

Die Kassen-Pläne: Mehr Macht für Unternehmer, schlechtere Leistungen für Versicherte

 kontrast.at/kassenplaene-der-regierung/

May 24, 2018



Von Kontrast Redaktion

Veröffentlicht am 24. Mai 2018 um 12:04 | Gesundheit & Leben | Lesezeit: 6 Minuten

Die Regierung hat ihre Kassen-Pläne bekannt gegeben: Die Beschäftigten werden in den Gremien der Sozialversicherung zugunsten der Unternehmer entmachtet, grobe Ungerechtigkeiten bei Leistungsunterschieden bleiben unberührt und Konzerne wollen ihre Beiträge reduzieren. Hier die wichtigsten Fragen und Antworten.

Die ÖVP-FPÖ Regierung will 21 Krankenkassen auf 4 oder 5 Kassen zusammenlegen und dadurch 200 Millionen Euro im Jahr sparen. Sie spricht davon, dass für gleiche Beiträge gleiche Leistungen erbracht werden sollen. Klingt schön – stimmt nur nicht:

1. Es wird weiterhin verschiedene Kassen mit unterschiedlichen Leistungen geben: Die großen Ungerechtigkeiten zwischen Beamtenversicherung und Angestellten-Versicherung werden nicht beseitigt.
2. Wo es zu einer Angleichung der Leistungen kommt, drohen schlechtere Leistungen.

50 Gesprächsrunden sollen zu der Reform geführt haben. Tatsächlich heißt es aus Gewerkschaftskreisen, dass es keine einzige Verhandlungsrunde mit den Sozialpartnern gegeben hat. Stattdessen hat die Regierung ein Modell vorgelegt, das ziemlich genau den

Forderungen von Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung entspricht. Das heißt vor allem: Niedrigere Beiträge für Arbeitgeber und ein Übergewicht der Wirtschaftsvertreter in den Entscheidungsgremien.

Hier die wichtigsten Fragen zur Kassenreform:

Welche Versicherungen werden zusammengelegt?

Die größten Umstrukturierungen wird es für die Arbeitnehmer geben. Über die neun Gebietskrankenkassen wird mit der österreichischen Gesundheitskasse eine zentralisierte Einheit gestülpt. Bauern und Unternehmer werden sich in einer gemeinsamen Kasse für Selbstständige wiederfinden. Die Beamten und Eisenbahner bekommen eine gemeinsame Kasse für den öffentlichen Dienst. Die Pensionsversicherungsanstalt bleibt weiterhin bestehen. Unklar ist das Fortbestehen der potentiell fünften Versicherung: der Allgemeinen Unfallversicherung (AUVA).

Bringt die Zusammenlegung wirklich Harmonisierung?

Es wird keine echte Harmonisierung geben. Gleiche Leistungen soll es nur innerhalb der neu geschaffenen Kassen kommen, nicht aber zwischen den Kassen. Es wird also weiter verschiedene Kassen mit unterschiedlichen Beiträgen und unterschiedlichen Leistungen geben.

Innerhalb der Gebietskrankenkassen hat der Hauptverband die Leistungen schon heute weitgehend harmonisiert – hier ist der Bedarf also gering. Die großen Ungerechtigkeiten bestehen zwischen Privatangestellten und Beschäftigten im öffentlichen Dienst – und die werden weiter bestehen.

In Zukunft werden zwar Unternehmer und Bauern die gleiche Leistung erhalten. Beamte genießen aber weiterhin andere Leistungen als Bauarbeiter oder Bankangestellte. Genau diese Ungerechtigkeit bemängelt die Effizienz-Studie der London School of Economics 2017 , auf die sich die Bundesregierung beruft:

Weil die Beamtenversicherung fest angestellte, gut bezahlte öffentlich Bedienstete versichert, kann sie weit mehr Leistungen anbieten als die Gebietskrankenkassen. Dort sind auch Arbeitslose, Niedrigverdiener und Mindestpensionisten versichert. Eine Zusammenlegung müsste einen Ausgleich schaffen, rät die Studie. Die Regierung will die Privilegien der Beamten aber erhalten.

Wird es künftig weniger Arbeitnehmer in den Gremien geben?

Der Einfluss der Arbeitnehmer-Vertreter wird massiv zurückgedrängt. Tatsächlich gibt es in Österreich rund 3,6 Millionen Arbeitnehmer und 324.000 Unternehmer – das heißt auf einen Unternehmer kommen 11 Arbeitnehmer. Der allergrößte Teil davon ist in den Gebietskrankenkassen versichert, dort stehen derzeit 4 Arbeitnehmer einem Unternehmer-Vertreter gegenüber. Obwohl kein einziger Unternehmervvertreter dort versichert ist.

Künftig sollen beide Seiten in der Österreichischen Gesundheitskasse gleich stark vertreten sein. Argumentiert wird das damit, dass Unternehmen auch die Hälfte der Beiträge leisten. Doch auch das stimmt nicht: Gerade einmal 28,7 Prozent der Gesamteinnahmen der Gebietskrankenkassen stammt von den Arbeitgebern. Trotzdem gibt ihnen die Regierung die Hälfte der Entscheidungsmacht über die Gelder der Beschäftigten.

Dazu kommt, dass selbst dieses Drittel im eigentlichen Sinn keine Arbeitgeberbeiträge sind, sondern Lohnteile. Denn die Beiträge der Unternehmen werden nicht vom Gewinn des Unternehmens abgezogen, sondern vom Lohn jedes einzelnen Beschäftigten – dem Lohn, den sie selbst erwirtschaftet haben.

Was verändert sich, wenn Unternehmer über Beitragsgelder der Beschäftigten entscheiden?

Wirtschaftsvertreter haben in der Sozialversicherung künftig deutlich mehr mit zu reden. Und dadurch drohen Leistungskürzungen. Schließlich drängt der Industrielle-Flügel der ÖVP schon lange auf eine Senkung ihrer Beiträge. Mit der Kürzung der AUVA-Beiträge um 500 Mio. Euro hat die Regierung diesem Drängen schon nachgegeben.

Einen Vorgeschmack auf den Kurs der Arbeitgeber-Seite in den Gebietskrankenkassen hat der Chef der Industriellen-Vereinigung (IV) Georg Kapsch gegeben:

„Was nicht funktionieren wird, ist, dass man die Leistungen nach oben harmonisiert.“

Will man Leistungen angleichen, ohne sich nach oben zu orientieren, führt das zu Leistungskürzungen. Wenn also die Vorarlberger Gebietskrankenkasse für den Zahnersatz zahlt, die burgenländische aber nicht, würde das schlechtere Leistungen für einen Angestellten aus dem Ländle bedeuten.

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

Die Leistungsreduktionen werden wohl auch nötig werden – denn die Regierung plant eine Milliarde bei der Sozialversicherung einzusparen.

Sind die angekündigten Einsparungen von 1 Mrd. realistisch?

Die Präsidentin des Rechnungshof Margit Kraker ist „sehr skeptisch“ und bezeichnet im ORF-Interview die Kostenschätzungen der Regierung als „Wunschdenken“. Die Reduktion der Kassen soll pro Jahr 250 Mio. Euro bringen: Derzeit haben alle betroffenen Versicherungen gemeinsam einen Verwaltungsaufwand von 481 Mio. Euro (2016). Über 40% des derzeitigen Verwaltungsbudgets müssen jährlich eingespart werden, um ohne Leistungskürzungen auf die angekündigte Milliarde Euro zu kommen.

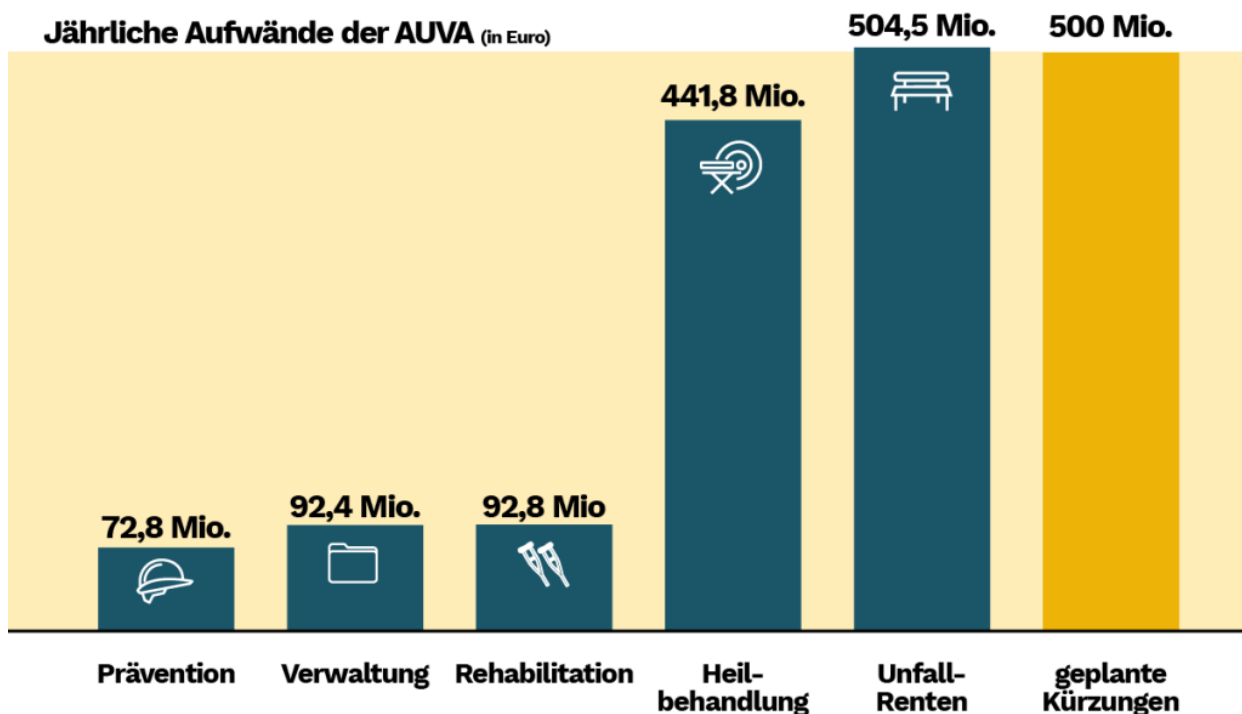
Die Regierung will auch sparen, in dem sie 800 Funktionäre streicht. Doch 90 Prozent der ehrenamtlichen Funktionäre bekommen ein Sitzungsgeld von 42,- Euro pro Sitzung und das 2 bis 4 Mal im Jahr. Die Selbstverwaltung kostet den Versicherten gerade mal 40 Cent jährlich. Auch damit kommt man auf keine Milliarde Euro.

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

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

Schon bei der AUVA hat die Regierung gezeigt, dass ihre Sparziele „fantasievoll“ sind. Die Unfallversicherung soll 500 Mio. im Jahr sparen – dabei gibt sie nur 100 Mio. Euro in der Verwaltung aus. Will die AUVA diese Forderung erfüllen, sind Leistungskürzungen zwingend.

DIE UNFALL-VERSICHERUNG AUVA MUSS 500 MIO. EURO KÜRZEN IHRE AUSGABEN ZUM VERGLEICH



Quelle: Unterlage des Zentralbetriebsrat der AUVA

KONTRAST.at

Warum wird den Sozialversicherungen die Prüfkompetenz entzogen?

Den Unternehmensvertretern ist es schon lange ein Dorn im Auge, dass die Sozialversicherungen die Beiträge selbst einheben. Denn sie prüfen auch, ob die Beiträge richtig bezahlt werden und ahnden Unterentlohnung oder Scheinselbständigkeit. Hier ist die Regierung den Unternehmen bereits entgegengekommen: Die falsche oder verspätete Anmeldung zur Sozialversicherung soll nur mehr pauschal 855 Euro kosten, auch wenn tausende Mitarbeiter nicht richtig beider Sozialversicherung angemeldet wurden. Das hat die Regierung per Gesetz beschlossen. Jetzt wird der Sozialversicherung die Beitragsprüfung komplett entzogen.

Das bringt Nachteile für die Beschäftigten: Die Sozialversicherung hat geprüft, ob der Kollektivvertrag stimmt und auch die Beiträge einbezahlt werden, auf die die Arbeitnehmer Anspruch haben. Wird die Prüfkompetenz jetzt in das Finanzministerium verlagert, wird nur mehr auf die rechnerische Richtigkeit geschaut – die Rechte der Arbeitnehmer fallen dabei unter den Tisch. Außerdem hat die Regierung angekündigt, in der Finanzverwaltung Stellen abzubauen – es wird also weniger Prüfer geben. Das wird schon bald zu weit weniger Beiträgen führen, Lohn- und Sozialbetrug wird weit seltener auffliegen.

Was bringt die Abschaffung der Mehrfachversicherung?

Derzeit zahlen einige Menschen wegen Mehrfachversicherungen überproportional viel in die Sozialversicherung. Das können sie auch heute schon zum Teil zurück holen. Mehrfachversicherungen entstehen beispielsweise, wenn jemand in einem Anstellungsverhältnis ist, und gleichzeitig auf Werkvertragsbasis dazuverdient. In Zukunft soll sich der Versicherte seine Krankenkasse selbst aussuchen, und falls er zu viel zahlt, das Geld automatisch zurückbekommen. An sich eine gute Sache: Betroffen von dieser Regelung sind allerdings nur 3% der Österreicher.

Mehr zum Thema

- [Dänemark: Zugewinne für Sozialdemokraten, Abfuhr für Rechtspolitik](#)
- [Wie aus Kürzungen für Flüchtlinge Hartz IV für alle wird](#)
- [Wem nützt Kurz' Steuerbonus für Kinder?](#)

Wir recherchieren und überprüfen die Inhalte und Fakten in unseren Beiträgen. Du hast trotzdem einen Fehler entdeckt? Oder Anregungen und Ergänzungen? [Bitte schick uns eine Nachricht.](#)

Wir recherchieren und überprüfen die Inhalte und Fakten in unseren Beiträgen. Du hast trotzdem einen Fehler entdeckt? [Bitte schick uns eine Nachricht.](#)

6 Kommentare




Vem nützt Kurz Steuerbonus für Kinder

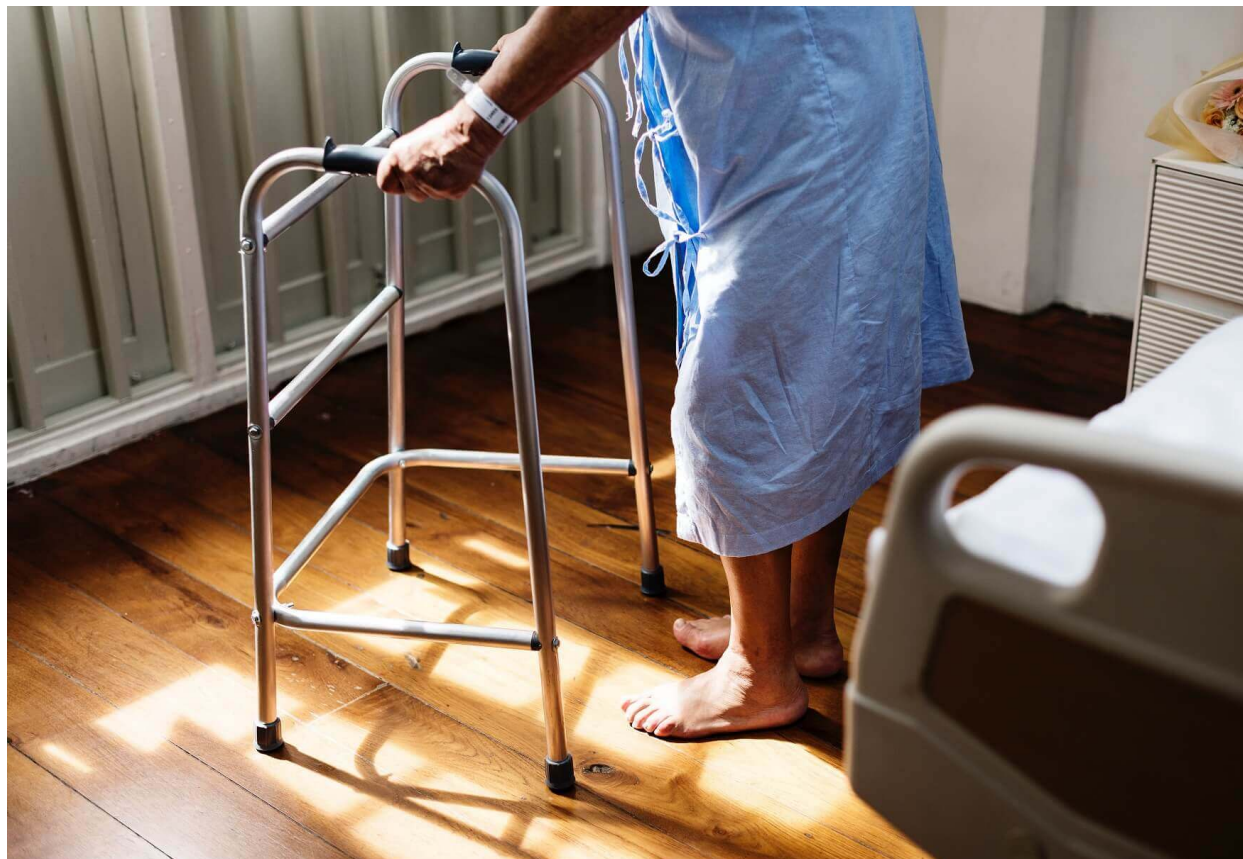


KONTRAST.at

Privatisierung, Selbstbehalte, Leistungskürzung: Die Krankenkassen-Pläne der Wirtschaft

 kontrast.at/privatisierung-selbsthalte-leistungskuerzung-die-sv-plaene-der-wirtschaft/

June 6, 2018



Von Patricia Huber

Veröffentlicht am 6. Juni 2018 um 18:33 | [Gesundheit & Leben](#) | Lesezeit: 4 Minuten

Unternehmer werden entscheiden, was mit den Beiträgen der Beschäftigten im Gesundheitssystem passiert. So will es die ÖVP-FPÖ Regierung mit ihrer Reform der Krankenkassen. Obwohl die Dienstgeber nicht mal ein Drittel der Beiträge leisten, sind sie künftig gleichberechtigt in den Kassen vertreten – die Beschäftigten verlieren ihre Mehrheit. Was die Wirtschaftsvertreter mit ihrer neuen Macht vorhaben, haben sie ausführlich dargelegt: Sie wollen Selbstbehalte einführen, Leistungen kürzen und Gesundheitseinrichtungen privatisieren.

Die Regierung wird das österreichische Gesundheitssystem massiv umstrukturieren. Die neun Gebietskrankenkassen werden zu einer „Österreichischen Gesundheitskasse“, in der sich die Mehrheiten verschieben: Bisher saßen in den Entscheidungsgremien vier Arbeitnehmer- und ein Arbeitgebervertreter, künftig werden es fünf Arbeitnehmer- und fünf Arbeitgebervertreter sein. Das heißt, Wirtschaftsvertreter können künftig die Krankenversicherung der Beschäftigten steuern. Und das ist ein langjähriges Anliegen von Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung. Denn:

„Die Dienstnehmer nehmen tendenziell die Standpunkte der Versicherten ein, was mit einer möglichst guten Versorgung einhergeht“, kritisiert eine Wirtschaftskammer-Studie.

Stellt sich die Frage: Was haben die Vertreter der Wirtschaft mit der Krankenversicherung ihrer Beschäftigten vor? Was heißt es, wenn im Gesundheitssystem künftig nicht auf Leistung, sondern auf möglichst niedrige Kosten geachtet wird?

WKÖ-Studie hat eindeutige Ziele

Aufschluss gibt eine Studie im Auftrag der Wirtschaftskammer mit detaillierten Vorschlägen zur Reform der Sozialversicherung. Die Pläne der Wirtschafts-Vertreter liegen damit am Tisch:

Privatisierung

Zunächst rät die Wirtschaftskammer, alle Einrichtungen zu privatisieren.

„Aus betriebswirtschaftlicher Sicht [...] sollten keine eigenen Einrichtungen betrieben werden“, heißt es da deutlich.

Die 154 Einrichtungen wie Kurheime, Reha-Zentren oder Ambulanzen stehen auf dem Spiel. Unterstützung dürfte die Wirtschaftskammer dabei auch von Gesundheitsministerin Hartinger-Klein bekommen: Laut dem Nachrichtenmagazin News plant sie, die sieben AUSA-Krankenhäuser zu verkaufen. Sie sollen in GmbHs mit privater Beteiligung umgewandelt werden.

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

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

Rein betriebswirtschaftlich gesehen wird die Infrastruktur wohl verkauft und dann filetiert: Was Gewinn macht, wird von Privaten weiter betrieben, der Rest zugesperrt. Die übrige Leistung müssen die Krankenkassen dann von privaten Anbietern zukaufen. Die machen mit den Beitragsgeldern gute Gewinne.

Selbstbehalte

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

Überhaupt sollen die Hürden für den Arztbesuch steigen – die Übernahme der Kosten soll

nicht mehr automatisch erfolgen. Stattdessen will die Wirtschaftskammer, dass die Versicherten ihre Leistung zunächst selbst zahlen und dann bei der Krankenversicherung einreichen.

Abseits von sozialen Folgen bringt das weit höhere Verwaltungskosten: Die Ärzte müssen für jeden Arztbesuch eine Rechnung ausstellen und die Krankenversicherung mit allen Versicherten individuell abrechnen. Derzeit rechnen die Ärztinnen und Ärzte direkt mit der Krankenversicherung ab.

Niedrigeres Leistungsniveau

Wie die Bundesregierung will auch die Wirtschaftskammer ein Angleichen der Leistungen. Doch das kann kein Angleichen nach oben sein, wie sie klar stellt:

„Es liegt auf der Hand, dass sich, in Hinblick auf die Kosten des Gesundheitssystems, das Leistungsniveau eher an einem KV-Träger mit schmalen Leistungskatalog orientieren sollte.“

Wo es zu einer Angleichung der Leistungen kommt, drohen schlechtere Leistungen. Das hat auch der Chef der Industriellen-Vereinigung (IV) Georg Kapsch betont:

„Was nicht funktionieren wird, ist, dass man die Leistungen nach oben harmonisiert.“

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

Mehr zum Thema

- [Krankenkassen: Selbstbehalte für 7 Millionen Versicherte drohen](#)
- [Wie die Wirtschaft von Arbeitszeitverkürzung profitiert](#)
- [Welche Wirtschaft wollen wir?](#)

Wir recherchieren und überprüfen die Inhalte und Fakten in unseren Beiträgen. Du hast trotzdem einen Fehler entdeckt? Oder Anregungen und Ergänzungen? [Bitte schick uns eine Nachricht.](#)

Wir recherchieren und überprüfen die Inhalte und Fakten in unseren Beiträgen. Du hast trotzdem einen Fehler entdeckt? [Bitte schick uns eine Nachricht.](#)

Kommentar hinzufügen





KONTRAST.at