urwahlen (Dimmel und Schmid 2019, 151f). Wesentlich gravierender waren die Veränderungen der Nationalsozialisten. Diese lösten die bestehenden Sozialversicherungsträger völlig auf und inkludierten die Versicherten in die bestehenden Strukturen des „Altreichs“. Selbstverwaltung gab es hier keine mehr. Es herrschte das Führerprinzip (Dimmel und Schmid 2019, 153). Bei der Wiederherstellung nach Ende der Nazidiktatur und dem 2. Weltkrieg ging man wieder zur ursprünglichen Verteilung in der Selbstverwaltung über.

⁴ Zu diesem Zeitpunkt gab es mehrere Typen von Krankenkassen: Bezirks-, Betriebs-, Bau- und Genossenschaftskrankenkassen, Arbeiter- bzw. Vereinskrankenkassen und Bruderläden (Grandl 2004, 161)

Warum diese Selbstverwaltung?

Warum ist eine Selbstverwaltung überhaupt wichtig? Auf den ersten Blick mag es demokratischer wirken, wenn so entscheidende Institutionen für den Sozialstaat wie die Sozialversicherung auch an die politischen Mehrheiten nach Wahlen gekoppelt sind. **Tatsächlich sind Selbstverwaltungen ein wichtiges Merkmal einer Demokratie.** Wir kennen in Österreich eine große Bandbreite an Selbstverwaltungen: territoriale, wie etwa Gemeinden, berufliche wie in Form der Kammern, soziale – eben die Sozialversicherung, aber auch kulturelle Selbstverwaltungen gibt es; bspw. auf Universitäten oder dem ORF oder in der Zivilgesellschaft (Feuerwehren, Vereine) und ökonomische Formen, wenn sich Betroffene zu Genossenschaften zusammenschließen (Dimmel und Schmid 2019, 33).

Selbstverwaltungsmitglieder in der Sozialversicherung werden indirekt demokratisch legitimiert über die Wahlen in den gesetzlichen Interessensvertretungen. Das heißt sie stehen nicht im „wahlpolitischen luftleeren Raum“. Für die Arbeitnehmer:innen sind die Wahlen der Arbeiterkammer für die Unternehmer:innen die Wahlen der Wirtschaftskammer und für die Landwirt:innen die Wahlen der Landwirtschaftskammer relevant (Dimmel und Schmid 2019, 33ff).

Aber der größere Vorteil von Selbstverwaltung ist, dass ihre Mitglieder von Beginn an aus dem Kreis der Versicherten kommen, jener von den Entscheidungen Betroffenen, die in den Gremien getroffen werden. Sie sind damit nicht Teil der bürokratischen Struktur. Sie stellen die Entscheidungsträger:innen und Geschäftsführung dar (Dimmel und Schmid 2019, 88f). Darunter fallen alle wesentlichen Entscheidungen, wie der Abschluss von Gesamtverträgen mit Vertretungen der Gesundheitsdienstleister:innen (Ärzt:innen, Hebammen, Erg-, Logo-, Physiotherapeut:innen, Bandagist:innen, Optiker:innen uvm.), Gestaltung der eigenen Einrichtungen (Krankenhäuser, Gesundheitszentren [ehemalige Ambulatorien], Rehasentren etc.), Ausgestaltung der Satzung und der Krankenordnung, Angelegenheiten von Liegenschaften und Veranlagung und viele mehr, . Man sieht also, es ist nicht unwesentlich, wer die Entscheidungen in der Selbstverwaltung trifft.

Der größte Umbau der Geschichte: Die Sozialversicherungs“reform“ 2018

Unter dem Vorwand den Versicherten eine „Gesundheitsmilliarde“ über den Weg einer saftigen Einsparung bei den VersichertenvertreterInnen zu erzielen, wird hier ein Kahlschlag in der selbstverwalteten Sozialversicherung verübt. Der ÖGK – der Versicherung für 7 Mio Menschen – wird über fünf Jahre hinweg der Betrag von 1 Mrd Euro entzogen, die VersicherungsvertreterInnen aus allen relevanten Gremien geworfen und schließlich in relevanten Entscheidungen eine Mehrheit der – nicht versicherten – ArbeitgeberInnen oder gar eine Entscheidungskompetenz der „Aufsichtsbehörde“ geschaffen. Insgesamt wirkt diese erzwungene „Reform“ unausgegoren, willkürlich und überhastet. Der Zeitplan von einem Jahr erscheint insbesondere für die ÖGK aberwitzig. Sie wird zu Chaos, Verunsicherung der Versicherten und massiven Mehrkosten führen – gleichzeitig bringt die Reform keine nennenswerten Vorteile auf Seiten der Versicherten, insb in der ÖGK.

Stellungnahme der Produktionsgewerkschaft gegen das SV-OG 2018

Das ASVG war in seiner Geschichte stets Gegenstand von Reformen, die Sozialversicherung stets Spielball politischer Interessen. Die Diskussion um mehr Effizienz und Versichertennähe hat insbesondere ab den frühen 1990ern Fahrt aufgenommen, doch herrschte lange Einigkeit, dass der Kern der Sozialversicherung, insbesondere die Selbstverwaltung, nicht angerührt werden sollte (vgl. zB die parlamentarischen Materialien zur 52. ASVG Novelle im Jahr 1994, 351/ME XVIII. GP).

In eine andere Kerbe schlagen die Novellen (wir meinen, den euphemistischen Begriff „Reform“ in diesem Zusammenhang nicht verwenden zu müssen) unter einer ÖVP-Kanzlerschaft. Einen vorläufigen Höhepunkt erreichte diese Entwicklung unter der Regierung Schüssel I, die sich mit einer völligen Umstrukturierung der Sozialversicherung verewigen wollte – hier schritt der Verfassungsgerichtshof ein und hob einen Großteil wieder auf - wie die berühmte „Lex Sallmutter“, die den damaligen Vorsitzenden des Hauptverbands und Vorsitzenden der Gewerkschaft der Privatangestellten ex lege als hochrangigen Gewerkschaftsfunktionär von Funktionen in der Sozialversicherung ausschließen wollte. Übrig blieb lediglich ein „Torso“ (Cerny 2022, 340).

Schüssels Erbe wollte Sebastian Kurz offensichtlich, wenn auch nicht offen angesprochen, vollenden: Am 14. September 2018 wurde im Zuge einer Pressekonferenz die Reform mit großen Versprechungen vom damaligen Bundeskanzler Sebastian Kurz, Vizekanzler Heinz-Christian Strache, Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein und Klubobmann August Wöginger präsentiert. Im Zuge der Pressekonferenz mangelte es nicht an großen Versprechungen: „Wir sparen im System, wir sparen in der Verwaltung und investieren dafür bis 2023 eine zusätzliche Milliarde Euro für die Patientinnen und Patienten“ war die zentrale Botschaft von Kurz. Laut den Regierungsvertreter:innen kommt es zukünftig zu „Mehr Fairness bei Leistungen“ und eine „Patientenmilliarde stärkt die medizinische Versorgung“.

Zusammengefasst sollte die "SV-Reform" drei Dinge bringen:

- Eine Leistungsharmonisierung
- Eine Patient:innenmilliarde
- Erreicht durch "Einsparungen im System"

All das wollte man durch Einsparungen in der Verwaltung und bei den Funktionär:innen finanzieren, nämlich durch eine Reduktion und Verkleinerung der Selbstverwaltungsgremien sowie einem Nicht-Nachbesetzen von pensionierten Verwaltungsmitarbeiter:innen (Bundeskanzleramt 2018). Man kann schon fast von einer Blendgranate sprechen: denn Kassenzusammenlegungen (zumindest vordergründig) sehr einleuchtend erscheinen, um Verwaltungskosten zu sparen (auch das eine Mär, aber dazu später).

Erlös der Zusammenlegung: 1 Mrd. Euro bis 2023

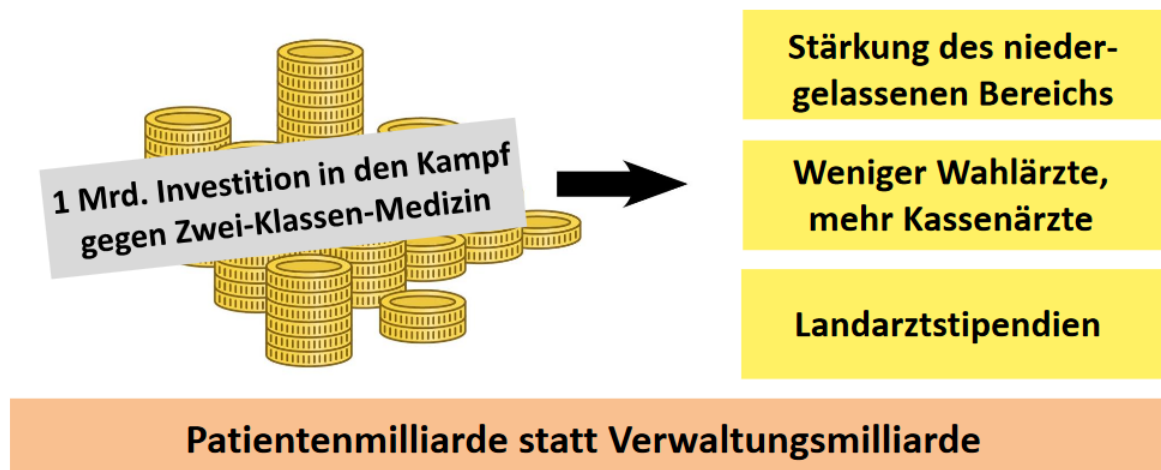


Abbildung 1 Screenshot aus der Presseunterlage des Bundeskanzleramts anlässlich der Präsentation des SV-OGs

Mittlerweile ist – auch durch den Rechnungshof bestätigt – klar: Eine Patient:innen-Milliarde gab es nie, kann es rein rechnerisch auch überhaupt nicht geben (Bund42/2022, 10).

Der tatsächliche Gesetzesentwurf beschäftigte sich mit weitgehend anderen Reformen, die man durchaus als **kalten Putsch** bezeichnen kann. Die Eckpunkte der sog. „Reform“ sollen hier nur überblicksmäßig skizziert werden, wir wollen sie unter den folgenden vier Gesichtspunkten zusammenfassen:

1. Kassenzusammenlegung und Patient:innenmilliarde: die Blendgranaten
2. Kalter Putsch: Arbeitgeber:innen bekommen per Gesetz die Mehrheit
3. Fremdkontrolle der Beiträge
4. Besachwalterung durch die Aufsichtsbehörde

1. Kassenzusammenlegung und Patient:innenmilliarde : die Blendgranaten

„Wer noch in den Ohren hat „21 Sozialversicherungsträger sind zu viel,“ dem/der sei gesagt, dass es 1890 3.038 Krankenkassen gab. Gleichzeitig waren nur 1.498.717 Menschen versichert“

Julia Stroj 2023 nach (Grandl 2004, 163)

Die sichtbarste Veränderung und der große „Aufhänger“ in der medialen Landschaft war die Veränderung in der Trägerlandschaft und die Reduktion von 21 auf 5 Krankenversicherungsträger(siehe Abbildung 2)⁵:

- Aus den neun Gebietskrankenkassen und vier der fünf noch bestehenden Betriebskrankenkasse wurde die **Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK)** mit Landesstellen in allen Bundesländern.
- Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die die Sozialversicherungsanstalt der Bauern wurden zusammen die **Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen (SVS)**.
- Die Versicherungsanstalt öffentlicher Dienst (BVA), die Betriebskrankenkasse der Wiener Linien und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) wurden zur **Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)**.
- Daneben stehen die **Pensionsversicherungsanstalt (PVA)** und die
- Allgemeine **Unfallversicherungsanstalt (AUVA)**, die der Absicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten dient.

Dem übergeordneten Hauptverband der Sozialversicherungsträger sollten einige übergeordneten Agenden entzogen und dem neuen **Dachverband** der Sozialversicherungsträger nur noch eine trägerkoordinierende Rolle zukommen – also beschränkt auf den kleinsten gemeinsamen Nenner der zukünftigen fünf SV-Träger Hand in Hand ging dies natürlich mit einem drastischen Personalabbau:

„§ 718 Abs. 12 Z 1 ASVG sah eine Verschiebung von rd. 110 Beschäftigten (rund ein Drittel der Beschäftigten des Hauptverbands) in die ÖGK vor. Bis Oktober 2021 waren 62 Personen in die ÖGK gewechselt, das Budget des Dachverbands sank um 25 %“ so der Rechnungshof in seinem Bericht zur Kassenfusion (Bund42/2022, 129).

⁵ Aus Vereinfachungsgründen wird auf die 15 Krankenfürsorgeanstalten und die Pensionsversicherungsanstalt der Notariate nicht eingegangen.

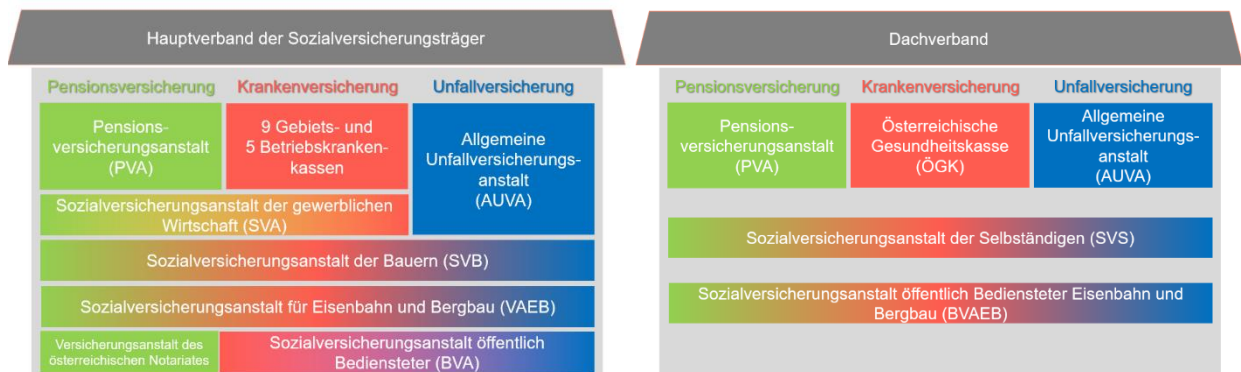


Abbildung 2: Gegenüberstellung der Trägerstruktur vor und nach dem SV-OG; eigene Darstellung

Auswirkung auf die Versicherten

Weniger Verwaltungsaufwand klingt vermutlich attraktiv für alle, die schon mal auf eine Bewilligung oder eine Kostenerstattung der Krankenversicherung gewartet haben. Das mit der Trägerreduktion verbunden auch in den Raum gestellt wurde, dass damit eine ganze Verwaltungsmilliarde für mehr Leistungen – insbesondere einen österreichweit einheitlichen Gesamtvertrag für ärztliche Leistungen – zur Verfügung steht, klang wie ein Heilsversprechen. Dass die Verwaltungskosten in den Gebietskrankenkassen zu den niedrigsten gehörten war hier eher ein störender Fakt. Tatsächlich zeigen sie jedoch, sowohl im Vergleich mit anderen Trägern wie auch im internationalen Vergleich mit Deutschland oder der Schweiz, wie effektiv die Verwaltungsbeschäftigten gearbeitet haben und trotz Fusion noch arbeiten.

Die Verwaltungsausgaben der damaligen GKKs (aller neun!) beliefen sich damals auf rund **500 Mio. Euro** – oder anders gesagt: 0,01% der Gesamtausgaben der Sozialversicherung. Eine Finanzierung der Patient:innenmilliarde war damit von vornherein ausgeschlossen. Bis heute gibt es keinen österreichweiten Gesamtvertrag für ärztliche Leistungen und damit Unterschiede innerhalb des gleichen Versicherungsträgers. Mehr noch: Die wahren Unterschiede gibt es zwischen den neuen Krankenversicherungsträgern: Die Leistungen in der ÖGK sind bis heute deutlich schlechter als in der SVS oder der BVAEB (letztere jene Kassen, in denen weniger brutal eingegriffen wurde).

Auch das Einsparen der verhassten Funktionär:innen konnte sich mit 42 Euro Sitzungsgeld und einer Fahrtkostenrefundierung für die meisten von ihnen nicht bahnbrechend auf das Kassenbudget auswirken. Selbst das Einkommen der Obleute der Sozialversicherungsträger ist auf 40% einer Nationalratsabgeordneten beschränkt, nicht vergleichbar mit Managergehältern von Vorständen aus privaten Versicherungen. Runter gebrochen kostete die Selbstverwaltung dem Versicherten 0,37 Euro pro Jahr!

Im Gegensatz dazu wurde die riesige Novelle dazu genutzt, still und leise gesetzliche Mehrbelastung der ÖGK festzulegen. Unter anderem gab es mehr Geld für private Spitäler aus den Versichertenbeiträgen. Nachdem auch der Arbeitgeber:innen-Beitrag zur Unfallversicherung neuerlich auf ein mittlerweile bedenklich niedriges Niveau gesenkt wurde, beschloss man, dass die AUVA künftig nur mehr einen geringeren Kostenersatz für die Behandlung von Arbeitsunfällen außerhalb der UKHs an die ÖGK zahlen muss (§ 319a ASVG; sog. „Besonderer Pauschbetrag“).

In Summe beliefen sich die Schätzungen für die Mehrbelastung zwischen 2018 bis 2023 auf eine halbe Milliarde Euro, Fusionskosten noch gar nicht mitgerechnet! Eine halbe Milliarde Euro Beitragsgelder, die der sozialen Krankenversicherungsgemeinschaft für Privatisierung und zugunsten der Arbeitgeber:innen entzogen wurde.

Noch katastrophaler zeigt sich das Bild, wenn man die Kosten der Kassenfusionen mitberücksichtigt. Der ÖGB hat in seiner Stellungnahme bei der Begutachtung bereits drauf hingewiesen, dass die Kosten der Fusion sich im dreistelligen Millionenbereich bewegen werden (ÖGB 2018, 11). Dies hat der Rechnungshof in einer Überprüfung der Fusion vergangenen Jahres auch bestätigt und massive Kritik an der Organisation der Fusion geübt. *„Dabei ergab sich anstelle der Einsparung von 1 Mrd. EUR ein Mehraufwand von 214,95 Mio. EUR.“* (Bund42/2022, 10).

2. Kalter Putsch: Arbeitgeber:innen bekommen per Gesetz die Mehrheit

Zentraler Eckpunkt der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung ist, dass die Versicherten die relevanten Entscheidungen im Versicherungsträger selbst treffen können. Die gesetzliche Krankenversicherung bringt es aufgrund ihrer Relevanz und breiten Betroffenheit mit sich, dass das Gesetz einen mitunter sehr detaillierten Rahmen vorgibt und dass das zuständige Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde fungiert.

Genau hier griff die Umgestaltung der SV-„Reform“ heftig ein: Ein Großteil der Versichertenvertreter:innen wurde schlicht „eingespart“, Gremien reduziert, abgeschafft und in völlig veränderter Zusammensetzung neu beschickt. So „schön“ so gut, doch damit einher ging der zweifelsfrei größte Eingriff in die Selbstverwaltung - durch simple Ausschaltung der Mehrheit der Versichertenvertreter:innen: War es bisher so, dass die Vertreter:innen der Arbeitnehmer:innen in ihren Sozialversicherungsträgern die Mehrheit hatten, so wurden sie nun durch die Einführung einer paritätischen Besetzung enteignet (SV-OG 75/ME XXVI. GP).

Die bisherigen Gremien Generalversammlung, Vorstand und Kontrollversammlung werden in zwei Gremien, dem neuen „**Verwaltungsrat**“ und der Hauptversammlung zusammengefasst. In den drei großen Versicherungsträger der Arbeitnehmer:innen (ÖGK mit 7 Mio Versicherten, PVA, AUVA) gilt nun ein **paritätisches Stimmverhältnis** – das bedeutet, der „Verwaltungsrat“, wird zu gleichen Teilen mit Vertreter:innen der Arbeitgeber:innen und der Arbeitnehmer:innen beschickt. Die Folge: Erstmals in der Geschichte haben die Arbeitnehmer:innen keine Mehrheit mehr in ihrer eigenen Versicherung.

Auch der **Vorsitz** – der bisher immer in den Händen der Arbeitnehmer:innen lag, sei es bei den GKKs oder der PVA, muss jetzt mit der Arbeitgeberseite im Halbjahresrhythmus abgewechselt werden. Das entbehrt jeder Rechtfertigung und ist relativ leicht als plumpe Umfärbeaktion zu enttarnen und entmachtet die Arbeitnehmer:innen zusätzlich. Einzig für die Eisenbahner:innen und Beamt:innen ist eine Mehrheit für die AN-Seite weiterhin vorgesehen und man hat von einer Vorsitzrotation abgesehen. Ein Schelm, wer denkt, das habe mit der politischen Couleur der Mehrheit der Vertreter:innen in der Arbeitnehmer:innen Kurie zu tun.

Ehrlich nach außen getragen hat man das nicht. Die Erläuterungen zum Gesetzesentwurf führen das Manöver nicht einmal an „3) *Verkleinerung der Selbstverwaltungskörper: Die Verwaltungskörper der Versicherungsträger und des Haupt- bzw. Dachverbandes werden nicht nur hinsichtlich ihrer Zahl, sondern auch hinsichtlich ihrer Größe bedeutend reduziert. Zukünftig wird es etwa keine Kontrollversammlungen mehr geben. Anstelle der Beiräte werden Senior/inn/envertreter/innen und Behindertenvertreter/innen mit beratender Stimme in die Hauptversammlung integriert.*“ (S. 3). Mit keinem Wort wird hier erwähnt, dass die Mehrheitsverhältnisse geändert werden und damit das eigentliche Ziel der Reform verschwiegen: mehr Einfluss für Wirtschaftsvertreter:innen!

Im **Vorstand** – dem geschäftsführenden Gremium – hatten die Versicherten die Mehrheit im Verhältnis 4 zu 1. Dasselbe galt für die **Generalversammlung**, welche für Jahresabschlüsse, Satzung und ähnlich große Entscheidungen zuständig war.

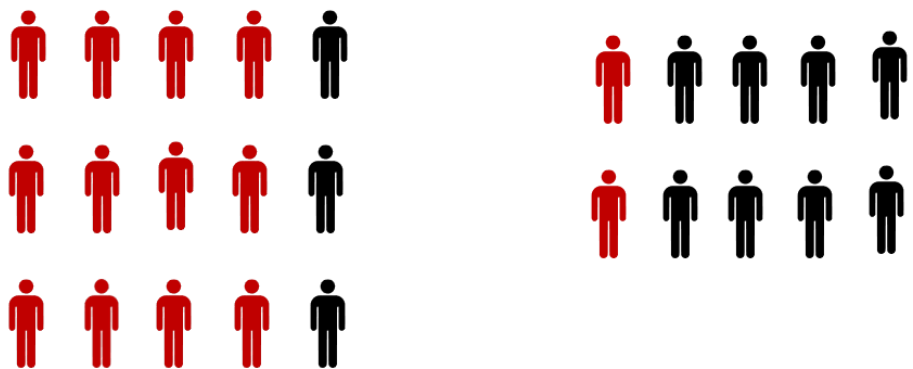
Im Gegensatz dazu hatten die Arbeitgeber:innen in der **Kontrollversammlung** die Mehrheit im Verhältnis 4:1. Die Kontrollversammlung überprüfte die gesamte Gebarung und kontrollierte Vorstand und Ausschüsse. In gravierenden Ausnahmefällen musste für eine Entscheidung ein Einvernehmen zwischen Vorstand und Kontrollversammlung hergestellt werden (Dimmel und Schmid 2019, 103ff). Damit lagen die wesentlichen Entscheidungen immer im Kreis der Versicherten. Eine sozialpartnerschaftliche Zusammenarbeit war aber gewährleistet.

Durch das SV-OG wurde dies zerstört. Durch das SV-OG wurde die Kontrollversammlung aufgelöst und in der **Hauptversammlung** (statt der vorherigen Generalversammlung) und im **Verwaltungsrat** (ehemals Vorstand) erhielten die Arbeitgeber:innen-Vertreter:innen 50% des Stimmrechts. Grafisch dargestellt bedeutet diese Veränderung:

Bisher: 9 Gebietskrankenkassen

Vorstand

Kontrollversammlung



Neu: Österreichische Gesundheitskasse

Verwaltungsrat



AN-Vertreter:in
AG-Vertreter:in

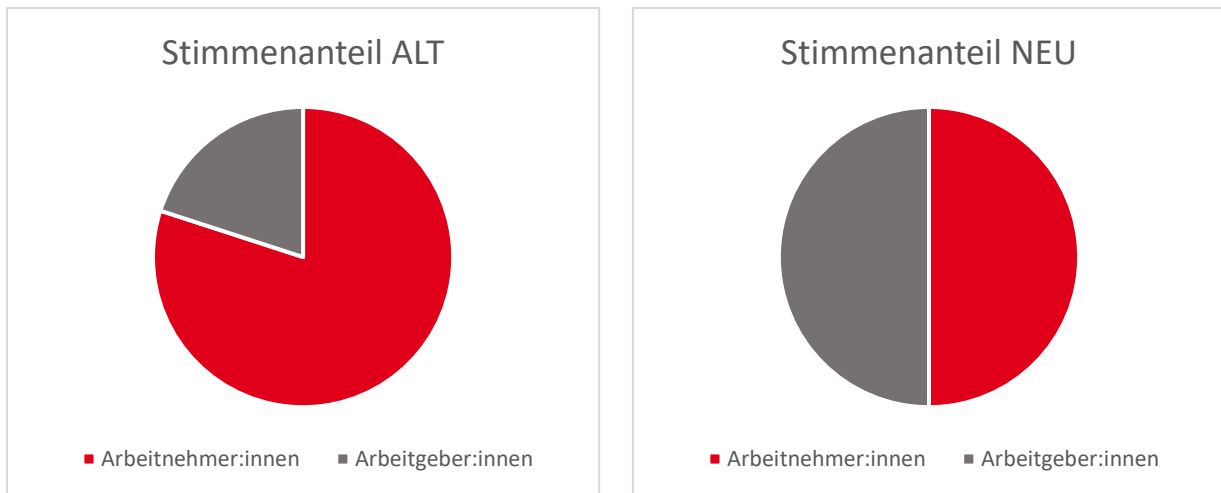


Abbildung 3: Veränderung des Stimmanteils in der Selbstverwaltung durch das SV-OG, eigene Darstellung

Tausende Funktionär:innen eingespart

Wenn Konservative „Sparen im System“ versprechen, dann hat das bisher noch selten positive Auswirkungen für die Vielen bedeutet. Einen Spin auf den sich der ehemalige Kanzler Kurz in seiner ÖVP/FPÖ Regierung aufgenommen hat, war einer, den Jörg Haider in den 1980er und 90er Jahren laufend bespielt hat: es gäbe schlicht zu viele Funktionäre in der Sozialversicherung. Durch die Auflösung der Kontrollkonferenz und der Nominierung von Ersatzmitglieder (seit dem SV-OG gibt es die Möglichkeit der Stimmübertragung) wurden Hunderte Funktionär:innen „eingespart“. Führungszeichen deshalb, weil die 42 Euro Sitzungsgeld der ehrenamtlichen Funktionär:innen (siehe oben), nicht gerade zu Millionen-Einsparungen führen können. Und Ersatzmitglieder erhalten dieses eben auch nur, wenn sie jemanden ersetzen müssen. In Summe hätten die Ausgaben für die gesamte Selbstverwaltung für über 170 Jahre ausfallen müssen um aus der Funktionärsmilliarde eine Patientenmilliarde zu machen.

Die Verkleinerung der Gremien hat auch einen bedenklichen demokratiepolitischen Einschlag, der das Gegenteil von Versichertennähe mit sich bringt: Laut Arbeiterkammer (vgl VfGH 13.12.2019, G 211-213_2019, 45) kommen nun mehr 250.000 AK-Wahlberechtigte auf eine/n Versicherten-Vertreter:in, was insbesondere kleine Listen oder Bundesländer ausschließt. Zum Vergleich: Im Nationalrat kommt ein/e Abgeordnete auf ungefähr 35.000 Wähler:innen.

Wer zahlt schafft an?

Zahlreiche Wirtschaftsvertreter (das „innen“ können wir uns in diesem Fall sparen), haben im Zuge der Diskussion der Reform relativ unverblümt darauf gepocht, dass das Stimmgleichgewicht zwischen Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen nur gerecht sei, immerhin lieferten die Arbeitgeber:innen einen Gutteil der Beiträge ab. Und wer zahlt, schafft ja schließlich an⁶.

⁶ Wortwörtlich und auch für die Nachwelt zitabel bspw. Christian Stöckl, heute stellvertretender Landeshauptmann in Salzburg, im Ö1 Morgenjournal (https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20181017_OT0059/rossmannwer-zahlt-schafft-an-das-neue-alte-oevp-programm); ähnliche Aussagen wurden aber auch von Martin Gleitsmann, ehemaliger Leiter der Sozialpolitischen Abteilung der WKO, von der ÖVP nominiertes Experte im Sozialausschuss zur SV-Reform, getätigt, leider gibt es keine öffentlich zugänglichen Protokolle des Expert:innen Hearings

Aber ist das denn nicht auch legitim? Haben wir nicht gelernt, dass die Versicherungsbeiträge sich aus Beiträgen der Arbeitnehmer:innen und der Arbeitgeber:innen zusammensetzen? Blicken wir erneut in die Geschichte: In der Sozialversicherung handelt es sich um eine Selbstverwaltung der VERSICHERTEN, nicht einmal der Beitragszahlerinnen, schon gar nicht der Minderheits-Beitragszahlerinnen. Die Arbeitgeber:innen-Beiträge zur Krankenversicherung sind Teil des Entgelts und von den Arbeitnehmer:innen erwirtschaftet. Mit der Verpflichtung der Arbeitgeber:innen die Beiträge abzuführen, gestand man ihnen von Beginn weg allerdings ein erhöhtes Kontrollinteresse in der Krankenkasse zu. Bis zur Umgestaltung 2018 wurde daher der Vorstand der jeweiligen Gebietskrankenkasse von der sog. Kontrollversammlung kontrolliert, in der die Arbeitgeber:innen im Verhältnis 4:1 die Mehrheit stellten.

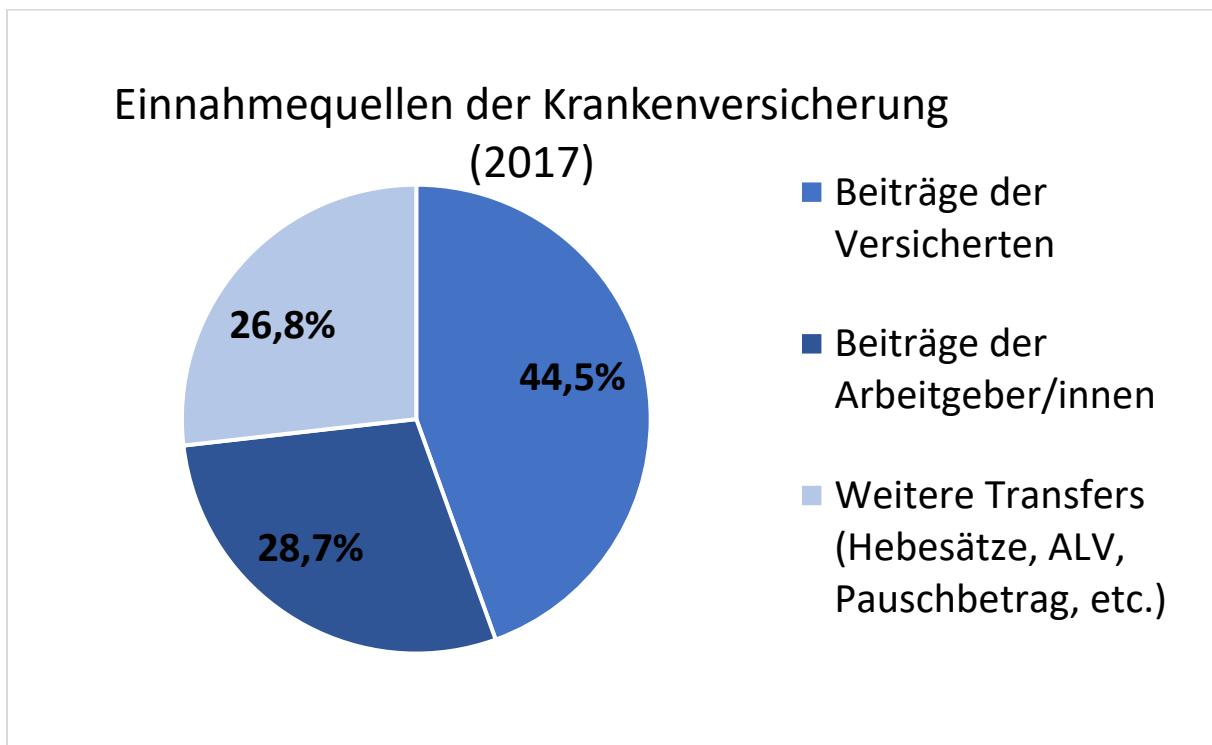


Abbildung 4: Einnahmequellen der Krankenversicherung, eigene Berechnung

Die Losung „Wer zahlt schafft an“ hat genau in einem System seine Berechtigung, nämlich im Zensuswahlrecht. Doch die Wahrheit ist noch um ein Eck komplizierter (siehe unten bei den Auswirkungen). Selbst bei Zugrundelegung der von den Arbeitgeber:innen „einbezahlten“ Beiträge, machen diese gerade mal 28,7% der Einnahmen der ÖGK aus. Beitragszahler:innen und Leistungsbezieher:innen wie die Pensionist:innen wurden übrigens mit dem SVOG von der Selbstverwaltung zugunsten der Arbeitgeber:innen zur Gänze ausgeschlossen,

Wirklich schockierend der VfGH dazu: Ohne jegliche Argumentation bescheinigt er 2019, dass eine derart paritätische Besetzung des Krankenversicherungsträgers nicht gegen die Selbstverwaltung im verfassungsrechtlichen Sinn verstoße, da den Dienstgebern nicht nur auf der „Beitragsseite“ ein Effizienz- und Kontrollinteresse zuzugestehen sei, sondern auch auf der „Leistungsseite“ (nämlich bei den Versicherungsleistungen an die Dienstnehmer:innen und ihre Familien“). Warum dies so sein soll und warum das eine gleiche Beteiligung wie jene der Versicherten, die wohl in beiden Kategorien ein 100%iges Interesse haben, hat der VfGH leider nicht Not zu argumentieren (VfGH 13.12.2019, G 78-81/2019, 227). Nun ist es juristisch nicht möglich ein Höchsturteil zu bekämpfen, wir möchten an dieser Stelle aber auf eine

weitere Kategorie eines gefährlichen Hegemonieverlusts hinweisen: Jenen in den Höchstgerichten.

Auswirkung auf die Versicherten:

Auch wenn der VfGH in seinem Erkenntnis davon sprach, dass diese Entmachtung der Vertreter:innen der Arbeitnehmer:innen im Gestaltungsspielraum des einfachen Gesetzgebers liegt und man sie ja auch als eine Versicherungsgemeinschaft ansehen kann (VfGH 13.12.2019, G 78-81/2019, 227) ist dies aus interessenspolitischer Sicht mit Nichten der Fall.

Denn auch wenn die Arbeitgeber:innen die Beiträge abführen (was alle monatlich am Lohnzettel sehen können) so sind es doch nicht „ihre“ Beiträge und sie sind auch nicht in der ÖGK versichert. Arbeitgeber:innen haben ihre eigene Versicherung, nämlich die SVS, in welcher keine Arbeitnehmer:innen-Vertreter:innen sind.

Die Versichertenstruktur der ÖGK setzt sich stattdessen wie folgt zusammen:

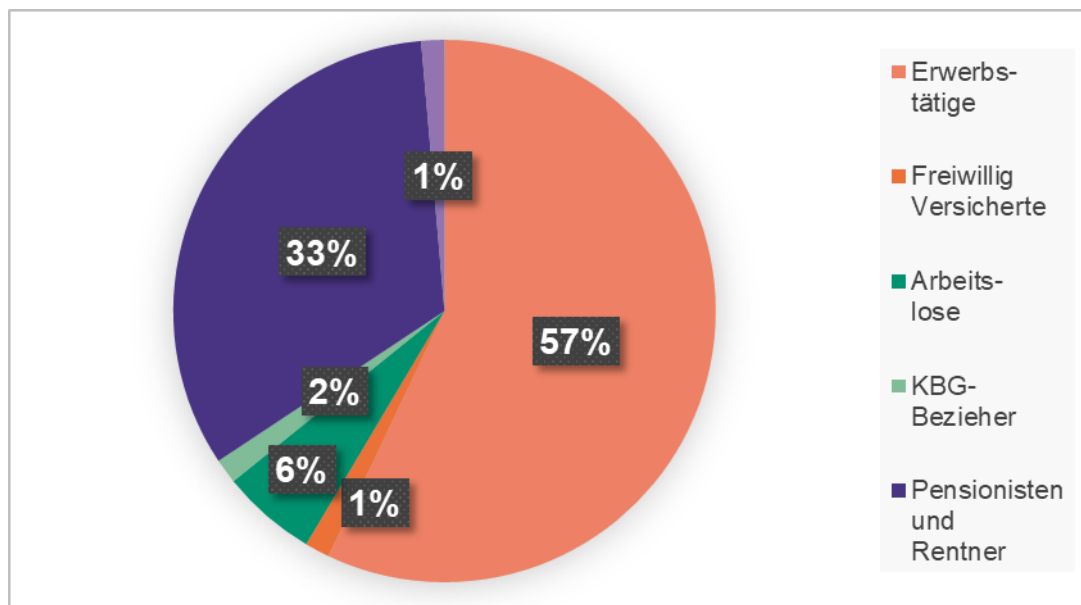


Abbildung 5: Verteilung der Versichertenstruktur in der ÖGK, Quelle: Statistisches Handbuch (DVS 2022), eigene Darstellung

An **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** erkennt man, dass weniger als zwei Drittel der Versicherten Erwerbstätige sind. Das heißt mehr als ein Drittel der Versicherten haben gar keinen Arbeitgeber, wie Erwerbsarbeitssuchende, Pensionist:innen, Kinderbetreuungsgeldbezieher:innen und freiwillig Versicherte. Das beliebteste Argument von Verfechter:innen der Parität war und ist „Arbeitgeber:innen zahlen die Hälfte, also verdienen sie das halbe Stimmrecht. Das ist auf mehreren Ebenen absurd und falsch:

1. Handelt es sich bei den Krankenversicherungsbeiträgen, wie bei anderen Sozialversicherungsbeiträgen, um Zahlungsflüsse, die Arbeitnehmer:innen mit ihrer Wertschöpfung erwirtschaften.
2. Selbst wenn man dem Gedankengang folgen möchte, dass aufgrund des „Dienstgeberbeitrags“ ein Stimmrecht zustünde (was einem Zensuswahlrechtsargument entspricht) so sind die beiden nicht gleich involviert. In der Krankenversicherung zahlen Arbeitnehmer:innen anteilig mehr.

3. Umfassen die Beitragseinnahmen die Einnahmen von mehr Versicherungsgruppen als in „nur“ jene der Erwerbstätigen. Alle anderen Versicherungsgruppen haben keinen Arbeitgeber und damit auch keinen Dienstgeberbeitrag zur sozialen Krankenversicherung- Darunter fällt die riesige Gruppe der Pensionist:innen , sowie zB auch Erwerbsarbeitslose.
4. Die Einnahmen der ÖGK setzen sich aber nicht nur aus Beiträgen zusammen. Darunter fallen beispielsweise Kostenbeteiligungen oder das e-Card-Service-Entgelt, der Pauschalersatz aus der Unfallversicherung, Ersätze aus Schadensersatzansprüchen, Ersätze für Mutter-Kind-Pass Untersuchungen, Ersätze für Wochengeld etc. Sie machen gut ein Viertel der Einnahmen aus.

Mit 50% des Stimmrechts haben die Arbeitgeber die Möglichkeit jede einzelne Entscheidung in den Selbstverwaltungsgremien zu blockieren. Entscheidungen, von denen jene die sie vertreten, nicht betroffen sind. Eine Kassenarztstelle weniger? Niedrigerer Kostenzuschuss in der Psychotherapie? Eine neue Leistung nicht aufgenommen? Keine Renovierung eines ÖGK-Gesundheitszentrums?

All diese Entscheidungen haben Auswirkungen auf **mehr als 7 Mio. Versicherte**. Aber Unternehmer:innen zählen nicht dazu. Im Gegenteil: es zeigt sich immer wieder, dass die Versicherungsvertreter:innen der Arbeitgeber andere Interessen verfolgen. Ein bekanntes und ebenso erschreckendes Beispiel hierfür waren die Pläne für eine Verschärfung bei den Krankenstandskontrollen. Im Jahr 2019, also kurz bevor die GKKs offiziell die ÖGK werden sollten, wurden die Pläne der Wirtschaftskammer bekannt, wonach sie zukünftig wünschten, dass Arbeitgeber Krankenstandskontrollen „bestellen“ können. Ebenso wollten sie nicht nur – wie bisher üblich – den Beginn und die voraussichtliche Dauer des Krankenstandes wissen, sondern auch seinen Grund, sprich: die Diagnose. Sie wollten also wissen warum Arbeitnehmer:innen krank sind (John 2019), ein absoluter Tabubruch.

Ein anderes plakatives Beispiel ereignete sich erst vor kurzem im Juni 2022. Nachdem Bundeskanzler Nehammer in der Pressestunde den Zuseher:innen 100 zusätzliche Kassenarztstellen in Aussicht gestellt hat, würgte der Wirtschaftsbund jede Bemühungen der Vertretung der Arbeitnehmer:innen in diese Richtung ab und verweigerte die Zustimmung und damit die Umsetzungsmöglichkeit (FSG 2023). Selbst dort, wo Einigungen gelingen, ist der Verhandlungsprozess im Vorfeld seit der Fusion schwieriger geworden. Und das obwohl auch vor der Fusion fast alle Entscheidungen in Selbstverwaltungsgremien einstimmig beschlossen wurden.

3. Fremdkontrolle der Beiträge

Ein zentraler Punkt der Selbstverwaltung ist stets auch die Autonomie über die eigenen Finanzen, im Fall eines Versicherungsträgers auch über die Beiträge, respektive deren korrekte Entrichtung, die Kontrolle darüber sowie die Verhängung allfälliger Strafen bei Vorenthaltung der Versicherungsbeiträge durch besonders gewitzte Arbeitgeber. So oblag den Krankenversicherungsträgern seit 2003 die Prüfung der korrekten Anmeldung von Arbeitnehmer:innen (Anmeldung, Abmeldung, Beitragsgrundlage, Versicherungsart, ...) und der korrekten Verrechnung der lohnabhängigen Abgaben (Sozialversicherungsbeiträge, Lohnsteuer, Kommunalsteuer) gemeinsam mit dem Finanzamt (sog. „Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben“, kurz: GPLA). Genau diese Prüfung sollte ihnen nun entzogen werden und alleine dem Finanzamt übertragen werden.

Auswirkung auf die Versicherten – verhindert!

Die Krankenkassen sichern ihre Ausgaben nahezu ausschließlich durch Beitragseinnahmen. Auch wenn es auf den ersten Blick nicht ersichtlich ist, so profitieren Versicherte von strengen und regelmäßigen Kontrollen in dreifacher Hinsicht. Ersten sichern sie der Versichertengemeinschaft die Beiträge, die ihnen zustehen und unmittelbare ihre Leistungen finanzieren und verhindern den unternehmerischen Sozialbetrug. Zweitens werden bei den Prüfungen der Versicherungsart auch Scheinselbstständigkeiten, Falscheinstufungen, Unterschlagung von Überstundenzuschlägen und vieles mehr aufgedeckt und umgemeldet. Drittens sichert die Überprüfung der korrekten Beitragsgrundlage Ansprüche bei den Geldleistungen in der Sozialversicherung, da sie die Grundlage für deren Berechnung ist. Dies umfasst Pensionen, Krankengeld oder Rentenleistungen aus der Unfallversicherung.

Das Finanzamt prüft keine korrekte Einstufung, Abfuhr von Überstundenzuschlägen oder dergleichen, sondern lediglich das Vorliegen so genannter „Schwarzarbeit“ (es werden überhaupt keine Beiträge abgeführt) – das obliegt und oblag stets den GKKs bzw. VAEB oder eben jetzt der ÖGK. Der Rechnungshof hat diesbezüglich festgestellt: Die Krankenkassen haben eine wesentlich detailliertere und geeignetere Struktur effizient zu überprüfen, was sich auch im Ergebnis niederschlägt. Sie überprüfen drei Mal so erfolgreich wie die Finanzpolizei! (Bund2/2016, 17f).

Durch die erfolgreiche Klage vor dem VfGH konnte der Prüfdienst in der ÖGK und BVAEB gesichert werden. Damit werden für die Versicherten auch ihre korrekte Entlohnung und ihre Sozialversicherungsansprüche sicher gestellt.

4. Besachwalterung durch die Aufsichtsbehörde

Der neu geschaffene Verwaltungsrat – mit je 6 Vertreter:innen der AG und der AN Seite besetzt – machte in seiner ursprünglich geplanten Form seinem Namen alle Ehre. Er sollte verwalten. Denn maßgebliche Entscheidungsbefugnisse wurden ihm zunächst entzogen.

Dem Bund – dessen Rolle eigentlich nur eine der Aufsicht ist – sollten maßgebliche Einflussmöglichkeiten in der Selbstverwaltung zugestanden werden. Angefangen von der Mitgestaltung von Sitzungen durch das Absetzen von Tagesordnungspunkten über inhaltliche Einflussnahme durch Zielsteuerungssysteme, Absegnung nahezu jeglicher Ausgabe bis hin zur Abnahme von Eignungsprüfungen der zukünftigen Selbstverwaltungsverwaltungsmitglieder waren die Pläne (siehe die Erläuterungen zum Ministerialentwurf zum SV-OG, 75/ME XXVI. GP). Damit wären die Kompetenzen der Aufsichtsbehörde zur Einhaltung von Gesetzen maßgeblich überschritten worden. Das sah auch der VfGH so und hat diese Punkte als verfassungswidrig aufgehoben, da sie die gesamte Gebarung der Sozialversicherungsträger einschränken würde. Übrig blieb, dass seit dem SV-OG nicht nur das Sozialministerium für die Aufsicht in Kranken- und Unfallversicherung zuständig ist, sondern auch das Finanzministerium.

Die Prüfung durch einen Fit & Proper Test mit Anerkennungsmöglichkeiten, die rein die Arbeitgeber:innenseite begünstigt hätte, war ein besonders perfider Eingriff. Während bis zu diesem Zeitpunkt den entsendenden Organisationen die Entscheidung über Eignung und Repräsentanz überlassen war, hätte dies dazu geführt, dass Beamt:innen in letzter Instanz darüber entscheiden, wer die Interessen der Versicherten vertreten kann und darf. Dies wurde jedoch in die Teilnahme an einer Schulung abgeschwächt.

Auswirkungen auf die Versicherten

Die Auswirkungen, wenn Ministerien von einer Aufsichtsbehörde zu einer inhaltlichen Einflussfaktor werden, für die Versicherten sind nicht unbedingt naheliegend. Wichtig ist jedoch, dass es in jedem System klare Zuständigkeiten und Verantwortungen gibt. Absetzungen von Tagesordnungspunkten klingt auf den ersten Blick harmlos. So kann aber verhindert werden, dass über gewisse Themen abgestimmt wird. Dies kann von der Sanierung von eignen Gesundheitseinrichtungen, über neue Vertragsabschlüsse bis hin zur Bestellung von leitenden Angestellten in der Sozialversicherung gehen. Ob und wie die Aufsichtsbehörde agiert wird hängt immer von den zuständigen Bundesminister:innen ab und damit von anderen Mehrheitsverhältnissen als in den entsenden Gremien der Selbstverwaltung.

Der andere Punkt von „fit&proper“ Tests für Selbstverwaltungsmitglieder ist ein noch nie dagewesener Eingriff in die demokratische Legitimierung. Keine gewählten Mandatar:innen müssen Tests absolvieren um zu zeigen, dass sie „geeignet“ sind, sei es für den Gemeinderat oder den Nationalrat. Es wäre ein gefährlicher Präzedenzfall gewesen von dem zum Glück abgegangen wurde. Es obliegt immer noch den wahlwerbenden Gruppen zu entscheiden, wer in welcher Form geeignet ist.

Hegemonieverlust – wie konnte das passieren?

How it started:

„Wer soll also Sozialpolitik treiben? Etwa die Unternehmer, die Leute, die bis heute wenigstens in ihrer Mehrzahl den Fiskalismus in der Arbeiterversicherung repräsentieren? Nein, es gibt nur einen einzigen Faktor, der das treibende Element für eine sozialpolitische Ausgestaltung der Arbeiterversicherung sein kann, und das ist naturgemäß der Arbeiter, der Versicherte. (Zustimmung!) Ihm geht es eben an Lebens und Gesundheit, er kann keine Ruhe geben. (Sehr richtig!) Das ist undenkbar und er muß hinter dieser Bureaukratie stehen und ihr die Ruhe austreiben, er muß unbarmherzig ihr Ruhebedürfnis eliminieren, ihr das Stehenbleiben verweigern. Für ihn heißt es immer: Vorwärts, vorwärts, vorwärts! (Zustimmung.) Es gibt nur einen einzigen Träger der Sozialpolitik in der Arbeiterversicherung und das ist der Proletarier! (Lebhafter Beifall!)“

Dieses Zitat stammt aus einem Referat von Leo Verkauf vor dem Krankenkassentag im Jahr 1905 (Grandl 2004, 17)

How it is going:

„Dabei soll die Organisationsstruktur neu geordnet werden, indem die Anzahl der Träger auf vier, maximal fünf, reduziert wird. Kosten in der Verwaltung und Privilegien werden durch die Zusammenlegung nachhaltig reduziert bzw. abgeschafft. Letztendlich bleibt dadurch mehr Gesundheitsleistung für den Patienten und ein einfacheres, bürgernahes System wird geschaffen. Dies ist auch das erklärte Ziel der Reform, denn wir sparen im System und nicht bei den Menschen.“

Ministerratsvortrag zum SVOG vom 23.5.2018

„Das ist des, was bei uns sauer aufstößt, was uns massiv ärgert, dass wir nicht mehr selbst entscheiden können, was mit unserem Eigentum, mit unserem Geld passiert“

Andreas Huss, Obmann der ÖGK, ÖGB Podcast #78

Welch leichtes Spiel hatte doch schon die Schlüssel Regierung (die nur am Verfassungsgerichtshof scheiterte) und daran anknüpfend Sebastian Kurz, der das Werk seines politischen Ziehvaters willfährig vollendet hat. Man ist sich einig: Der Sozialstaat und seine Institutionen sind in einer tiefen Krise, zumindest was die Finanzierung betrifft.

Wie kann es passieren, dass die Arbeitnehmer:innen nicht laut aufschreien, zu hunderten, zu tausenden auf die Straße gehen? Wie kann es sein, dass sie die Mär der teuren Funktionär:innen glauben und in der Konsequenz die Herzstücke ihrer eigenen Versicherung abbauen wollen? Ist das Versprechen von „mehr Geld“ - in welcher Kasse auch immer - politischer Alleskönner?

Wieso berichten unabhängige Medien von einem „Meinungsstreit“ über das Bestehen oder Nicht-bestehen einer Patient:innenmilliarde, anstatt in die Erläuterungen des Gesetzes hineinzulesen und nachzurechnen?

Die Frage muss anders lautend: Hat irgendjemand verstanden, was hier passiert ist? Ist es den Gewerkschaften nur ansatzweise gelungen, das aufzuzeigen? Liegt der Hund nicht ganz wo anders begraben, wenn es einer Institution bedarf, den Selbstverwalter:innen zu erklären, dass sie genau das sind und nicht ein „ihr da oben“ über ihr Schicksal bestimmt? Wann ist die Gewerkschaft falsch abgebogen – wann und wie hat die Selbstverwaltung den Kontakt zu ihren Mitgliedern derart verloren? Ein Spoiler vorweg: Es ist sehr lange her.

Neoliberale Hegemonie der „Gerechtigkeit“

Über die letzten Jahrzehnte hat sich die hegemoniale Vorstellung was gerecht ist, gehörig verschoben.

Während zuvor – pauschal verortet – die Expansion des Sozialstaats zur Herstellung von Gerechtigkeit in der Bevölkerung und breitenwirksamer sozialer Aufstieg erklärtes politisches Ziel war (plakativ sei hier die Regierung Kreisky genannt), folgt der zunehmenden Hegemonialisierung neoliberaler „Gerechtigkeits“vorstellungen auch ein Paradigmenwechsel: Der Sozialstaat ist Almosen für jene, die nicht zu den „Leistungsträger:innen“ zählen, Gerechtigkeit schaffen der Markt und die Eigenverantwortung. Der Begriff „Wohlfahrtsstaat“ wird anrühlich und mit Schmarotzer:innentum gleichgesetzt (vgl weit ausführlicher und – obwohl bereits 1998 verfasst nach wie vor tagesaktuell – *Christoph Butterwege* in (Butterwege, Hickel und Ptak 1998, 61ff)

Die Krise, die durch neoliberalen Sozialstaatsabbau erst geschaffen wird, wird als „Reformstau“ geframt und ist damit nahezu schon selbstreferentiell: Es bedarf stets weitere Reformen, die allerdings das zugrundeliegende strukturelle Problem nicht lösen, sondern vielmehr bei den Betroffenen ansetzen. Bestes Beispiel hierfür ist die Debatte um Arbeitslosengeld, Mindestsicherung etc.: Andiskutierte „Reformen“ dienen der Disziplinierung und Sanktionierung der Arbeitslosen. Bekommen sie dadurch einen qualitativ hochwertigen Job? Nein. Können sie deswegen von ihrem Arbeitslosengeld leben? Nein. Aber der Sündenbock ist benannt.

Während Sozialstaat als undemokratisch gebrandmarkt wird, werden demokratische Rechte und Strukturen abgebaut (wir sehen das bis heute, insbesondere in „Krisenzeiten“). Genau das ist Kurz gelungen: Den Versicherten wird vorgemacht, die von ihnen selbst (unbewusst) gewählte Struktur zur Vertretung ihrer eigenen Interessen sei undemokratisch und würde sich auf ihre Kosten bereichern. Würde dieser Missstand abgedreht, gesunde das marode Gesundheitssystem automatisch. Wer kann schon eine Milliarde Euro ablehnen?

Politische Schlussfolgerungen: Was es aus Gewerkschaftsperspektive braucht

„Vollkommen freies Selbstbestimmungsrecht der Arbeiter in ihren eigenen Angelegenheiten, insbesondere Zuweisung und Selbstbestimmung der Verwaltung der ihnen jetzt entzogenen Krankenkassen.“ (Grandl 2004, 84)

Dies war die Forderung des Wiener Arbeiterbildungsvereins zur Novellierung der Gewerbeordnung von 1859 im Jahre 1885. Diese Forderung trifft heute fast 140 Jahre später mehr denn je wieder zu. Im Zuge des 20. ÖGB Bundeskongresses⁷ wurden zahlreiche Beschlüsse zur Selbstverwaltung gefasst und wie sie aus Arbeitnehmer:innen-Perspektive in Zukunft aussehen muss. Vieles lässt sich nicht und soll auch nicht auf den alten Status zurückgedreht werden – wie etwa die Trägerstruktur – dennoch zeigt sich, dass es dringenden Änderungsbedarf in der Repräsentanz der Versicherten und Geschäftsführung benötigt. Damit ist die wichtigste Forderung jene nach der Wiederherstellung der alten Mehrheiten in der ÖGK und PVA, sowohl in Verwaltungsrat, Hauptversammlung und Landesstellen. Damit verbunden muss auch die abwechselnde Vorsitzführung (“Rotation”) zwischen einer Vertreterin / einem Vertreter der beiden Kurien abgeschafft werden.

Auch zeigt die starke Zentralisierung ihre Nachteile, insb. da viele relevante Gegenüber im Gesundheitssystem auf Länderebene organisiert sind (wie zB die Ärztekammer oder Spitalsträger) – entsprechend braucht es wieder mehr Entscheidungskompetenz, um den regionalen Bedürfnissen gerecht zu werden. Konsequenterweise müssen auch wieder selbstverwaltete Kontrollgremien eingeführt werden, deren Prüfungen immer umfassender und weiterreichender waren als dies bei Jahresabschlussprüfern der Fall ist.

Ebenso muss der Dachverband als trägerübergreifendes Gremium in seiner Koordinationsrolle gestärkt werden. Nicht nur muss die Struktur in der Konferenzmitglieder die Größe und Versichertenzusammensetzung widerspiegeln. Auch braucht es wieder ein trägerunabhängiges Selbstverwaltungsgremium, ähnlich wie es bis zum SV-OG in Form des Verbandsvorstands bestanden hat.

Um die Versichertennähe wieder besser herstellen zu können, braucht es wieder größere Gremien. Die Selbstverwaltungskörper sollen wieder die Entscheidungskompetenzen im Leistungsrecht zurückerhalten, wie dies in den Leistungsausschüssen der Fall. Diese sollen in Härtefällen die Letztentscheidung erhalten. Damit entscheiden Branchenexpert:innen, die die Situation der Betroffenen besser mit- und nachfühlen können und nicht Verwaltungsangestellte. Aber auch innovative Partizipationsmöglichkeiten für Versicherte sind zu etablieren. Das umfasst beispielsweise regionale Versichertendialoge (ÖGB 2023, 36).

Klar ist aber auch, ohne politisch entsprechende Mehrheiten und einer breiten Unterstützung in der Bevölkerung (Rückeroberung der Hegemonie!) werden diese Forderungen nicht umsetzbar sein.

⁷ Der ÖGB Bundeskongress ist das höchste Gremium im ÖGB mit 367 Delegierte und tagt alle fünf Jahre um Präsident:in, Vize-Präsident:innen, Vorstand, Grundsatzprogramm und Statuten zu beschließen.

Literaturverzeichnis

- Buchmann, Bertrand Michael. „Demografie und Gesellschaft.“ In *Wien. Geschichte einer Stadt. Band 3: Von 1790 bis zur Gegenwart*, von Peter Csendes und Ferdinand Opll, 15-46. Wien/Köln/Weimar: Kral, 2006.
- Bund2/2016. „Bericht des Rechnungshofes Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA).“ Wien, 2016.
- Bund42/2022. „Reform der Sozialversicherung - Fusion - Finanzielle Lage.“ *Bericht des Rechnungshof.* Dezember 2022.
https://www.rechnungshof.gv.at/rh/home/home/Reform_SV_Traeger_41_42.pdf
(Zugriff am 8. August 2023).
- Bundeskanzleramt. *Bundeskanzler Kurz: Sozialversicherungsreform bringt "Patientenmilliarde".* 14. September 2018.
<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/bundeskanzleramt/nachrichten-der-bundesregierung/2017-2018/bundeskanzler-kurz-sozialversicherungsreform-bringt-patientenmilliarde-.html> (Zugriff am 1. August 2023).
- Butterwegge, Christoph, Rudolf Hickel, und Ralf Ptak. *Sozialstaat und neoliberale Hegemonie. Standortnationalismus als Gefahr für die Demokratie.* Wien: Elefanten Press, 1998.
- Cerny, Josef. „Die Sozialversicherungsreform 2018 - eine Nachbetrachtung.“ In *Festschrift Walter J. Pfeil*, von Susanne Auer-Mayer, Elias Felten, Rudolf Mosler und Birgit Schratlbauer. Wien: Manz, 2022.
- Dimmel, Nikolaus, und Tom Schmid. *Selbstverwaltung: Die demokratische Organisation der sozialen Daseinsvorsorge.* Wien: ÖGB Verlag, 2019.
- DVSV. „Statistisches Handbuch der Sozialversicherung.“ *Dachverband der Sozialversicherungsträger.* 2022.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.888557&portal=svportal> (Zugriff am 8. August 2023).
- FSG. *ÖVP-Wirtschaftsbund stimmt in ÖGK-Verwaltungsrat gegen Nehammers zusätzliche Kassenstellen.* 14. Juni 2023.
https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20230614_OT0017/fsg-oevp-wirtschaftsbund-stimmt-in-oegk-verwaltungsrat-gegen-nehammers-zusaetzliche-kassenstellen (Zugriff am 15. September 2023).
- Grandl, Robert. *Die Geschichte der Selbstverwaltung und Arbeitnehmermitbestimmung in der österreichischen Sozialversicherung. Teil 1: Von den Anfängen bis 1918.* Wien: ÖGB Verlag, 2004.
- John, Gerald. „Verschärfung bei Krankenständen: Wirtschaftsbund versteht Aufregung nicht.“ *Der Standard*, 12. Dezember 2019.
- ÖGB. „Dafür ÖGB - 20. ÖGB-Bundeskongress.“ www.oegb.at. 23. Juni 2023.
<https://www.oegb.at/der-oegb/organisation/bundeskongress/bundeskongress-20#das-beschlossene-programm> (Zugriff am 4. August 2023).
- . „Stellungnahme des ÖGB zum SV-OG.“ *Parlamentswebseite.* 18. Oktober 2018.
https://www.parlament.gv.at/dokument/XXVI/SNME/2661/imfname_715078.pdf
(Zugriff am 8. August 2023).
- Steiner, Günther. *Ein verlässlicher Partner fürs Leben: Soziale Sicherheit von der industriellen Revolution bis ins digitale Zeitalter.* Wien: ÖGB Verlag, 2018.

Wedrac, Stefan. *Die Allgemeine Arbeiter-Kranken-und Invalidenkasse in Wien 1868-1880: Die Wurzeln der Wiener Gebietskrankenkasse: Entstehung, Umfeld und Erfolge*. Wien: ÖGB Verlag , 2013.

Judikatur:

VfGH 13.12.2019, G 211-213/2019

VfGH 13.12.2019, G 78-81/2019-56

Rechtsquellen (inkl. Parlamentarischer Materialien):

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG): BGBl. Nr. 189/1955 idgF

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) vor Änderung durch das SV-OG: BGBl. Nr. 189/1955 idF BGBl Nr. 59/2018

Sozialversicherungsorganisationsgesetz (SVOG):

- Vortrag an den Minister:innenrat „Sozialversicherungsorganisation der Zukunft“ 75/ME 26 XXVI. GP
- Ministerialentwurf 75/ME XXVI. GP
- Regierungsvorlage 329 der Beilagen XXVI. GP
- BGBl I Nr. 100/2018

52. ASVG Novelle im Jahr 1994. 351/ME XVIII. GP