DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Christoph Hermann:

- Obwohl es in der Gesundheitsversorgung in Europa eine Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichen Eigentumsformen gibt, ist diese eine öffentliche Dienstleistung. Das kommt v.a. im verpflichtenden Charakter der Versicherungssysteme zum Ausdruck
- Die wichtigste Triebkraft hinter der Veränderung der Gesundheitssysteme ist das Ziel der Kosteneinsparung. Privatisierung und Wettbewerb sollen Kosten senken. Realiter werden Kosten nicht gesenkt, sie verschwinden nur aus den öffentlichen Budgets
- Die Vielfalt der Veränderungen im Gesundheitswesen kann am besten mit dem Begriff „Ökonomisierung" erfasst werden. Ökonomisierung inkludiert die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen und die Anwendung von privaten Management- und Effizienzprinzipien
- Die wachsende Bedeutung privater Versicherungen hat zur Folge, dass finanzierende Institutionen zusehends als Käufer auftreten und medizinische Leistungen leistungsorientiert abgerechnet werden

Ines Hofbauer:

- In Österreich ist die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung pflichtversichert. Etwas mehr als ein Drittel der Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert. Insgesamt gesehen liegt Österreich bei den privaten Zuzahlungen im Spitzenfeld, sie decken bereits 28% der Gesundheitsausgaben ab
- Fast die Hälfte der Krankenhäuser ist öffentlich, 17% sind privat aber nicht-profit-orientiert und 19% sind private profit-orientierte Einrichtungen. Knapp 15% der Krankenhäuser werden von den Sozialversicherungen betrieben. Die Zahl der Krankenhäuser ist zwischen 1990 und 2003 um 15% gesunken, jene der Betten um 7,7%. Die privaten Krankenhäuser haben v.a. bei der Zahl der Betten zugelegt
- Die Gesundheitsreformen der letzten 15 Jahre zielten v.a. auf Kostensenkung. Kosteneinsparungen wurden v.a. durch Strukturreformen, zentrale Steuerung und eine bessere Auslastung realisiert. Ein leistungsorientiertes Abrechnungssystem wurde eingeführt. Die Einführung von Wettbewerb war die Ausnahme
- In Österreich wurde zwar mit Spitalsprivatisierungen experimentiert, viel öfter kam es aber zum Abschluss von Public Private Partnerships

Thorsten Schulten:

- In Deutschland waren 2004 nur noch 36% aller Krankenhäuser öffentlich (38% nicht-profit-orientiert und 26% privat). Gemessen an den Bettenzahlen und der Anzahl der Beschäftigten ist der öffentliche Teil allerdings noch der größte Bereich

- Deutschland ist das einzige Land in Europa, in dem es zu einer systematischen Privatisierung von öffentlichen Krankenhäusern gekommen ist. Prognosen zufolge wird der Anteil der privaten Krankenhäuser von 26% (2004) auf 40% im Jahr 2020 steigen
- Während sich private Investoren ursprünglich auf kleinere Krankenhäuser konzentriert haben, kam es in den letzten Jahren zu einer Reihe von Übernahmen von großen prestigeträchtigen Einrichtungen
- Es kam auch zu Übernahmen und Zusammenschlüssen unter privaten Krankenhausbetreibern, die zu Einsprüchen des Bundeskartellamtes führten, um eine Monopolstellung der einzelnen privaten Krankenhausbetreiber zu verhindern

Richard Pond:

- Mit der Schaffung des Nationalen Gesundheitsdiensts (NHS) nach dem 2. Weltkrieg wurde die Gesundheitsversorgung in Großbritannien öffentlich. Reformen seit 1980 veränderten den NHS und erhöhten den Anteil von privaten medizinischen Dienstleistungen
- Unter der konservativen Regierung in den 1980er und frühen 1990er Jahren wurde der interne Markt eingeführt: Krankenhäuser haben nicht länger ein fixes Budget, sondern konkurrieren um Aufträge von Bezirksgesundheitsbehörden. Die nachfolgende Labour-Regierung führte Krankenhaus-Trusts ein: diese blieben zwar nicht-profit-orientiert, sie sind jedoch für ihr Budget selbst verantwortlich und können durch kommerzielle Projekte Mittel lukrieren
- 2002 kündigte die Labour Regierung an, mehr medizinische Behandlungen an den privaten Gesundheitssektor zu vergeben
- Eine Besonderheit des britischen Gesundheitssystems ist die so genannte „Private Finance Initiative“. Dabei plant und baut ein privates Konsortium ein Krankenhaus und übernimmt die Reinigung und das Catering. Der Krankenhaus-Trust mietet dann die Einrichtung in 30-jährigen Verträgen. Allerdings erweist sich diese Art der Finanzierung zunehmend als teuer

Monica Andersson:

- Schweden hat ein steuer-finanziertes öffentliches Gesundheitssystem. Kommunen spielen eine wichtige Rolle bei der Finanzierung und Verwaltung der Einrichtungen. Seit Mitte der 1970er Jahre erhöht sich der Druck, Kosten einzusparen
- Um den Druck auf die Krankenhäuser zu erhöhen, wurde in einigen Bezirken die Leistungserbringung von der Finanzierung getrennt. Mehrere Kommunen und Bezirke schlossen sich zu Käuferorganisationen zusammen. Es wurden auch leistungsorientierte Kostenabrechnungsmodelle eingeführt
- Auch in Schweden wurden einige Krankenhäuser privatisiert. Nach dem sozialdemokratisch initiierten „Stopp-Gesetz“ (2002) durften jedoch keine Akutspitäler mehr verkauft werden. Seit dem Wahlsieg der Konservativen im Herbst 2006 ist der weitere Fortgang offen

Niko Stumpfögger:

- Deutschland hat bei der Privatisierung von Krankenhäusern im internationalen Vergleich eine Sonderstellung: in den vergangenen Jahren wurden in großem Umfang auch öffentliche Krankenhäuser aller Größen verkauft
- Der Verkauf von Krankenhäusern hat folgenreiche Wirkungen für die Beschäftigten: betriebswirtschaftliches Management setzt sich durch und bisherige ärztliche Leitungen werden entmachtet
- Personalabbau geschieht zumeist nicht durch Kündigungen sondern indirekt über Fluktuation, das Nichtverlängern befristeter Verträge, das vorzeitige Ausscheiden älterer Beschäftigter, Abfindungen usw.
- Arbeitsbedingungen und Löhne driften auseinander: (leitende) ÄrztInnen und SpezialistInnen werden tendenziell besser entlohnt, die Löhne bei Pflege- und medizinischen Assistenzberufen stagnieren bestenfalls; private Konzerne sind an keinen Flächentarifvertrag gebunden
- Ziel des gemeinsamen Lobbyings privater Konzerne ist es u.a., die marktwirtschaftlichen Regelungen im EU-Recht auf den Krankenhausmarkt anwendbar zu machen

Helmut Ivansits:

- Liberalisierung kann als Strategie zur Vermarktlichung des Gesundheitswesens definiert werden, die die Ebenen der Versicherung wie auch der Leistungserstellung erfassen kann; Voraussetzung der Liberalisierung ist die Privatisierung von Akteuren, ihre Folge meist die (Re)Privatisierung von individuellen Gesundheitskosten
- Das österreichische Gesundheitssystem ist eine Mischform aus staatlichen und privatwirtschaftlichen Elementen; es beruht auf dem Versicherungsprinzip und zielt auf einen einkommensunabhängigen Zugang zu benötigten Gesundheitsleistungen
- Die Forderung nach einer „Ökonomisierung“ des Gesundheitssystems wird immer häufiger erhoben. Sie hat ihre Berechtigung, solange darunter eine Verbesserung von Effektivität und Effizienz des Gesundheitssystems verstanden wird. Sie ist jedoch abzulehnen, wenn damit eine Politik der Privatisierung von Gesundheitskosten gemeint ist

Bernhard Rupp:

- Public-Private-Partnership (PPP) meint verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Stellen und Privatunternehmen zwecks Finanzierung, Bau, Renovierung oder Betrieb einer Infrastruktur oder die Bereitstellung einer Dienstleistung

- PPP hat in Österreich v.a. im Bereich der sozialen Dienste eine lange Tradition. Im Gesundheitssektor wird PPP v.a. angesichts wachsender Gebarungsprobleme als unverzichtbare und zunehmend auch als wünschenswerte Ergänzung gesehen
- Es ist jedoch zu bezweifeln, dass der Abgang der Spitäler respektive der öffentliche Finanzierungsbedarf durch PPP geringer wird. Hingegen ist zu befürchten, dass allfällige betriebswirtschaftliche Erfolge auf Kosten von Qualität und Arbeitsplätzen gehen und zur Spaltung der Belegschaft führen
- Im Regierungsprogramm 2007 ist erstmals die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für PPP vorgesehen

Peter Hoffmann:

- Human Factors im Spitalsbetrieb tragen wesentlich zur Versorgungsqualität und Sicherheit der PatientInnen bei. Dies gilt nicht nur für den OP-Bereich, sondern auch für die Versorgungs- und Pflegebereiche, deren Qualität für den anhaltenden Erfolg einer Operation von maßgeblicher Bedeutung sind
- Die Menschen arbeiten oft unter sehr belastenden Bedingungen: Personalmangel, Überstunden, überbordende Einsatzzeiten, fehlende Supervision und Training etc. führen zu Burnout-Syndrom, Krankenständen und damit auch zu einer Verschlechterung in der Betreuung und Versorgung von PatientInnen. Internationale Entwicklungen zeigen, dass Privatisierungen die diesbezüglichen Gefahren erheblich erhöhen
- Daher kann es nur oberstes Anliegen von ExpertInnen, dem Spitalsmanagement sowie Belegschaftsvertretungen sein, die Qualität der Human Factors zu stärken: dazu dienen arbeitsspezifische Gestaltungsmaßnahmen wie auch Maßnahmen, die die Fähigkeiten und Fertigkeiten der ArbeitnehmerInnen fördern und ausbauen

Helmut Ivansits:

- Europarechtlich gesehen fällt das Gesundheitswesen – mit einigen Ausnahmen hinsichtlich der Prävention – in die nationale Zuständigkeit
- Dennoch schlagen die primärrechtlichen Grundfreiheiten der EU auf die einzelstaatlichen Gesundheitssysteme durch. Auf dieser Grundlage hat der EuGH bereits mehrfach Einfluss auf innerstaatliche Regelungen genommen. Er hat in einigen Entscheidungen aber auch gegen nationale Sozialversicherungssysteme gerichtete Ansinnen negiert
- Bisher lehnt es der EuGH erfreulicherweise ab, aus dem EG-Vertrag die Notwendigkeit einer Liberalisierung sozialstaatlich organisierter Gesundheitssysteme abzuleiten. Er schützt damit die Sozialversicherung und staatliche Gesundheitssysteme vor einer Liberalisierung
- Der EuGH hat sich aber in mehreren Entscheidungen für eine Ausweitung der PatientInnenmobilität entschieden