

Wilfried Leisch zur Zerschlagung der solidarischen Sozialversicherung in Österreich

Die österreichische Regierung aus Rechtsradikalen und Konservativen setzt sich mit den Sozialversicherungs-»Reformen« an die Speerspitze der marktförmigen Umgestaltung solidarischer Sicherungssysteme. Unternehmen werden auf Kosten der Arbeiter*innen entlastet, die Sozialversicherung wird defizitärer, Selbstbeteiligungen, Personalabbau und Privatisierungen folgen.

Im Jahr 2018 zog die Schwarz (Türkis)-Blaue Regierung Österreichs die Entmachtung und Enteignung der sieben Millionen Arbeiter- und Angestelltenversicherten¹ im Interesse der Wirtschaft durch. Ab April 2019 diktiert ein Überleitungsausschuss die Umsetzung, ab 2020 tritt die neue Struktur in Kraft. Schon im Vorblatt zum Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (SV-OG) steht, worum es letztlich geht: »Private Anbieter von Gesundheitsdiensten« sollen gefördert werden.

Derzeit ist die solidarische, nicht auf Gewinn orientierte Sozialversicherung (SV) nicht teuer, hat bloß knapp 3% Verwaltungskosten, 97% der SV-Gelder fließen also zurück an die Versicherten. Private, auf Gewinn ausgerichtete Versicherungskonzerne haben »Verwaltungskosten« von bis zu 30%, also fließen nur 70% an die Versicherten zurück. Also wie dorthin kommen, dass die SV »schlecht« ist, »teuer« ist und deshalb »reformiert« (privatisiert) werden muss?

Um die Notwendigkeit einer »Reform« des Gesundheitssystems in der Öffentlichkeit zu platzieren, behauptete die Regierung, dass die SV-Funktionär*innen so teuer seien, dass man bei ihnen eine Milliarde Euro einsparen könnte (»Funktionärsmilliarde«), die dann den Patient*innen (»Patientenmilliarde«) zugutekäme. Tatsache ist: Für alle 970 aktive Funktionär*innen – sie erhalten 42,- Euro pro Sitzung – werden in Summe bloß 5,7 Millionen Euro inkl. aller Nebenkosten aufgewendet. Das sind 0,009% des SV-Gesamtbudgets von 61,7 Milliarden Euro. Wie kommt dann die Regierung auf eine Milliarde »Einsparung«? Weil sie ein

Drittel der rund 28.000 SV-Beschäftigten in den nächsten zehn Jahren »einsparen« will. Weniger Beschäftigte bedeutet aber weniger Leistung.

Bald war klar: Die Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen (GKKs) kostet 1,1 bis 1,5 Milliarden, die Arbeiterkammer (AK), die gesetzliche Interessenvertretung der Arbeiter*innen und Angestellten in Österreich, berechnete Kosten von 2,1 Mrd. Euro (»Belastungsmilliarde«) für die von ÖVP und FPÖ geplante Kassen-»Reform«.

Mit der Zentralisierung der GKKs zur »Österreichischen Gesundheitskasse« (ÖGK) erfolgt keine Verkleinerung der Struktur – neun Landesstellen statt neun GKKs – aber die Gelder gehen an die ÖGK, die die Budget- und Personalhoheit hat. Das ist die Zerstörung der regionalen Gesundheitsversorgung mit massiven negativen Auswirkungen besonders im ländlichen Raum und führt zu einer Verteuerung, weil es u.a. längere Entscheidungswege und höheren bürokratischen Aufwand mit sich bringt.

■ Entmachtung und Enteignung der arbeitenden Menschen

Die Kasse der Beamten bleibt bestehen, die der Selbständigen und Bauern werden zusammengelegt. Die hohen und höheren Leistungen von Beamten, Selbständigen sowie Bauern bleiben bestehen und sie dürfen in ihren Kassen auch weiter selbst darüber bestimmen, wieviel wofür ausgegeben wird. Im Gegensatz dazu wird die SV der Arbeiter*innen und Angestellten (GKKs) in die ÖGK zentralisiert, die Leistungen aber *nicht* harmonisiert, d.h. nicht an die höheren Leistungen der Beamten, Selbständigen und Bauern angehoben.

Weiters sollen in Zukunft nicht mehr die Arbeiter- und Angestelltenvertreter*innen über die Versicherungsgelder der arbeitenden Menschen bestimmen, sondern zu 50% die Unternehmervertreter*innen, die dort gar nicht versichert sind. Mit regierungsnahen Arbeitnehmervertreter*innen (ÖAAB, FCG, AUF) haben die Unternehme-

Machtverschiebung zu den Unternehmern in der SV, insbesondere in den Kassen der Arbeiter und Angestellten (GKKs/ÖGK, PVA)

bis zum Jahr 2001	Derzeit	Künftig
Hauptverband	Hauptverband der SV	Dachverband
	A + A 85% der Versicherten	
AV in Mehrheit	6 AV : 6 UV (50% : 50%)	4 AV : 6 UV (40% : 60%)
GKKs	Krankenversicherung/GKKs	ÖGK
	A + A 100% der Versicherten	
AV in Mehrheit	4 AV : 1 UV (80% : 20%)	6 AV : 6 UV (50% : 50%)
PVA	Pensionsversicherung (PVA)	
	A + A 100% der Versicherten	
AV in Mehrheit	2 AV : 1 UV (66,65% : 33,35%)	6 AV : 6 UV (50% : 50%)

AV = Arbeiter- bzw. Angestelltenvertreter, UV = Unternehmervertreter

r*innen die Mehrheit. Zudem hat sich die Regierung ein weitgehendes Einspruchsrecht gesichert. Das ist formal eine Verstümmelung und real eine Ausschaltung der Selbstverwaltung und eine Enteignung der Arbeiter- und Angestelltenversicherten! Das hat gravierende Folgen darauf, welche und wieviel Leistungen Arbeiter*innen und Angestellte zugesprochen bekommen. Denn es macht einen Unterschied, ob Arbeitnehmer*innen oder Unternehmervertreter*innen darüber entscheiden. »Mit der Kassenfusion droht die größte Enteignung in der Geschichte Österreichs«, so AKÖ-Präsident Johann Kalliauer.

Die »rote« Eisenbahnversicherung (VAEB) wird mit der schwarz dominierten Beamtenversicherung (BVA) zur BVAEB fusioniert und kommt unter schwarze Führung. In der *Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt* (AUVA) dominieren weiterhin die Unternehmer*innen, obwohl dort nur Arbeiter*innen und Angestellte unfallversichert sind.

Die Versicherung der Bauern (SVB) wird mit der der Gewerblichen Wirtschaft (GSV/SVA) zur Selbständigenversicherung SVS fusioniert. Dort hatten und haben Arbeiter*innen und Angestellte Null Kontrolle. Die Unternehmer*innen aber haben praktisch die Mehrheit in den Arbeiter- und Angestelltenversicherungen (ÖGK, PVA).

■ Beitragsprüfung durch das Finanzministerium

In Zukunft wird die Beitragsprüfung der GKKs vom Finanzministerium übernommen. Dazu muss man wissen, dass die GKKs prüfen, ob jemand auch richtig angemeldet und eingestuft ist². Die Finanz interessiert das nicht, sie prüfen ob der Betrieb die gesetzlichen Steuern und Abgaben abliefern/zahlt, also z.B. ob je Mitarbeiter*in auch der Dienstgeber- und Dienstnehmeranteil (entspricht Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil in Deutschland) abgeführt wird aufgrund der firmeneigenen Angaben.³ Davon profitieren die Unternehmer*innen, den Schaden haben die Arbeiter*innen und Angestellten. In den vergangenen zehn Jahren haben nach Angaben der Obfrau der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), Ingrid Reischl die Prüfer aller österreichischen Gebietskrankenkassen Nachträge in Höhe von 2,3 Milliarden Euro eingebracht, das Finanzamt kam im gleichen Zeitraum auf nur 1,5 Milliarden. (vgl. *Die Presse*, 08.02.2018). Die Arbeiterkammer rechnet für die Zukunft »mit weniger guten und weniger genauen Prüfungen« und glaubt, dass dadurch in den kommenden fünf Jahren weitere 650 Millionen Euro verloren gehen werden. (*Arbeit & Wirtschaft*, 22.11.2018)

■ AUVA-»Reform«

Diese sieht vor, die Unternehmer*innen um 430 Millionen Euro auf Kosten der Beschäftigten (ein Drittel des Verwaltungspersonals wird nicht nachbesetzt) und somit auf Kosten der Patient*innen zu entlasten. Die Unfallkrankenhäuser (UKHs) und Reha-Zentren werden in eigene GmbHs ausgelagert, womit künftiges Personal billiger eingestellt werden kann (PRIKRAF-Kollektivvertrag; vorerst soll das nicht der Fall sein) und Privatbeteiligungen an AUVA-Spitälern und Reha-Zentren leichter möglich werden. Weiters soll der AUVA-Unternehmerbeitrag von 1,2% auf 1,1% der Bruttolohnsumme (0,1% =



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse
Foto: GPA/djp

jeweils 100 Millionen Euro jährlich) und in den kommenden vier Jahren um jeweils weitere 0,1% schließlich bis auf 0,8% abgesenkt werden.

Über die Jahre ist das eine Milliardenersparnis für die Unternehmer*innen auf Kosten von AUVA-Personal und Patient*innen. Sollen die AUVA-Leistungen nicht reduziert werden, müssen die Kosten dafür andere tragen. Entweder direkt die Unfall- und Reha-Patient*innen durch weniger Leistung, oder – wie jetzt vorgesehen – man schiebt diese Kosten zu den Ländern und/oder Krankenkassen der Arbeiter*innen und Angestellten, der künftigen ÖGK.

Tatsächlich ist es so, dass bei »strukturellen Defiziten« die Krankenkassen per Gesetz verpflichtet sind, Selbstbehalte einzuführen, und dass die neue ÖGK jährlich Selbstbehalte oder Ambulanzgebühren festlegen kann (§31 ASVG-Novelle). Die Entscheidung darüber fällt im neuen Dachverband, dort haben die Unternehmervertreter*innen eine Mehrheit.

So nimmt seit Jahren die Zahl der Kassenärzt*innen ab, die der Wahlärzt*innen (Privatärzte, deren Rechnungen Patient*innen bei den Kassen einreichen können; sie bekommen dann je nach Kasse nur 20 bis 40% zurück) mit Selbstbehalt zu. Seit dem Jahr 2000 gibt es rund 1.000 Kassenärzt*innen weniger, während sich die Zahl der Wahlärzt*innen seit 2004 auf rund 11.000 fast verdoppelte. Laut AK wackelt jede 4. Hausarztstelle. Selbst Ärztekammer-Präsident Thomas Szekeres fordert, der Finanzminister müsse die Fusionskosten bezahlen »oder Leistungsreduktionen in Kauf nehmen«. (ORF Fernsehen, Hohes Haus, 14.10.2018).

Effekt: Man erzeugt im Gegenzug zur Entlastung der Unternehmer*innen eine Belastung der Krankenkassen (ÖGK), also ein Kassen-Defizit, das dann als Vorwand zur weiteren »Einsparung«, d.h. zu Leistungskürzungen (Personalabbau) und zu noch mehr Selbsthalten bei Kassenpatient*innen oder zum Ausweichen in die Privatmedizin führt.

■ Privatmedizin scharrt schon in den Startlöchern

Schon seit Schwarz-Blau I (2000-2006) erhalten Privatspitäler von der SV Geld über den 2002 gegründeten Privatkran-

kenanstaltenfinanzierungsfonds, den »PRIKRAF«. Der wird jetzt aufgewertet. Die Wirtschaftskammer schwärmt vom »Gesundheitsmarkt Österreich«, dessen Potenzial sie auf 30 bis 40 Milliarden Euro schätzt. Obmann der »Gesundheitsbetriebe« in der Wirtschaftskammer ist nicht zufällig der Chef der PremiQaMed Group (Gewinn 2017: 2,8 Mio. Euro), der Privatspitäler der UNIQA-Versicherung. Auch der »Reform«-Finanzminister Hartwig Löger kommt wohl nicht zufällig von der UNIQA. Um an diesen Markt zu kommen, brauchen diese privaten Versicherungskonzerne den Zugriff auf die derzeit noch nonprofit verwalteten fast 62 Milliarden der solidarischen österreichischen SV. Mittlerweile haben einzelne Kassen und auch die SPÖ-Beschwerde beim Verfassungsgerichtshof gegen das SV-OG eingereicht, v.a. deswegen, weil die Selbstverwaltung in den Kassen der Arbeiter*innen und Angestellten durch das Gesetz und die neue Struktur ausgehebelt wurde.

Ab 1. April 2019 beginnt die Umsetzung der »Strukturreform« mittels diverser Überleitungsgremien. Ab 1. Januar 2020 soll mit der neuen Struktur gearbeitet werden. Begonnen hat auch der Postenschacher: Allein 48 neue Spitzen-Funktionäre bringt der Umbau. Diese werden rund 7 Millionen Euro kosten. (Erinnerlich: bislang 5,7 Mio. Euro für alle Verwaltungsaufgaben inkl. Personal). Statt »Sparen« werden die Vertreter*innen der Arbeitnehmer*innen hinaus gedrängt, gleichzeitig mehr Geld für Spitzenfunktionäre ausgeben.



Protestaktion am 12.12.18 vor der Wiener Gebietskrankenkasse – Foto: GPA/djp

Ab 2020 haben die Unternehmer*innen den mehrheitlichen Zugriff auf die Gremien der SV. Was Schwarz-Blau dann mit der SV vorhaben, hat schon im Frühjahr 2017 ein Vertreter der Wirtschaftskammer im Hauptverband der SV-Träger (künftig Dachverband mit Unternehmer*innen-Mehrheit) dargestellt: Die SV habe 154 eigene Einrichtungen (Kurheime, Reha-Zentren, Ambulanzen) – die seien »zu teuer«, privat geführte Anstalten wären »billiger«. Der Verkauf, die Verpachtung oder die Ausgliederung dieser Einrichtungen wäre daher zu überlegen (*Kronen-Zeitung*, 08.04.2017).

Ergebnis: Sparen ist nur der Vorwand, Umfärbung ist das Mittel, die Umleitung der Gelder ist der Zweck, die Privatisierung der solidarischen Sozialversicherung ist das Ziel!

Wilfried Leisch ist Politikwissenschaftler, ehrenamtlich aktiver Gewerkschafter sowie engagiert bei Österreichisches Solidaritätskomitee (ÖSK), Plattform »proSV – Keine Zerschlagung der Sozialversicherung«. <http://proSV.akis.at> und www.prodemokratie.com

Weiterführende Informationen:

Hearing im Parlament zum SV-OG-Gesetz, Video-Zusammenfassung der kritischen Experten-Stellungnahmen (ca. 3 ½ Minuten): <https://www.facebook.com/kontrast.at/videos/2139996242918421/>
Der gesamte Sozialausschuss im Parlament auf Video: <https://www.facebook.com/spoeparlamentsklub/videos/260203177976143/>

Wer sich nicht durch das ganze Video mühen will, die proSV-Stellungnahmen (Wilfried Leisch) finden sich bei Minute 22:30, 1:36:25 und 3:06:15; insgesamt ca. 25 Minuten (der ganze Ausschuss dauerte 3,5 Stunden)

Parlamentskorrespondenz: ExpertInnen drängen auf Reform im Sinne der Bevölkerung: https://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2018/PK1273/index.shtml

- 1 Die rund sieben Millionen betreffen die Krankenversicherten Arbeiter*innen und Angestellten in den derzeit noch neun Gebietskrankenkassen der neun Bundesländer (GKKs – in Zukunft fusioniert zur Österreichischen Gesundheitskasse ÖGK) sowie die pensionsversicherten Arbeiter*innen und Angestellten in der PVA. Die restlichen knapp zwei Millionen Versicherten sind jeweils rund 800.000 öffentlich Bedienstete (»Beamte«, BVA) und »Selbständige« (SVA), sowie rund 350.000 Bauern (SVB). SVB und SVA fusionieren zur SVS. Bahn- und Bergbaubedienstete (VABE) werden mit der BVA zur BVAEB fusioniert. SVS und BVAEB sind »Vollversicherungen«, also Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung.
- 2 Geprüft wird auf Anfrage/Klage oder bei GKK-eigenen Stichproben aufgrund von Firmenmeldung, denn jede Firma muss Tätigkeit und Gehalt der Beschäftigten bei Beginn der Tätigkeit melden. Daraus kann dann die GKK schließen, ob der/diejenige richtig eingestuft ist.
- 3 Das ist nicht selbstverständlich, denn schon heute bleiben Unternehmen in Österreich im Schnitt allein der Sozialversicherung, DG- und DN-Beiträge in Höhe von einer Mrd. Euro schuldig. Ca. 1/3 davon bleiben dann nach einigen Jahren wegen Konkurs uneinbringlich. Dabei schulden die Unternehmen nicht nur »ihren« DG-Anteil, sondern auch den treuhändig zur Abgabe übernommenen DN-Anteil, was streng genommen ein strafrechtlicher Tatbestand der Veruntreuung wäre. Das Finanzministerium überprüft nicht, ob der/die Mitarbeiter*in nach Tätigkeit und/oder Vordienstzeiten richtig eingestuft ist.

Verein psychosoziale Aspekte der Humangenetik e.V.

Exkursion zur Gedenkstätte Pirna-Sonnenstein

13.09.-15.09.2019

Vom 13.09. bis 15.09.2019 findet erstmals eine Exkursion des VPAH e.V. statt. Diese führt zu einer häufig verdrängten Wurzel der Humangenetik nach Pirna/Dresden. In der Heilanstalt Pirna-Sonnenstein wurden nach 1933 psychisch kranke und geistig behinderte »erbkrankte Ballastexistenzen« zwangssterilisiert und einem langsamen Hungertod ausgesetzt. Später wurden im Rahmen der NS-»Euthanasie« dort mindestens 14.000 geistig behinderte oder verhaltensauffällige Menschen umgebracht. Wir wollen diese Gedenkstätte sowie das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden besuchen und uns mit Fachvorträgen über die Eugenik/Genetik im 3. Reich informieren. Die Teilnahme ist auch für Nichtmitglieder möglich. Zielgruppe sind alle Personen, die an humangenetischen Fragestellungen interessiert sind. (Medizinisches) Vorwissen ist nicht notwendig.

Bei Interesse bitte melden bei: vorstand@vpah.de

„Sparen mit der AUVA statt an der AUVA“

„... wurde die AUVA neuerlich Gegenstand der politischen Diskussion in Österreich. Anders als im Vorjahr – wo der AUVA sogar die Auflösung angedroht wurde – ist nun sogar von einer zusätzlichen Zuständigkeit – nämlich jener für die Pflege – die Rede.

Dies mag auf den ersten Blick positiv erscheinen, erweist sich bei näherem Hinsehen aber als überaus problematisch. Der Vorschlag, der präsentiert wurde, geht davon aus, dass in der AUVA unter Beibehaltung des geltenden Beitragssatzes genügend finanzielle Ressourcen frei wären bzw. frei zu machen wären, um zur Finanzierung der Pflege in Österreich beizutragen ...

... es kann nicht nachdrücklich genug gesagt werden, dass diese Darstellung schlicht und einfach falsch ist. Ein kurzer Blick auf das Budget der AUVA und seine Verwendung müsste eigentlich genügen, um zu erkennen, dass einer derartigen Behauptung jede reale Grundlage entbehrt.

... Die AUVA verfügt über ein Jahresbudget von knapp 1,5 Milliarden Euro. Davon sind 35% oder knapp 530 Millionen Euro alleine für die Rentenzahlungen aufzuwenden. Knapp 210 Millionen sind der Österreichischen Gesundheitskasse für deren Leistungen nach Unfallversicherungsfällen zu über-weisen und 125 Millionen Euro braucht die AUVA für die Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung an die Klein- und Mittelbetriebe. Das heißt im Klartext, rund 58% unserer gesamten Einnahmen sind wieder zur Auszahlung zu bringen, ohne dass noch eine einzige Mitarbeiterin oder ein einziger Mitarbeiter entlohnt oder irgendein Sachaufwand getätigt wurde. Das heißt, es stehen rund 625 Millionen Euro oder 42% der Einnahmen zu Verfügung, um alle sieben UKH-Standorte, die vier Rehabilitationszentren, die gesamte Prävention, die Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation, Körperersatzstücke und Hilfsmittel für unsere Versicherten, den Vertrauensärztlichen Dienst und noch einiges mehr zu finanzieren.

Tatsächlich müssen wir aufgrund der letzten Beitragssenkung, die mit 1.1.2019 in Kraft getreten ist, für das heurige Jahr bereits mit einem Bilanzverlust rechnen. Wo hier die freien Ressourcen gesehen werden, die für andere Aufgaben zur Verfügung stünden, bleibt ein Rätsel.

Wer also behauptet, die AUVA könne Mittel für Pflegefinanzierung freimachen, der soll auch sagen, was sie dann nicht mehr machen soll. Soll der Beitrag der AUVA zur Unfallversorgung in Österreich zurückgefahren oder eingestellt werden, sollen die RZ in Frage gestellt werden, oder möchte man die Prävention zurückstutzen – und damit die Sicherheit und Gesundheit der arbeitenden Menschen – eines unserer Kernanliegen – zur Disposition stellen. Diese Fragen stellen sich, und wer derartige Vorschläge macht, wird sich um die Antworten nicht herumdrücken können. Welches Torteneck steht zur Disposition?? (siehe Grafik umseitig, d. Red.)

... die Leistungen der AUVA sind unverzichtbar und sie dürfen nicht – dem Prinzip der Beliebigkeit und des Populismus folgend – in Frage gestellt werden, nur um sich einer ehrlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Pflege zu entziehen.

... Die AUVA hat in ihrem ureigensten Aufgabengebiet noch einiges zu leisten. Es gibt seriöse Schätzungen die besagen, dass in Österreich eine jährliche Dunkelziffer von rund 1.800 Krebstoten existiert, die auf die Arbeitswelt zurückzuführen sind. Viele dieser Krebserkrankungen davon wären sogar klassische Berufskrankheiten, aber die AUVA erfährt nichts von diesen Fällen. Hier Anstrengungen zur Bewusstseinsbildung zu unternehmen, in Prävention aber auch in die Entschädigung der Opfer zu investieren, wäre dringend geboten. Von einer dringend notwendigen Überarbeitung der BK-Liste oder dem großen Thema der berufsbedingten Erkrankungen ist dabei noch gar nicht die Rede. Die AUVA würde also in Wahrheit mehr Mittel benötigen, als ihr gegenwärtig zur Verfügung stehen.

Der ZBR der AUVA hat ein Konzept für die Weiterentwicklung der AUVA erarbeitet, das auf einem Ausbau unserer ureigensten Kompetenzen beruht. Dieses Konzept würde massive humanitäre Gewinne im Sinne von Sicherheit und Gesundheit für die Menschen in unserem Land bringen, es könnte aber auch eine intelligente Form des Sparens für das Gesundheits- und Sozialsystem sein – also Sparen mit der AUVA statt an der AUVA.

Es wäre schön, wenn sich die Politik ernsthaft mit den Ideen auseinandersetze, die in der AUVA unter Mitarbeit vieler Expertinnen und Experten entwickelt werden, und nicht ohne seriöse Grundlage Gelder verteilt, die nicht vorhanden sind bzw. die dringend gebraucht werden – nämlich für das bewährte System aus Prävention, Unfallheilbehandlung, umfassender Rehabilitation und finanzieller Entschädigung ...

... ich werde mich als ZBR-Vorsitzender immer und überall zu Wort melden, wenn in unsachlicher Weise Behauptungen und Vorschläge zur AUVA gemacht werden, egal von welcher politischen Gruppierung sie kommen.

Jede und jeder von Ihnen ist Meinungsbildnerin bzw. Meinungsbildner, und ich bitte Sie daher, im Rahmen Ihrer Möglichkeiten, das Gleiche zu tun.

Mit herzlichen Grüßen, Erik Lenz
ZBR-Vorsitzender der AUVA



pro  **Plattform:**
Keine Zerschlagung
der Sozialversicherung

Mit Gesundheit Kasse machen

Die Türkis-Blau Regierung hat 2018 die Gebietskrankenkassen (GKKs) zur „Österr. Gesundheitskasse“ (ÖGK) fusioniert und an die Wirtschaft verkauft. Wie? Indem sie ihr per Gesetz in den Gremien die Stimmenmehrheit über die Verwaltung der Gelder der Arbeiter und Angestellten gab. Damit wurde die Selbstverwaltung zur Fremdverwaltung. Neue Führungsebenen werden geschaffen (z.B. Fachbereichsleiter), die über die alten GKKs und die Bundesländer im Auftrag der ÖGK diktieren können. Ein Postenschacher gleich nach den Wahlen wird befürchtet. Die Beitragsprüfung wandert schon zum Finanzministerium. Die Frage, wie es mit den für die Versicherten so wichtigen GKK-eigenen Ambulatorien in der ÖGK-Struktur weitergeht, ist offen. Schon im Frühjahr 2017, vor Türkis-Blau, hat die Wirtschaftskammer, die jetzt die Mehrheit in der ÖGK hat, deren Privatisierung gefordert. Bis 2024 gehen ein Drittel der ÖGK-Mitarbeiter in Pension? Werden die nachbesetzt? Laut altem türkis-blauen Regierungsplan nicht. Die Wirtschaft will mit der „Gesundheitskasse“ (ÖGK) gesund Kasse machen.