

Dr. jur. Helmut Platzer

ehem. Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern

Krankenkassenstrukturreform in Österreich

Anmerkungen mit dem Erfahrungshintergrund der Entwicklung in Deutschland

1. Vorbemerkungen	88
2. Ordnungspolitische Metaebene	90
2.1. Selbstverwaltete, „staatsferne“ Träger	90
2.2. Steuerfinanzierte Leistungsgesetze	91
2.3. Wettbewerbsmodell Wettbewerbsföderalismus	92
3. Ökonomische und administrative Ebene	95
3.1. Fusionsmotive	95
3.2. Betriebswirtschaftliche Effekte	97
3.3. Führung und Entscheidung	100
3.4. Risikomanagement	101
4. Zusammenfassung und Ausblick	102

Die österreichische Krankenversicherung ist ein bewährtes und anerkanntes System, das durch die angedachte Strukturreform in Frage gestellt wird. Dabei sind die erwünschten Effekte aus deutscher Sicht keinesfalls als sicher anzusehen, denn dort gemachte Erfahrungen in dieser Causa belegen eher das Gegenteil. Eine verbesserte Wirtschaftlichkeit bei steigender Versorgungsqualität für die Bevölkerung ließe sich zudem durch andere Maßnahmen mit wesentlich geringerem Risiko und höheren Erfolgsaussichten erreichen.

1. Vorbemerkungen

Ein Beitrag zur aktuellen Diskussion über eine Krankenkassenstrukturreform in Österreich aus deutscher Sicht wirft zunächst zwangsläufig die Frage nach der Legitimation eines solchen Beitrages auf.

Im Regierungsprogramm 2017–2022 (S. 114 ff.) kündigen die tragenden Parteien der neuen österreichischen Bundesregierung an, im Rahmen einer umfassenden Reform der Sozialversicherung eine Österreichische Krankenkasse (ÖKK) an Stelle der bestehenden selbstständigen Träger neu zu errichten. Erklärtes Ziel ist generell die Senkung von Verwaltungskosten und die Hebung von Synergieeffekten, konkret unter anderem durch Aufgabenbündelung, Gesamtvertrags-Verhandlungen, Regionale Zu- und Abschläge, Regionale Planung inkl. Stellenplanung und zentralen Versicherten- und Vertragspartnerservice. Am 22.5. wurde dies bei der Vorstellung der Regierungsziele durch den Kanzler noch einmal bestätigt, mit dem Hinweis, man mache keine Gesundheitsreform, sondern eine Struktur- und Verwaltungsreform.

Damit ist eine sehr tiefgreifende Auseinandersetzung vorprogrammiert, wird doch nach fast 130 Jahren ein überaus bewährtes System der Absicherung gegen das Lebensrisiko Krankheit im Rahmen einer Gesamtreform der sozialen Sicherungssysteme in Frage gestellt.

Die Ausgangssituation ist der in Deutschland durchaus sehr ähnlich. Beide Länder haben sich historisch in der Auseinandersetzung zwischen „Bismarck und Beveridge“ dezidiert entschieden und damit hoch anerkannte Erfolgsmodelle für die Daseinsvorsorge kreiert. In Deutschland entstand nun in den letzten 25 Jahren ein Erfahrungshintergrund, der alle Varianten der Umsteuerung mit dem Aufsetzpunkt Kassenorganisation einbezieht. Als Beispiel genannt seien die Wettbewerbsöffnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Neunzigerjahren des letzten Jahrhunderts, die Einführung eines ausgefeilten Finanzausgleichssystems und die Reduktion der Kassenanzahl zwischen 1995 und 2017 von knapp 1000 auf 113, davon alleine im AOK-System im gleichen Zeitraum von 92 (davon 39 in Bayern) auf verbliebene 11, nachdem 1995 bereits eine große Anzahl von ursprünglichen AOKen in Landes-AOKen aufgegangen war.

Auch die Idee einer weitergehenden Zentralisierung auf Bundesebene wurde intensiv vertreten und diskutiert und tendenziell sogar ansatzweise umgesetzt, z.B. durch die Schaffung eines GKV-Spitzenverbandes im Jahre 2007. Es bestehen also intensive Erfahrungen in beide Richtungen, sowohl im Umgang mit

unvermeidlichen Zusammenlegungen, insbesondere um im Kassenwettbewerb überhaupt bestehen zu können, als auch in der Abwehr von Zentralisierungs- und Verstaatlichungstendenzen, die das System nachhaltig gefährdet hätten, kurz in der Durch- und Umsetzung von Fusionen, wie auch in der Argumentation gegen diese.

Die letzten Fusionsprozesse im AOK-System, die der grundsätzlichen Neuaufstellung im Wettbewerb geschuldet waren, fanden 1995 statt, die späteren (AOK Rheinland Hamburg, AOK Plus, AOK Nordost, AOK Nordwest) folgten wie auch die in den anderen Kassenarten bereits einer anderen Rationale, darauf wird zurückzukommen sein.

Die „lessons learned“ aus dieser Historie liegen den folgenden Anmerkungen zu Grunde. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der spannenden Frage der systemsprengenden ordnungspolitischen Wirkungen des Vorhabens, die nur kurz angesprochen wird, sondern auf der Frage der betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Rationale hinter dieser Entscheidung der Politik.

Als Leitthese bietet sich an: Kassenzusammenlegungen lösen per se kein Problem, machen es aber eventuell unerkennbar – politisch kann dies durchaus Charme entfalten.

2. Ordnungspolitische Metaebene

2.1. Selbstverwaltete „staatsferne“ Träger

Selbstverwaltete „staatsferne“ Träger sind ein Wesensmerkmal der Krankenversicherung in Deutschland. Historisch haben bei der oft auf den griffigen Nenner gebrachten Entscheidung „Bismarck oder Beveridge“ Österreich und Deutschland sehr ähnliche Entscheidungen getroffen. Sie haben selbstverwaltete Krankenversicherungssysteme eingeführt, die im Wesentlichen aus Abgaben von Versicherten und Arbeitgebern finanziert werden. Daraus ist nicht zu schließen, dass sich die Staaten aus ihrer Verantwortung im Rahmen der Daseinsvorsorge zurückgezogen haben, sie haben insofern lediglich eine Delegationsvariante zu Gunsten mittelbarer Staatsverwaltung gewählt. In beiden Ländern ist deren Bestand verfassungsrechtlich abgesichert.

Drei Grundrichtungen haben sich dabei herausgebildet, nämlich regionale oder zentrale Einheitsversicherungen, betriebliche, berufliche und regionale Pflichtversicherungen (wie in Österreich) bzw. gegliederte Systeme mit freier Kassenwahl und freiem Wettbewerb (wie in Deutschland).

Demgegenüber beruht das Beveridgesystem auf staatlichen, aus Steuern finanzierten Versorgungsnetzen, zu denen alle Bewohner Zugang haben sollen. Neben dem Mutterland Großbritannien gehen in Europa vor allem die skandinavischen Länder sowie Italien und Spanien diesen Weg.

Gemeinsam haben alle „Bismarck-Varianten“, dass der Gesetzgeber der Selbstverwaltung wichtige Aufgaben übertragen hat, wie z.B. auch die Definition des Leistungsanspruchs und letztlich damit des versicherten Risikos. Da der Sozialversicherung innerhalb der gesetzlichen Grenzen alle haushalterischen Entscheidungen selbst überlassen sind, also auch die Finanzierung der Leistungen und die gesamte Mittelverwendung, besteht im Wesentlichen weder eine Abhängigkeit von alljährlichen fiskalischen Entscheidungen noch eine über die Rechtsaufsicht hinausgehende Überwachung. Der Staat hat keinen Zugriff auf die dort bewirtschafteten öffentlichen Mittel.

2.2. Steuerfinanzierte Leistungsgesetze

Während die Versicherten in den beitragsgestützten Systemen einen Leistungsanspruch haben, der durch Beitragsleistung erworben wird und auch weitestgehenden verfassungsrechtlichen Schutz genießt, setzen Ansprüche im steuerfinanzierten Leistungssystem grundsätzlich Bedürftigkeit voraus. (Hinweis: Dies muss nicht zwingend Wesensmerkmal steuerfinanzierter Leistungsgesetze sein.) Vor allem aber unterliegen die Leistungsversprechen stets einem permanenten Haushaltsvorbehalt, also der Gefahr von Kürzungen nach Kassenlage. Angesichts des hohen Anteils der Lohn- und Einkommensteuer tendieren sie im Übrigen deutlich zur im Wesentlichen eigenfinanzierten Arbeitnehmerversicherung. Dadurch wird die ohnehin auch im beitragsgestützten System problematische Bemessung der Leistungsfähigkeit als Parameter für den individuellen Anteil an der Finanzierung der solidarischen Sicherungssysteme angesichts der sinkenden Bedeutung der Lohnsummen noch einmal erschwert, bleiben doch andere Arten der Wertschöpfung außer Acht.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch festzuhalten, dass auch Übergangs- oder Zwischenlösungen, die zu einer größeren Zentralisierung und tendenziellen „Verstaatlichung“ im Rahmen eines Selbstverwaltungssystem führen, zu keiner Verbesserung, in welchem Sinne auch immer, geführt haben und führen können. Ein Beispiel dafür ist die Schaffung eines Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2007¹, der neben unterstützenden Aufgaben für die Träger nach § 217 f Abs. 2 nach dem dortigen Abs. 1 auch eigene gesetzlich zugewiesene Aufgaben erfüllt, vor allem aber nach Abs. 3 verbindliche Grundsatzentscheidungen trifft. Von größter Wichtigkeit ist allerdings die Rolle, die er als Vertretung der Krankenversicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss und als Verhandlungspartner der Leistungserbringer-Spitzenorganisationen bei der Vereinbarung von Rahmenregelungen innehat, die die Verhandlungspartner auf regionaler Ebene weitgehend präjudizieren und binden. Diese Parallele könnte bei der Bewertung des Vorhabens der österreichischen Bundesregierung von besonderer Bedeutung sein. Die Erfahrungen in Deutschland mit der Einschränkung der Verhandlungsfreiheit der ergebnisverantwortlichen Vertragspartner auf regionaler Ebene sind kritisch zu sehen. Nicht zuletzt sind schwierige gerichtliche Auseinandersetzungen bis in die dritte Instanz ein Ausfluss dieser Konstruktion.

¹ § 217 f SGB V; eingeführt durch das GKV-WSG. WSG steht für „Wettbewerbsstärkungsgesetz“

2.3. Wettbewerbsmodell Wettbewerbsföderalismus

Wettbewerbsföderalismus bezeichnet einen Diskussionsansatz, der in Deutschland seit den Neunzigerjahren nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber eben auch dort, die Weiterentwicklung der Idee des föderalen Staates stark mitgeprägt hat. Naturgemäß kamen die wesentlichen Impulse dafür insbesondere aus den Ländern, die für sich in Anspruch nahmen und nehmen, durch die Ausgleichsmechanismen unter den Ländern und in der Sozialversicherung besonders stark in Anspruch genommen zu werden. Normenkontrollanträge der Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen im Jahre 1998 hatten insbesondere die rechtlichen Aspekte in den Vordergrund gerückt (2 BvF 2-4/98). Aber auch die ökonomischen Konsequenzen wurden kontrovers diskutiert, insbesondere welche (Fehl-) Anreizwirkungen von der Intensität eines Wettbewerbs auf Länderebene ausgeht – bzw. von dessen Aufgabe.

In der gesetzlichen Krankenversicherung bestand dazu besonderer Klärungsbedarf, nachdem die Kassen seit 1993 in einen Wettbewerb ganz eigener Art gesandt worden waren. Einige der Besonderheiten dieses Wettbewerbs bestehen nach wie vor darin, dass dabei bundesweit agierende und regionale Träger (vor allem die AOKen) konkurrieren, die Rechtsaufsicht aufgeteilt ist zwischen einem Bundesversicherungsamt auf der einen Seite und den zuständigen Landesministerien auf der anderen Seite, ein überregionales Finanzausgleichssystem zur Absicherung des Wettbewerbs eingeführt und inzwischen vielfach weiterentwickelt wurde, seit 2007 ein GKV-Spitzenverband mit konkreten gesetzlichen Aufgaben besteht und es die Notwendigkeit gibt, im Vertragsgeschäft vielfach einheitlich und gemeinsam zu handeln, was dafür sorgt, dass die Diskussion um das Auseinanderfallen von Ergebnisverantwortung und Steuerungsmöglichkeiten – völlig zu Recht – nie nachgelassen hat.

Wesentliche Kriterien für einen funktionierenden Wettbewerb „anderer Art“ auf föderaler Basis sind

- eine entsprechende Adaption von Wettbewerbsverständnis und -gestaltung
- die Wahrung des Subsidiaritätsprinzips
- Solidarität im Sinne von Bestandsgarantie und Überforderungsvermeidung

Die Ausgangsthese ist schlicht: Wettbewerb ist ein optimales Ordnungsprinzip für jedes Wirtschaften, auch von an sich nicht oder atypisch konkurrierenden Körperschaften. Die leistungsfördernde Wirkung eines Aneinander-Messens von regionalen Trägern nach ihrem Geschäftserfolg ist offenkundig, auch wenn es letztlich um einen virtuellen Wettbewerb ohne Konkurrenz geht.

Erforderliche Instrumente zur Ermöglichung und Bewahrung dieses Wettbewerbs sind

- Handlungsfreiheit
- Leistungsprinzip
- Markttransparenz
- Adaption an spezifische Bedingungen

Stehen diese Elemente zur Verfügung, findet ein leistungsförderndes Messen aneinander, eine entsprechende Begleitung durch „den Kunden“ und ein hoher Druck auf politische Entscheidungen zur bestmöglichen Nutzung regionaler Potenziale statt. Daraus und aus dem Zwang zum „internen Lernen“ entsteht ein Maximum an volkswirtschaftlichem Nutzen durch maximale Leistungsanreize für die Teilstrukturen.

Die größte Gefahr für diese gewünschten Entwicklungen droht von den Fehlansätzen, die durch gewillkürte Ergebnisangleichung, insbesondere in finanzieller Hinsicht, ausgehen. Sie führen zu einem qualitätsgefährdenden Verzicht auf Reinvestitionen und zu fehlenden Anreizen für Verantwortungsträger „vor Ort“.

Mit Transparenz ist in diesem Zusammenhang nicht nur die Einsehbarkeit von Zusammenhängen, Daten und Fakten gemeint, sondern der Konnex von Verantwortlichkeit, Steuerungsmöglichkeiten und Finanzströmen.

Subsidiarität bezeichnet die optimale Aufgabenverteilung zwischen den Ebenen Bürger/Staat, aber auch Kommunen/Land/Bund/EU. Die föderalistische Aufgabenverteilung folgt dabei idealerweise auch der ökonomischen Rationalität. Wer Zuständigkeiten erhalten soll, richtet sich primär auch nach der Fähigkeit zur wirtschaftlichen Aufgabenerfüllung und objektiv bestehenden Rahmenbedingungen. Für die Krankenversicherung in Österreich ist dabei in besonderem Maße – und insofern deutlich bedeutsamer als im deutschen System – das Zusammenwirken im Bereich der stationären Versorgung zwischen Ländern, Kostenträgern und Leistungserbringern erfolgswirksam.

Solidarität kann nicht den Zweck verfolgen, unterschiedliche Ergebnisse zu verhindern; die Zurechnung von Erfolg und Misserfolg muss möglich bleiben.

Solidarität in diesem wohlverstandenen Sinne erfordert Verantwortungshierarchien, ausgehend von der Eigenverantwortung über einen solidarischen Ausgleich nicht zu verantwortender Defizite mit einer zu definierenden Obergrenze, einen Überforderungsschutz, wie ihn z.B. in Deutschland die Rechtsprechung mit einem Anspruch auf Behalt von 50 % erwirtschafteter Vorteile definiert, hin zu einer Schlussabsicherung in Form einer Bestandsgarantie nach Abwicklung eines gemeinsamen suffizienten Risikomanagements.

Hier gilt die Annahme, dass die Strukturpolitik in einem Land Versorgungsstrukturen und damit deren Erfolg oder Misserfolg beeinflusst, weshalb es angezeigt ist, dass ein Teil der Effekte und die Kontrolle dort verbleiben.

Festzuhalten wäre hier zur gegenständlichen Problematik, dass föderaler Wettbewerb die Wirkung von verantwortlichen Entscheidungen sichtbar macht, Leistungsanreize schafft, die Verantwortung für politische Entwicklungen sachgerecht zuordnet und bürgernahe Kontrolle und Einflussnahme ermöglicht. Der Wert dieser Wirkungen in einem System, das die üblichen Belohnungen und Sanktionen für wirtschaftliches und sachgerechtes Verhalten nicht abzubilden vermag, zeigt sich am deutlichsten, wenn man das Alternativszenario betrachtet: die Nivellierung von Erfolg und Misserfolg, Belohnung und Qualität. Der gänzliche Verzicht auf einen abstrakten, quasi virtuellen Wettbewerb unter den Kassen hätte eine schnelle Erosion der Qualität im Leistungsangebot der Kassen zur Folge, sei es in der Beratungs- und Betreuungsqualität, sei es im Wettstreit um überlegene Versorgungskonzepte. Dies gilt sogar nachweislich für die AOK-Gemeinschaft, die sich gerne auch als AOK-Familie versteht, was an vielen konkreten Beispielen deutlich wird. Genannt werden soll hier nur die unterschiedliche Vorgehensweise beim Abschluss von Selektivverträgen, der Priorisierung der Themen bei der Marktbearbeitung und im Vertrieb oder den ersten Umsetzungsschritten auf dem Weg zur Digitalisierung.²

2 Die Betrachtung der Fragestellung aus verfassungsrechtlicher Sicht, namentlich der österreichischen Verfassung -Art. 2 B-VG-, bleibt ausdrücklich zurückgestellt.

3. Ökonomische und administrative Ebene

3.1. Fusionsmotive

Fusionsmotive können im Wesentlichen vier Aspekte aufnehmen:

Sog. **Rettungsfusionen** sind im deutschen Recht ausdrücklich vorgesehen (§ 172 SGB V). Der Gesetzgeber war nach Einführung der Insolvenzfähigkeit der Kassen genötigt, Regelungen zu treffen, wie bei Zahlungsunfähigkeit oder Überschuldung einer Kasse vorzugehen wäre. Für diesen Fall ist vorgegeben, dass nach Durchlaufen einer Handlungskaskade die zuständige Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband die Vereinigung der Kasse mit einer anderen anordnen und durchsetzen kann. Aber auch unterhalb der gesetzlich angeordneten Eskalationsstufe kann dieses Fusionsmotiv tragen. Im AOK-System fanden nach 1996 drei kassenarteninterne Fusionen statt, die im Wesentlichen dadurch motiviert waren, dass in bestimmten Bereichen konkurrenzfähige Strukturen nicht mehr herzustellen waren und ursprünglich für die Überbrückung von prekären finanziellen und strukturellen Ausgangslagen gedachte Strukturhilfeflüsse zu „verlorenen Subventionen auf Dauer“ zu werden drohten.

Dieses Fusionsmotiv „Rettungsfusion“ ist aber unmittelbarer Ausfluss der besonderen Situation im deutschen Kassenwettbewerb und auf andere Ausgangslagen nicht übertragbar, kann also hier außer Betracht bleiben.

Das Motiv der **Stärkung der eigenen Position im Kassenwettbewerb** kann sich auf unterschiedliche Wettbewerbsparameter beziehen, wurde aber jedenfalls im deutschen System bereits herangezogen und umgesetzt. Die Ermöglichung eines wettbewerbsfähigeren Beitragssatzes ist ebenso als eher kurzfristiger Treiber denkbar, wie auch eine mittel- und langfristige Optimierung des Versichertenportfolios, so systemwidrig dies auch bewertet werden mag, angesichts der strikten Ablehnung aller Risikoselektionsbestrebungen.

Im Rahmen der Neukonstituierung der AOKen nach Statuierung des Wettbewerbssystems in den neunziger Jahren war im Grunde genommen diese Motivlage aufzunehmen. So wurde aus 39 bayerischen AOKen eine AOK Bayern, nicht als Antwort auf Zentralisierungswünsche, sondern aus der Notwendigkeit heraus, auf die völlig unterschiedliche Wettbewerbsfähigkeit der bestehenden Kassen zu

reagieren. Schon der Blick auf die Größenverhältnisse macht dies nachvollziehbar, waren doch die größten Kassen München oder Nürnberg etwa 30-fach größer als die kleinste in Lindau. Heute ist noch deutlicher als damals erkennbar, dass unter diesen Voraussetzungen keine einheitliche Wettbewerbsfähigkeit herstellbar gewesen wäre und zusätzliche Herausforderungen aus den letzten 20 Jahren zur unmittelbaren Überforderung vieler Kassen geführt hätte, man denke nur an die zusätzlichen Aufgaben, die der Gesetzgeber im Versicherteninteresse den Kassen stellt (etwa Behandlungsfehlermanagement oder Fehlverhaltensbekämpfung), die Bewirtschaftung des RSA oder auch die großen Herausforderungen an die IT, die heute als selbstverständlich gelten.

Erweiterte Handlungsmöglichkeiten im Verhandlungsgeschäft mit Vertragspartnern als weiteres denkbare Motiv sind zwar ein starker Treiber, müssen aber nicht unbedingt zu Fusionsvorhaben führen. Tatsache ist, dass das Vertragsgeschäft insbesondere dort, wo nicht „einheitlich und gemeinsam“ vorzugehen ist, wie auf jedem anderen Markt Größenvorteile kennt. Deren Erreichung kann allerdings, wie im AOK-System seit vielen Jahren erfolgreich praktiziert, auch über zielorientierte Formen der Kooperation sichergestellt werden. Herausragendes Beispiel ist die Umsetzung von § 130 a Abs.8 SGB V, Abschluss und Bewirtschaftung von Generika-Rabattverträgen.

An dieser Stelle wird ein wichtiger, stark risikobehafteter Themenkreis deutlich, dessen Bedeutung für die hier gegenständliche Problematik nicht unterschätzt werden sollte. Sowohl in den nationalen Wettbewerbsrechten als auch im europäischen Rechtskreis wird die Frage der Konsequenzen bestehender Regelungen für das Vertragsgeschäft gesetzlicher Krankenkassen immer wichtiger. Die spannende Frage, inwieweit der Wettbewerb von Kassen untereinander dadurch tangiert wird, kann hier ausgeblendet bleiben, für die Auseinandersetzung damit gibt die Situation in Österreich keinen Anlass. Allerdings kann die Betrachtung der Kostenträger in ihrer Eigenschaft als Nachfrager nicht unterbleiben. Die Privilegierung als Institutionen, wie auch aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgabe, erodiert seit Jahren. Immer nachdrücklicher wird die Auffassung vertreten, auf Krankenkassen seien die Kriterien des europäischen und der nationalen Kartellrechte uneingeschränkt anzuwenden, letztlich um die Leistungserbringer vor erheblichen Nachteilen zu schützen (vgl. z.B. Sodan u.a., Handbuch des KVRechts, § 14, Rdnr. 42, 44 ff). Der Verfasser sieht nach wie vor gute Gründe für die Privilegierung von Sozialversicherungsträgern, ohne dass dies hier auszuführen wäre. Die Relevanz der Diskussion für die hier gegenständliche Fragestellung ist allerdings offensichtlich. Bereits jetzt bestehen in der österreichischen Krankenversicherung sehr nachfragemächtige Institutionen, die allerdings regional begrenzte Märkte bearbeiten. Bei einer Zusammenfassung auf gesamtösterreichischer Ebene ent-

steht eine neue Situation, die zumindest dazu führen sollte, dass regionale Lose gebildet werden müssen, wenn z.B. Leistungen oder Waren ausgeschrieben werden. Stichworte wie „marktherrschende Stellung“ oder „diskriminierungsfreies Vorgehen“ werden in die Überlegungen Eingang finden müssen. Im österreichischen Kartellrecht spielt der Begriff der Marktherrschung eine doppelte Rolle, als Parameter für die Zulässigkeit von Zusammenschlüssen wie auch als Verbotstatbestand für den Missbrauch von Marktmacht, sowohl als Nachfrager als auch Anbieter.

Damit verpufft ein wichtiger, möglicherweise angestrebter Effekt einer Zentralisierung voraussichtlich folgenlos aufgrund von Restriktionen bei der Nutzung der entstandenen Konzentration als Nachfrager.

Synergieeffekte aufgrund einer Zusammenlegung von Organisationen sind sicher das klassische Motiv und die typische Erwartung von Fusions-Befürwortern, durchaus auch im öffentlich-rechtlichen Bereich. Die die Bundesregierung tragenden Parteien haben dazu eine klare These formuliert. Auf Seite 114 des Regierungsprogrammes heißt es *expressis verbis*: „Darüber hinaus müssen die sich aus der Struktur der derzeit bestehenden 22 Sozialversicherungsträger und ihrer Doppel- und Mehrgleisigkeiten ergebenden Verwaltungskosten gesenkt sowie Einsparungs- und Optimierungspotenziale gehoben werden, um aus den dadurch frei gewordenen Mitteln den Menschen einen Gesundheitsbonus und eine noch bessere Versorgung zu sichern. ...“

Im Folgenden soll versucht werden, die Belastbarkeit dieser Erwartungen an den Erfahrungen zu messen, die in den letzten Jahren im deutschen System aufgrund vergleichbarer Vorgänge zu sammeln waren.

3.2. Betriebswirtschaftliche Effekte

3.2.1. Transaktionsaufwände

In dieser Frage greift es zu kurz, betriebswirtschaftliche Effekte nur an Transaktionskosten messen zu wollen, deshalb werden hier Transaktionsaufwände in einem wesentlich weiteren Verständnis betrachtet. Auch die zeitliche Dimension darf nicht außer Acht gelassen werden. Kurz-, mittel- und langfristige Effekte einzelner Aufwände differieren stark, sodass eine Stichtagsbetrachtung zu einem bestimmten Zeitpunkt nach einer Fusion, zu dem das Kosten-Nutzen-Verhältnis ermittelt werden soll, schwerlich möglich ist.

Zur Illustration dieses Umstandes sollen einige wenige Beispiele dienen:

- Typische Transaktionsaufwände entstehen durch die externe Begleitung, die in der Regel erforderlich ist, um entsprechende Prozesse in einem überschaubaren Ablauf zu Ende zu bringen. Die Erfahrung zeigt, dass die „Eindringtiefe in die Organisation“ und die Umsetzungsgeschwindigkeit dabei erhöht werden können, während inhaltliche Beiträge externer Berater in der Regel nicht zu erwarten sind, da nur selten Expertise beigebracht werden kann, die beim Träger nicht auch mobilisierbar gewesen wäre. Diese Aufwände bestimmen vordergründig die (in der Regel sehr hohen) Honorare, aber darüber hinaus auch den hohen Input an Arbeitskraft, der selbst in die Projekte eingebracht werden muss. Auch erfordert die Situation über längere Zeit typischerweise verstärkte Anstrengungen, um zu verhindern, dass die Organisation sich nur noch mit sich selbst beschäftigt oder zumindest bei den Kunden dieser Anschein entsteht.
- Ein erhebliches, auch langfristiges Investment erfordert die Angleichung von Organisations- und vor allem Führungsstrukturen und die Herstellung eines einheitlichen Führungsverständnisses. Eigene Erfahrungen zeigen, dass über eine komplette Generation von Führungskräften hinweg ständige Begleitung und Projektarbeit erforderlich ist, mit der konkreten Gefahr retardierender Momente.
- Der vordergründig zu erwartende und auch populär verkäufliche Effekt des Einsparens von Top-Führungskräften wird je nach Größe der fusionierten Einheit nahezu bis überkompensiert durch die Notwendigkeit, die Beherrschbarkeit der Organisation durch Einziehen neuer Führungsebenen sicherzustellen. Dies gilt vor allem, wenn Zentralisierung eben nicht im lokalen Sinn verstanden werden soll. Ist das Ziel, trotz einer Fusion auf hoher Aggregationsebene eine Regionalstruktur weiter vorzuhalten, was in der Regel Kundeninteresse ist, sind hierarchische wie fachlich anleitende Ebenen zwangsläufig einzuziehen. Darauf wird im Folgenden noch näher eingegangen.
- Was die inhaltlich getriebenen Problemkreise angeht, sollten zunächst die Folgen für das Kerngeschäft bedacht werden. Die Überzeugung der Kunden, dass durch die Zentralisierung einer Organisation kein Nachteil für ihre Betreuung vor Ort entsteht, hat sich als aufwändiges Unterfangen erwiesen. Erfolgsfaktor ist häufig ein noch zu steigernder Aufwand für die Präsenz vor Ort, z.B. durch die Schaffung neuer Stützpunkte oder aufwendigere Beratungs- und Servicestrukturen. Der Verzicht darauf wird in der Regel kundenseits umgehend problematisiert.
Das zweite Standbein des Kerngeschäfts, die Bewirtschaftung der Vertragspartnerschaften, ist in der Regel an gewachsenen Regionalstrukturen orien-

tiert, die ggf. einer „disruptive innovation“ unterzogen werden müssen. Dies generiert nicht nur Widerstände, sondern führt vor allem auch dazu, dass regionale Besonderheiten immer mehr vernachlässigt werden; auf bereits unter 3.2. gegebene Hinweise wird nochmals Bezug genommen. Zu erwarten ist dabei, dass nicht nur die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern auch die Versorgungsqualität in Mitleidenschaft gezogen wird. Neben der bereits vorgenommenen rechtlichen Einordnung (s.o.) drängt sich dabei eine organisations-technische und ökonomische Problematisierung auf. Das Aufeinandertreffen von zentraler Trägerschaft auf Nachfragerseite und regionaler Strukturierung auf Leistungserbringerseite bedarf einer Reaktion. Entweder muss konsequenterweise auch eine bundesweite Aufstellung der Leistungserbringerververtretung erfolgen oder ein höchst komplexer Mechanismus installiert werden, um in zentralen Verhandlungen mit den dezentralen Verbänden ein Gesamtergebnis zu aggregieren.

- Noch deutlicher zeigt sich vor allem am Beispiel der IT-Unterstützung der Verwaltung ein immer wieder zu beobachtendes Phänomen, das Synergieerwartungen nicht nur reduziert, sondern häufig sogar widerlegt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass in der Regel über lange Jahre sehr unterschiedliche und stark in die individuelle Organisation eingewachsene Strukturen bestehen, die sowohl hardware- als auch softwareseitig auch noch durch in der Regel konkurrierende Anbieter mitgeprägt werden. Beobachtet wurden im Wesentlichen drei Reaktionsansätze darauf, die wie folgt kurz charakterisiert werden können: Häufig wird die unterschiedliche Ausstattung und Praxis stillschweigend fortgeführt, was die Fehleranfälligkeit und Steuerbarkeit und den Administrations-, Pflege- und Schulungsaufwand enorm steigert und das ohnehin anspruchsvollere Controlling der größeren Einheit belastet. Gelegentlich wurde unter dem Druck des Kampfes jeder einzelnen Einheit für das „eigene System“ jenseits der bestehenden Lösung eine neue $x + 1$ entwickelt, um nicht Sieger und Verlierer zu produzieren. Soweit der Kraftakt gelingt, eine der bestehenden Lösungen zu der künftig unternehmensweiten zu erklären, entsteht die Situation, dass in allen umzustuernden Einheiten quasi bei Null begonnen werden muss, was angesichts der jahrzehntelangen Prägung aller Einheiten durch IT-Systeme und der ersten Digitalisierungsansätze, die bereits auf den Weg gebracht sind, eine Herkulesaufgabe darstellt, gegen die mit gewaltigen Widerständen gerechnet werden muss.

3.2.2. Outcome

Die Erwartungen der Bundesregierung sind ausweislich des Regierungsprogrammes unmissverständlich. Es geht ihr um ein österreichweit gleiches Leistungsangebot, die Senkung von Verwaltungskosten und die Hebung von Einsparungs- und Optimierungspotenzialen, um dadurch frei werdende Mittel in noch bessere Versorgung zu investieren. Eine Festlegung auf eine starke Zentralisierung der Erfüllung der Aufgaben der Krankenkasse hat stattgefunden.

Die Frage, ob wirklich eine absolute Angleichung der Leistungsangebote und damit vice versa ein völliger Verzicht auf eine flexible Anpassung an regional unterschiedliche Bedarfslagen erstrebenswert sind, ist letztlich eine rein politische und kann hier außer Acht bleiben.

Die Senkung der Verwaltungskosten kann nach den oben geschilderten Erfahrungen in Zweifel gezogen werden, inwieweit jetzt zu erbringende Investitionen in den Zentralisierungsprozess rein rechnerisch jemals eine Refinanzierung erfahren werden, ist kaum zu beantworten, da langfristige Entwicklungen der Wirtschaftlichkeit großer Verwaltungseinheiten nie monokausal erklärbar sind. Gegenzurechnen sind aber jedenfalls auch die dargestellten Risiken hinsichtlich Versorgungsqualität, Betreuungsdichte und Kundenzufriedenheit.

3.3. Führung und Entscheidung

Ob die Voraussetzungen für das Führen einer großen Einheit und das Treffen schneller, sachgerechter und verantwortlicher Entscheidungen durch die jeweils richtige Entscheidungsebene durch die angedachten Maßnahmen verbessert werden, muss in Zweifel gezogen werden. Im deutschen System haben an vielen Stellen Schritte zu einer Zentralisierung und Quasi-Verstaatlichung stattgefunden, die eher nachteilig wirken. Im österreichischen System scheint derzeit ein einzelner, aber wesentlich weitergehender Schritt bevorzustehen. Ein wesentlicher Gesichtspunkt für dessen Bewertung muss die Erkenntnis sein, dass das Auseinanderentwickeln von Steuerungsmöglichkeiten, Ergebnisverantwortung und Nutzen von Benefit bei positiven Ergebnissen negativ wirkt. Die Diskussionen über die Verantwortung für Erfolg und Misserfolg von Maßnahmen, die nicht mit der Beteiligung am Entscheidungsprozess korreliert, die Neiddebatte über Fehlsteuerung zu Gunsten derer, die zum Ergebnis nicht adäquat beigetragen haben, oder das Gefühl der Basis, von den Führungskräften nicht mitgenommen zu werden, bestimmen die hier gegenständlichen Prozesse schmerzhaft.

In vielen aktuellen Veröffentlichungen werden derzeit das Ende der Hierarchien und das Erschrecken vor Komplexität beschworen, hier droht demgegenüber eine Rückwärtsbewegung.

3.4. Risikomanagement

Ganz aktuell geführt wird in Deutschland derzeit eine Diskussion über das richtige Risikomanagement in einem an sich gegliederten System der sozialen Sicherung, das am Ende eine systemische Gesamtverantwortung herbeiführt, sollte ein Träger in Probleme geraten. Es gilt eine Haftungskaskade ausgehend von der einzelnen Kasse über die Kassenart bis hin zum GKV-Spitzenverband und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Gesamtheit. Nachdem das österreichische System die wettbewerbliche Gliederung nicht kennt, allerdings derzeit noch regional aufgestellt ist, kann daraus kein unmittelbarer Schluss gezogen werden, es bietet sich aber an, zu betrachten, wie auf der mittleren Haftungsebene das AOK-System, als Gemeinschaft nicht konkurrierender regionaler Träger damit umgegangen ist. Schließlich wird eine Parallele durchaus ersichtlich, nämlich die, dass einzelne regionale Kassen in Österreich wesentlich größere Risiken zu bewältigen haben als andere, wenn es um spezifische, regional unterschiedliche Gegebenheiten geht. Eine Krankenhausszene in Wien unterscheidet sich von der in Vorarlberg, ein Engpass in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den ländlichen Gebieten muss mit der großstädtischen Situation wo auch immer nicht vergleichbar sein, und vieles mehr. Es greift nach unseren Erfahrungen zu kurz, dabei auf reinen Finanztransfer als Ausdruck gemeinsamen Risikomanagements zu setzen, auch wenn der RSA in Deutschland insofern von herausragender Bedeutung ist. Dies bedeutet allerdings nicht zwangsläufig, auf Vereinigungslösungen zu setzen. Sogar unterhalb der gesetzlichen Regelungsebene, im selbstregulierten Bereich der AOK-Gemeinschaft, gelingt es immer besser, durch klare Verantwortlichkeiten ein hohes Maß an Transparenz und die Bereitschaft zum gemeinsamen Kraftakt im pathologischen Fall mittels einer starken Gemeinschaft die individuelle Stabilität des einzelnen Mitglieds zu stärken.

Es ist zu raten, über ähnliche Mechanismen präventiven gemeinsamen Risikomanagements nachzudenken, bevor zu dem Mittel der gleichmacherischen Zusammenlegung gegriffen wird.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Als Fazit bieten sich zusammenfassend drei Aussagen an:

- Der Effekt der ins Auge gefassten Maßnahmen bleibt nicht im verwaltungsökonomischen oder organisationstechnischen Umfeld stehen, sondern tangiert die ordnungspolitische Grundausrichtung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb der sozialen Sicherungssysteme und möglicherweise darüber hinaus sogar die konstitutionelle Substanz.
- Die Rechtfertigung dafür in einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und einer steigenden Sicherungs- und Versorgungsqualität für die Bevölkerung zu sehen, lässt sich durch in Deutschland gemachte Erfahrungen nicht erhärten.
- Wichtige wünschenswerte Weiterentwicklungsziele für die österreichische Krankenversicherung lassen sich voraussichtlich auf anderem Weg risikoärmer und erfolgversprechender angehen.

Die angedachten Strukturreformen haben nicht den Charakter einer evolutionären Zukunftsplanung, sondern verändern bereits jetzt und noch stärker im Rahmen einer absehbaren weitergehenden, fast zwangsläufigen Folgeentwicklung die Grundlagen eines seit 130 Jahren bewährten und höchst anerkannten Systems. Im Rahmen einer politischen Güterabwägung ist dies vor allem gegenüber höchst zweifelhaften Synergieerwartungen einerseits und gegenüber einer absehbaren Gefährdung der Versorgungsqualität andererseits zu evaluieren.