

Albrecht Goeschel, Markus Steinmetz

Österreichs Regionalkrankenkassen sollen zerstört werden: Auf EU-Kommando und nach Merkel-Ideologie

Ablenkungsprogramm Flüchtlingsshow

Der Asylkonflikt zwischen der deutschen Kanzlerin Merkel und dem deutschen Innenminister Seehofer und ebenso die Asylkonfrontation zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union rauben der Öffentlichkeit die Aufmerksamkeit für Vorgänge und für Bestrebungen von viel größerer Tragweite.

Hierzu gehört neben der antirussischen Militarisierung auch die weitere Demontage der vormals überwiegend regionalautonomen und solidarischen Krankenkassen in den Kernländern der EU.

Von der deutschen „Gesundheitslinken“ unbemerkt und andernfalls wohl heimlich sogar gutgeheißen hat nun die neue konservativ-nationale Bundesregierung in Österreich ganz auf EU-Linie eine Liquidierung der österreichischen Regionalkrankenkassen zum Regierungsprogramm erklärt. Das Ziel ist eine Zentralisierung der österreichischen Bundesländer-Gebietskrankenkassen zu einer so genannten „Österreichischen Krankenkasse“ mit Sitz in Wien.(1) Damit würde Österreich im Windschatten der Flüchtlingskrise im Jahr 2018 nachholen, was in Deutschland im Windschatten der so genannten Wiedervereinigung im Jahr 1992 durchgesetzt worden ist: Die Eliminierung der regional-autonomen und solidarischen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen durch das damalige „Gesundheitsstrukturgesetz“.(2)

Dieses vom seinerzeitigen Kohl-Gesundheitsminister Horst Seehofer zusammen mit der Sozialdemokratie-Bundestagsfraktion durchgedrückte Gesetz bewirkte in den Folgejahren eine Transformation der kostendeckungsorientierten sozialen Krankenkassen in überschussorientierte konkurrierende Kassenkonzerne. Gekrönt wurde dieses Werk dann 2007 durch den zentralen „Gesundheitsfonds“(3), der die Finanzströme der Kassenkonzerne seitdem koordiniert. Diese endgültige Zentralisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands wurde während der ersten Kanzlerschaft von Angela Merkel wiederum von den Christlichen Parteien und der Sozialdemokratie, diesmal als Koalition, ins Werk gesetzt. Es handelt sich um einen der typischen Merkel-Kretins, bei dem neoliberale Konkurrenzpolitik und autoritäre Sparpolitik verschmolzen sind.

Eine Beseitigung seiner Regionalkrankenkassen war eine der ersten Forderungen der so genannten „Troika“ zur EU-Kolonisierung Griechenlands. In den Medien der deutschen „Gesundheitslinken“ findet man zur ebenfalls von der EU geforderten Zerstörung der österreichischen Regionalkrankenkassen dennoch weder Meldungen

-2-

noch Meinungen. Auch in den so genannten deutschen „Qualitätsmedien“ muss man einschlägige Meldungen mit der Lupe suchen.

Sozialdemokratische Vorarbeit

In der deutschen Gesundheitsdebatte ist es Gemeingut, dass die Sozialdemokratie die treibende Kraft bei der Ghettoisierung der Langzeitarbeitslosen (Hartz IV) war. Thema ist aber nicht, dass sie auch die Antreiberin bei der Liquidierung von 1200 autonomen solidarischen Regionalkrankenkassen AOK, BKK, IKK (GSG-Reform) gemacht hat. Und auch bei der aktuellen Eliminierung der Regionalkrankenkassen Österreichs waren hier nicht die Parteien der neuen Koalitionsregierung in Wien, die ÖVP und FPÖ, die Antreiber, sondern die zuvor in Koalition regierende österreichische Sozialdemokratie. Diese war es, die der EU bei ihren berüchtigten Strukturreformen folgte, bei denen Eingriffe in die Sozialen Krankenversicherungen eine zentrale Rolle spielen.

Es war der vormalige österreichische sozialdemokratische Sozialminister Alois Stöger, der den Anschlag auf den Sozialstaat der Alpenrepublik vorbereitet hat. Stöger hat bei der London School of Economics (LSE) ein „Gutachten“ (4) gekauft, das nunmehr von der FPÖ-Gesundheitsministerin Beate Hartinger-Klein als Legitimation für die Eliminierung der Regionalkrankenkassen berufen wird. (5)

Miserables Alibigutachten

Immer wieder wird in der Öffentlichkeit auf das schmutzige Gutachtengeschäft verwiesen, bei dem sich die Politiker und Regierungen von willigen „Wissenschaftlern“ Rechtfertigungstexte für gemeinschaftsschädliche Zustände und Vorhaben schreiben lassen. Das vom inzwischen abgelösten SPÖ-Sozialminister eingekaufte „LSE-Gutachten“ ist offenbar ein Paradebeispiel für diese Art von „Wissenschaft“. Es hat nicht nur die Unsumme von 630.000 Euro gekostet, ohne dafür wenigstens ins Deutsche übersetzt zu sein. Es täuscht auch auf geradezu pennälerhafte Art und Weise bei gähnender Leere „Viel Inhalt“ vor. Von den ca. 1400 Blättern dieses Werkes sind bald die Hälfte nichts weiter als Kopien der Antwortschreiben, die von den „Gutachtern“ bei österreichischen Einrichtungen, Verbänden etc. im Rahmen einer höchst dürftigen „Umfrage“ eingesammelt worden sind. Studierende, die eine Bachelorarbeit präsentieren, von der die Hälfte aus kopierten Notizzetteln besteht, werden von ihren Lehrenden bzw. Prüfenden wohl zu Recht nur ausgelacht. Der eigentliche Skandal dieses Gutachtens besteht aber darin, dass ein sozialdemokratischer Sozialminister sich Argumentationshilfe von einem weltweit als Brutstätte des Neoliberalismus berüchtigten Institut geholt hat.

Soweit es nun noch die letztendlich entscheidende Qualität der Ausarbeitung der London School of Economics betrifft, stellt der österreichische Gesundheitsökonom Ernest G. Pichlbauer in der Wiener Zeitung bereits im August 2017 diesbezüglich ein verheerendes Zeugnis aus:

„Die Rede ist von einer Studie der London School of Economics (LSE) im Auftrag des Sozialministeriums, die eine Handlungsanleitung zur Reform der Sozialversiche-

rung geben sollte. Nach der Lektüre einiger hundert Seiten stellt sich das Werk als Zusammenfassung bekannter Lehrmeinungen und Theorien ohne eigene Berechnungen dar – also ein Lehrbuch. Eine Studie, die helfen soll Entscheidungen zu treffen, ist es nicht – nicht nur wegen des Umfangs. Selbst dort, wo es Vorschläge gibt, bleibt es eine Aufzählung von dem, was die Lehre der Gesundheitssystemforschung anzubieten hat. Eine Bewertung der Vorschläge fehlt...“.

Ernest G. Pichlbauer, Wiener Zeitung, 31.8.2017

Vorbild Österreichische Regionalkrankenkassen

In der deutschen Gesundheitsdebatte tauchen die Regionalkrankenkassen Österreichs nur selten als eigentlich optimale Krankenkassenorganisation für „Marktwirtschaften“, d.h. kapitalistische Ökonomien mit industriewirtschaftlicher Tradition auf. Das österreichische Vorbild beinhaltet kostendeckungsorientierte Bundesländerkassen mit Risikoausgleich statt überschussinteressierte Kassenkonzerne mit staatlichem Gesundheitsfonds wie in Deutschland. Aber im Zusammenhang der Bildung der gegenwärtigen Großen Koalition in Berlin wurde das österreichische Vorbild erwähnt. Die SPD hatte im Vorfeld der Koalitionsverhandlungen eine „Bürgerversicherung“ gefordert. Aufmerksame Ökonomen hatten dazu angemerkt, dass eine derartige Umorganisation fundamentaler ansetzen müsse: Mit einer durchgängigen „Regionalisierung“ der Krankenkassenorganisation nach österreichischem Vorbild. Andernfalls diene eine Bürgerversicherung nur dazu, die exorbitanten Gesundheitskosten der Beamten aus den Staatshaushalten in die Arbeitnehmerkrankenkassen zu verlagern. (6)

Die Vorteile kostendeckungsorientierter Bundesländer- oder sonstiger Gebietskrankenkassen mit pflichtweiser Zugehörigkeit der überwiegenden Mehrheit aller Erwerbstätigen eines Raumes liegen auf der Hand. Durch den damit verbundenen Ausschluss von Beitrags- oder Leistungskonkurrenz um so genannte „Gute Risiken“ zu Lasten „Schlechter Risiken“ und die nachhaltige Re-Investierung eventueller Überschüsse in die Gesundheitsinfrastruktur sowie durch die Beitragszahlerselbstverwaltung verfügt diese Krankenkassenform über eine hohe Widerstandsfähigkeit gegen den internationalen Finanzmarkt.

1. Keine Chance für Spekulation

Im Gegensatz dazu hat die Politik in Deutschland den konkurrierenden Kassenkonzernen inzwischen sogar erlaubt, ihre gesetzlichen Rücklagen auf den internationalen Aktienmärkten anzulegen.(7) Infolge der Zentralisierung der Krankenkassen sind die Volumina ihrer Rücklagen enorm angestiegen. Infolge der Konkurrenz zwischen den Kassenkonzernen reduzieren diese systematisch ihre Leistungen, um Zusatzbeiträge zu vermeiden – auch hierdurch steigen die Überschüsse. Die seit einigen Jahren als Gegenmittel gegen die zerstörerische Exportdumping- und Austerity-Politik der Merkel-Koalitionen unumgängliche Niedrigzinspolitik der EZB bewirkt erhebliche Zinsverluste bei den Rücklagen der Kassenkonzerne. Dies hat der letzten Koalition aus Christlichen Parteien und Sozialdemokratie das Alibi geliefert, den Kassenkonzernen ab 2017 Aktienanlagen zu erlauben und sie damit für den Kapitalmarkt zu öffnen. Wäre es bei der bis zur Krankenkassenreform von 1992 bestehen-

den Regionalstruktur, vergleichbar mit derjenigen der Sparkassen und Raiffeisenbanken geblieben, hätte es weder Zinsprobleme in dieser Größenordnung gegeben noch die Regierung die Chance gehabt, nach der Rentenversicherung nun auch die Krankenversicherung zu kapitalisieren.

2. Keine Ausgrenzung der Pflegebedürftigkeit

Welten liegen auch beim Grad der Solidarität mit den schwächsten Mitmenschen, den Pflegebedürftigen, zwischen den österreichischen Regionalkassen und den deutschen Kassenkonzernen. Während in Österreich pflegebedürftige Mitglieder in ihrer Gebietskrankenkasse bleiben, haben in Deutschland die von Horst Seehofer ermöglichten Kassenkonzerne schon wenige Jahre später, 1994, den schlimmsten Entsolidarisierungsschlag, die Einrichtung einer „Gesetzlichen Pflegeversicherung“ durch Norbert Blüm erreicht. An diese Pflegekassen werden die Krankenkassenkonzerne ihre langjährigen Vollbeitragszahler los, wenn diese besonders leistungsbedürftig, d.h. pflegebedürftig werden. Im Unterschied zu den Krankenkassen bieten die Pflegekassen nicht Vollkaskoleistungen, sondern nur Teilkaskoleistungen.

Der entscheidende Antrieb für die Ausgliederung der Pflegebedürftigen in ein eigenes Versicherungs-Ghetto, vergleichbar nur mit der Ausgrenzung der Langzeitarbeitslosen ins Hartz IV-Ghetto, war auf Seiten der Kassenkonzerne die zwischen diesen durch die Krankenkassenreform von 1992 erzwungene Konkurrenz um „Gute Risiken“ – Pflegebedürftige gelten als das Gegenteil.

3. Keine Plünderung der Peripherie

Regionalkrankenkassen bieten zuletzt den Vorteil, dass sie solche Räume sichtbar werden lassen, die ökonomische, demografische oder epidemiologische Schwächen oder Überlastungen aufweisen. Diesen kann und muss dann in einem transparenten, demokratischen und solidarischen Ausgleichsverfahren Unterstützung durch die besser gestellten Regionalkassen oder den Staat gewährt werden. Letzteres ist schon wegen der hohen dienstleistungswirtschaftlichen und arbeitsmarktlichen Bedeutung der regionalen Gesundheitswirtschaften geboten.

Vor allem kann bei einer regionalen Aufgliederung der Finanzkreisläufe von Beitragsabschöpfung und Leistungsrückfluss wirksam darauf geachtet werden, dass vor allem die peripheren Regionen möglichst wenig Sozialfinanzmittel an die zentralen Regionen verlieren.

In Deutschland ist wegen des zentralen Gesundheitsfonds das Gegenteil der Fall. Durch den bundeseinheitlichen Beitragssatz für alle Krankenkassen werden periphere und stagnative oder rezessive Regionen im gleichen Masse abgeschöpft wie zentrale und prosperierende Regionen. Die von den Kassenkonzernen an die Gesundheitswirtschaften in den Regionen ausbezahlten Leistungsvergütungen, d.h. Rückflüsse von Beitragsfinanzen sind jedoch in den starken bzw. schwachen Regionen sehr ungleich. Der Besitz an Gesundheitswirtschaft in den prosperierenden Regionen ist meist deutlich höher als in den stagnativen oder rezessiven Regionen, in die daher weniger Beitragsfinanzen an Leistungserbringer zurückfließen können.

Im Endergebnis verteilt der zentrale „Gesundheitsfonds“ in Deutschland Krankenkassenmittel aus der Peripherie in die Zentren und Metropolen um. Der eigentliche Anlass für die Etablierung dieses raumordnungspolitisch und regionalwirtschaftlich ganz und gar dysfunktionalen „Gesundheitsfonds“ war die Absicht, zwar die Konkurrenz zwischen den Kassenkonzernen weiter zu steigern und damit weiter die Kosten zu senken, damit aber verbundene soziale Negativwirkungen abzumildern. Diese sind damit aber nur von den verschiedenen Kassenkonzernen und ihren eventuellen Zusatzbeiträgen zwischen die Regionen verschoben worden.

4. Keine Spaltung der Arbeitnehmerschaft

Das Grundübel der deutschen Krankenkassenorganisation, zutreffender gesagt der Krankenkassenorganisation West-Deutschlands, die nach dem Anschluss der Deutschen Demokratischen Republik auch dieser übergestülpt wurde, war die von den west-alliierten Besatzungsmächten und der Adenauer-Regierung betriebene Spaltung der Arbeitnehmerschaft in „Arbeiter“ und in „Angestellte“. Hierzu diente auch die Einrichtung und der Aufbau getrennter Sozialversicherungen für Arbeiter und für Angestellte. In der Krankenversicherung wurden regionale Krankenkassen (AOK, BKK, IKK) für Arbeiter und zentrale Krankenkassen (Ersatzkassen) für Angestellte eingerichtet. Hauptgrund für die Krankenkassenreform von 1992 war die mit dem Wachsen des Dienstleistungssektors verbundene Zunahme der Angestellten und damit des Anteils der zentralen Ersatzkassen an den Krankenversicherten. Die zunächst niedrigeren Beitragssätze und besseren Leistungen der Ersatzkassen gegenüber den von ihnen abgesonderten Regionalkassen konnten aus wahlpolitischen Gründen nicht in sachgerechten regionalen Gesamtkrankenkassen eingebunden werden. Die Christlichen Parteien ebenso wie die Sozialdemokratie wollten die Wahlstimmen der an ihren Kassenprivilegien festhaltenden Angestelltenschaft nicht riskieren. Eine Zentralisierung der regionalen Arbeiterkassen auf dem Schleichweg gesetzlich eröffneter Konkurrenz zwischen den Kassenarten war der scheinbar clevere Ausweg.

Dieser Konkurrenz zwischen den auf den Weg gebrachten Kassenkonzernen fiel dann prompt auch der bis dahin praktizierte Finanzausgleich zwischen allen Krankenkassen zum Opfer. Er hatte dazu gedient, die besonders kostenaufwendige Gesundheitsversorgung der Versicherten im Rentenalter als Gemeinschaftsaufgabe auch gemeinsam zu finanzieren. Die Krankenkassenreform von 1992 beseitigte diesen patientenbezogenen Finanzausgleich. Ein neuer Ausgleich, nun als „Risikostrukturausgleich“, wurde etabliert. Er diente aber nicht der Patientenversorgung, sondern der Erhaltung der als „gegliedert“ schöngeredeten gespaltenen Kassenarten bzw. ihrer konkurrierenden Konzerne. Der Risikoausgleich sollte vor allem die ungünstigeren Wettbewerbschancen der Regionalkassen gegenüber den Ersatzkassen ausgleichen und damit letztere aus dem politischen Schussfeld nehmen. Mittlerweile ist der später selbst reformierte Risikostrukturausgleich zu einem Tummelplatz von Täuschungsmanövern, Datenmanipulationen, Betrugsaffären etc. zwischen den Kassenkonzernen geworden und hat jegliche Glaubwürdigkeit verloren.

Regionalkrankenkassen wie diejenigen in Österreich können sich nicht wie die Kas-

senkonzerne in Deutschland sogar noch beim angeblichen Solidarausgleich Platzvorteile verschaffen – es gibt keine Konkurrenz von Kassenkonzernen um Krankenversicherungspflichtige mit unterschiedlichen Risiken, sondern die Gebietskrankenkassen sind zuständig für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in den jeweiligen Bundesländern unabhängig von deren Risiken.

5. Höhere „Wirtschaftlichkeit“

Zu den Glaubenssätzen und zur Stammtischwissenschaft der deutschen Gesundheitsdebatte gehört die Überzeugung, eine möglichst gnadenlose Konkurrenz zwischen möglichst großen Kassenkonzernen mit einem zentralen Koordinierungsfonds des Staates Sorge für eine höchstmögliche „Wirtschaftlichkeit“ von Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung. Dabei gilt der für gesetzliche Krankenversicherung und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung adäquate Wirtschaftlichkeitsbegriff als wissenschaftlich ungeklärt. (8) Für den sozial- und gesundheitspolitischen Interessenkampf wird „Wirtschaftlichkeit“ in der Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung gleichgesetzt mit „Beitragsatzstabilität“ oder besser noch Beitragsatzregression, d.h. möglichst niedrigen (Neben-)Lohnkosten.

Bleibt man boshafter Weise bei genau diesem „Wirtschaftlichkeitsbegriff“, den insbesondere die deutsche Sozialdemokratie zu ihrem Credo gemacht hat, dann müsste das Erstaunen über die österreichischen Krankenkassen ganz groß sein: Die Regionalkrankenkassen Österreichs haben einen einheitlichen Arbeitgeberbeitrag von 3,8 Prozent; die Kassenkonzerne Deutschlands haben hingegen einen einheitlichen Arbeitgeberbeitrag von 7,3 Prozent. Weiters haben die Regionalkrankenkassen Österreichs einen mittleren Arbeitnehmerbeitrag von 3,9 Prozent; die Kassenkonzerne Deutschlands haben hingegen einen einheitlichen Arbeitnehmerbeitrag von 7,3 Prozent. (9)

Nach den Dogmen der Gesundheitspolitik sind damit die österreichischen Regionalkrankenkassen eindeutig „wirtschaftlicher“ als die deutschen Konzernkrankenkassen.

6. EU-Krankenkassenimperialismus

Die politische Entwicklung der Krankenkassenstrukturen in der Europäischen Union hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten in drei Phasen vollzogen. In der Gründungsphase der späten 1950er Jahre wurden die nationalen Sozialordnungen, Sozialsicherungssysteme und insbesondere Sozialen Krankenversicherungen bzw. Nationalen Gesundheitsdienste als ausschließlich nationale Angelegenheiten respektiert. Lediglich Vereinbarungen über die wechselseitige Erbringung und Erstattung von Gesundheitsleistungen wurden getroffen.

Pluralistische Struktur nationaler Sozialordnungen

Dies galt weitgehend auch noch für die 1970er bis 1980er Jahre mit ihrer Süd-, West- und Norderweiterung der EU. In einer pluralistischen Struktur waren damals nebeneinander so unterschiedliche und gegensätzliche Krankenversicherungssys-

teme und Gesundheitssysteme tätig wie steuerfinanzierte Nationale Gesundheitsdienste einerseits und beitragsfinanzierte Soziale Krankenkassen andererseits. Steuerfinanzierte Nationale Gesundheitsdienste waren dabei erst nach dem Zweiten Weltkrieg in Großbritannien, Skandinavien, Mittel- und Osteuropa und Südeuropa eingeführt worden. Dementsprechend war es damals ausreichend, zwischen steuerfinanzierter und beitragsfinanzierter Gesundheitsversorgung zu unterscheiden. Jede Art von Harmonisierung wurde als überflüssig und abwegig betrachtet.

Sozialkolonisierung von Mitte und Osten Europas

Eine zweite Phase der Entwicklung begann mit dem Anschluss der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik an die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1990. Unter der Überschrift einer deutschen Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion okkupierten die konkurrierenden Krankenkassen Westdeutschlands regelrecht die Aufgabenfelder und Mitgliederbestände der vormaligen Einheitsversicherung der DDR, um im Vorfeld der anstehenden Krankenkassenreform noch möglichst hohe Geländegewinne zu erzielen. Bei dieser Art von Politik bestand keine Möglichkeit, die sich bietende Chance für eine Beseitigung der Kassenartenspaltung in Deutschland mittels einer durchgängigen Neuaufstellung der Sozialen Krankenversicherung in Form von „Regionalkrankenkassen“, etwa nach dem Vorbild Österreich, zu realisieren. Im Gegenteil: In Ostdeutschland wurden gezielt auch bei den noch regionalen AOKen Groß-AOKen aufgebaut, um Zentralisierungsdruck auf die meist kleineren AOKen in Westdeutschland auszuüben.

In den 1990er Jahren wurde dann der Zerfall der Sowjetunion, des Warschauer Paktes und des Rates für Gegenseitige Wirtschaftshilfe vorrangig vom vergrößerten Deutschland genutzt, um die vormals realsozialistischen Länder Mittel- und Osteuropas zum peripheriekapitalistischen Hinterland der deutschen Exportökonomie zu machen: Billige Arbeit, Zweigproduktion und Absatzmarkt. Dies geschah in der Form von Freihandelsabkommen der EU mit diesen Ländern und wurde durch eine massive Beratungsoffensive in diesen Ländern vorbereitet. Bei dieser Beratungsoffensive ging es darum, durch den Aufbau beitragsfinanzierter Sozialversicherungen, insbesondere auch Krankenkassen, diese Länder für eine Wirtschaftsweise reif zu machen, bei der die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung darauf angewiesen ist, ihre Arbeitskraft auf Arbeitsmärkten zu verkaufen. Auch das größte Land unter den genannten, Polen, hatte zunächst ein beitragsfinanziertes regionales Krankenkassensystem installiert. 2004 wurden diese Länder dann in die EU aufgenommen.

Regionalkrankenkassen als Korrektur des Maastricht-Korsett

In diesem Zeitabschnitt wurde auch die Europäische Währungsunion vorbereitet. Die im Maastricht-Vertrag festgelegten Kriterien für die Aufnahme von Mitgliedsländern setzten unter anderem enge Grenzen für die Staatsverschuldung. Zum Staatssaldo wurden auch die Über- oder Unterdeckungen der Sozialversicherungen, d.h. auch der Krankenkassen gezählt. Die steuerfinanzierten Gesundheitssysteme in Europa wurden durch die Euro-Kriterien direkt unter Spardruck gesetzt. Aber auch für die beitragsfinanzierten Krankenkassen erhöhte sich der Spardruck. Allerdings hatten die Regierungen gegenüber den beitragsfinanzierten Sozialversicherungen, insbe-

Sondere gegenüber autonomen Regionalkassen keine direkten Eingriffs- und Zugriffsmöglich. Das ist wohl auch ein Hauptgrund für die im Zuge des so genannten „Gesundheitsstrukturgesetzes“ von 1992 in die Wege geleitete Eliminierung von 1200 autonomen Regionalkrankenkassen in Deutschland

Allerdings ließen der „Transformationsschock“ in den vormals realsozialistischen Ländern der EU und das „Maastricht-Korsett“ der Euroeinführung es den Gremien und Apparaten der EU angezeigt erscheinen, danach nicht noch schärferen Zwang auszuüben. Das Mittel der Wahl, die EU-Länder möglichst freiwillig für eine Markunterwerfung und Sparpolitik im Gesundheitswesen und in der Krankenversicherung zu gewinnen, nannte sich „Offene Methode der Koordinierung“ – eine Art Wettbewerb um die Liebedienermedaille der EU.

Finanzkrise als Chance für Staatszugriff auf die Regionalkassen

Es war dann die 2008 auf Deutschland und Europa durchschlagende Finanz-, Banken und Budgetkrise, die Merkel-Deutschland als Vormacht und den Europaeliten die Chance bot, endlich direkt und offensiv, nicht mehr nur via „Koordinierung“ auf die nationalen Sozialordnungen und Sozialversicherungssysteme durchgreifen zu können. Banken- und Budgetrettungsprogramme wurden an harte so genannte „Strukturreformen“ insbesondere auch in den Krankenversicherungen und in der Gesundheitsversorgung geknüpft. Vom europäischen „Fiskalpakt“ waren insbesondere die Krankenversicherungen bzw. Gesundheitsdienste im EU-Süden betroffen. Zu welcher Menschenfeindlichkeit das Merkel-Schäuble geführte EU-Regime hier fähig war, zeigten die Brutalitäten nicht gegenüber den griechischen Steuer-Großhinterziehern, sondern gegenüber den griechischen Krankenhauspatienten und Kleinrentnern.

Deutschland hatte mit der Einrichtung des zentralen Gesundheitsfonds kurz vor Beginn der Krise und mit der Verankerung eines Verschuldungsverbots für den Bundes- und die Länderhaushalte, der so genannten „Schuldenbremse“, im Windschatten der auflaufenden Krise vorgemacht, wie durch funktionale Zentralisierung in Gestalt eines „Gesundheitsfonds“ auch beitragsfinanzierte Krankenkassen zur Schuldenvermeidung des Staatshaushaltes und zur Bankenrettung herangezogen werden können. Dementsprechend kam es in den Folgejahren zu den bekannten Zugriffen des damaligen Finanzministers Schäuble auf die mit Sparpolitik gegenüber den Versicherten und Kranken abgepressten Überschüsse der Kassenkonzerne bzw. des Gesundheitsfonds.(10)

Diejenigen europäischen Länder, die noch autonome Regionalkrankenkassen oder teilautonome Elemente in ihren Nationalen Gesundheitsdiensten hatten, wurden unter Ausnutzung der Krise massiv dazu gedrängt, diese zu zentralisieren. Nachdem insbesondere die Länder Mittel- und Osteuropas willfährig diesen Vorgaben gefolgt waren, hat sich im Laufe dieser Austerity-Politik wegen der schon seit Kriegsende zentralisierten Gesundheitsdienste Skandinaviens und Großbritanniens mittlerweile eine Mehrheit zentralisierter Gesundheitssysteme in Europa gebildet, die direktem Staatszugriff unterliegen.

Lediglich der Süden Europas, einschließlich des Alpenraumes, aber ohne Frankreich, zeigt noch starke Elemente von Regionalautonomie auch innerhalb Nationaler Gesundheitsdienste. Die von Griechenland erpresste Zentralisierung seiner Krankenkassen war und ist daher eine anhaltende Drohung des EU-Regimes gegen den gesamten EU-Süden.

Österreichische Regionalkrankenkassen als Provokation für die Merkel-EU

Dass die EU-Kommission im Rahmen des „Europäischen Semesters“ mit unzutreffenden Argumenten eine Zentralisierung der autonomen Regionalkrankenkassen Österreichs fordert, sollte als sozialpolitischer Angriff verstanden werden. Das EU-Regime und das dieses dominierende Merkel-Deutschland können kein Vorbild für eine regionale Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung dulden, die autonom, solidarisch und wirtschaftlich in einem Land funktioniert, das zu den starken und erfolgreichen Ökonomien in der EU und in der Welt gehört.

In diesem Zusammenhang erscheinen der für Österreich besonders belastende Willkommensputsch Merkels von 2015 und die seit Jahren durch den BND betriebene Ausspionierung Österreichs durchaus als Elemente einer feindseligen Gesamtstrategie. Die EU-Kommission diffamiert das vorbildliche Krankenkassensystem Österreichs dementsprechend wie folgt:

„Die hohe Zahl an Krankenversicherungsträgern deutet auf Potenzial für Effizienzgewinne hin. Österreich zählt derzeit 18 Krankenversicherungsträger, denen die Versicherungsnehmer auf der Grundlage ihres Wohnorts und Berufs zugewiesen werden... Im neuen Regierungsprogramm wurde eine Senkung der Zahl der Sozialversicherungen auf maximal fünf Träger angekündigt. Dies könnte dazu beitragen, die Kosteneffizienz, Transparenz und Gerechtigkeit des Systems zu verbessern“.

Europäische Kommission: 2018 European Semester: Country Reports
7.3.2018

Die große Mehrheit der Österreicher ist durch die 9 autonomen Regionalkrankenkassen versichert. Dass diese ausgeprägt solidarisch und hochgradig beitragsgünstig sind, wurde gezeigt. Die Argumente der Kosteneffizienz und der Gerechtigkeit sind also vorgeschobene Argumente. Durch die geforderte Zentralisierung der Regionalkrankenkassen würde die institutionelle und vor allem die regionalökonomische Transparenz gerade nicht gefördert, sondern geschmälert – wie das abschreckende Beispiel der Kassenkonzerne und des Gesundheitsfonds in Deutschland zeigen.

Kartographie: Die 9 Gebietskrankenkassen Österreichs



Grafik: Salzburger Gebietskrankenkasse

Quellen:

1)
Bundeskanzleramt (Hrsg.)
Für Österreich: Regierungsprogramm 2017 – 2022
Wien 2017

2)
Wikipedia:
Gesundheitsstrukturgesetz (1992)

3)
Wikipedia
Gesundheitsfonds (2007)

4)

London School of Economics and Political Science (Hrsg.)
Efficiency Review of Austria's Social Insurance und Healthcare System
London 2017

5)

https://www.otsat/presseaussendung/OTS_20180529_OTS0250

6)

TELEPOLIS , 26.1.2018. Albrecht Goeschel; Rudolf Martens; Markus Steinmetz,
Bürgerversicherung – Instrument der Sparpolitik

7)

<http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/krankenkassen>

21.5.2016

8)

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.)
Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland
Baden-Baden 1991, S.60 ff.

9)

<https://www.ess-europe.de/krankenvsicherung-in-oesterreich>

10)

<https://www.iwkoeln.de//presse/iw-nachrichten/beitrag/gesundheitsfonds>

Literatur:

Dreyer, Deborah; Strobach, Torge
Gesundheitliche Entwicklung der Bevölkerung ausgewählter Staaten
im Kontext der EU-Finanzkrise
Hrsg. Rektor der Hochschule Neubrandenburg
Neubrandenburg 2017

Goeschel, Albrecht
EU-Sozialpolitik: Formierung einer Klassengesellschaft
der billigen Arbeit
Bergkamen 2015

Goeschel, Albrecht; Martens, Rudolf
Gesundheitsfonds und Regionalpolitik
Hrsg. Accademia ed Istituto per la Ricerca Sociale
Verona 2013

Verspohl, Ines
Gesundheitspolitik durch die Hintertür: Der Einfluss der
EU auf das deutsche Gesundheitssystem
Hrsg. Friedrich Ebert Stiftung

Berlin 2011

Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.)
Währungsunion bricht Kassenmonopol
München 1999

Hixt, Lothar
Regionalisierung und Föderalisierung der
gesetzlichen Krankenversicherung
Frankfurt am Main 1996

Goeschel, Albrecht
Regionalisierte Krankenkassen als Leitbild
der gesetzlichen Krankenversicherung in einem
geeinten Deutschland

In:

Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.)
Harmonisierungsprobleme zwischen den Sozialversicherungen
beider deutscher Staaten
München 1990

Goeschel, Albrecht; Harms, Jens (Hrsg.)
Raumordnung und Sozialpolitik
Frankfurt am Main 1988