**Christoph Hermann**

# DIE PRIVATISIERUNG VON GESUNDHEIT IN EUROPA[1]

## 1. EINLEITUNG

Obwohl Liberalisierung und Privatisierung im Gesundheitssektor im Sinne der Einführung von Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern und dem Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Investoren eher die Ausnahme darstellten, kann in den letzten Jahren in Europa eine übergreifende Tendenz zur Ökonomisierung des Gesundheitssektors festgestellt werden. In diesem Artikel werden die verschiedenen Formen und Entwicklungen, die zu dieser Ökonomisierung geführt haben, zusammengefasst. Der Artikel beginnt mit einem Abschnitt über die Entwicklung und die spezifischen Charakteristiken der öffentlichen Gesundheitsversorgung in Europa. Im nächsten Abschnitt werden dann die wesentlichen Triebkräfte, die hinter den gegenwärtigen Veränderungen stehen beschrieben. Im folgenden Teil gehe ich auf die konkreten Veränderungen ein. Dabei werden in jeweils eigenständigen Unterkapiteln jene zusammengefasst, die sich einerseits auf die Finanzierung und andererseits auf die Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen beziehen. Im letzteren Fall beschränke ich mich auf Veränderungen im Krankenhaussektor. Im Anschluss daran wird noch kurz die Herausbildung von privaten europäischen Gesundheitskonzernen beschrieben.

Eine generelle Schwierigkeit der Analyse des Gesundheitssektors bestand darin, zu unterscheiden, welche Entwicklungen als eine Form der Ökonomisierung interpretiert werden können und welche zu den allgemeinen Reformen des Gesundheitssektors zählen. Der Unterschied besteht meines Erachtens darin, dass Ökonomisierung mit Profitorientierung verbunden ist. Das kann sich mit Bemühungen überschneiden, die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen effizienter zu gestalten, muss es aber nicht. Wenn beispielsweise Spitäler Betten reduzieren und Dienstleistungen streichen, um Kosten zu sparen, heißt das nicht, dass dadurch die Versorgung effizienter wird.

## 2. DIE ENTWICKLUNG UND ROLLE DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EUROPA

In der Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung in Europa gab es immer schon eine Vielzahl von Institutionen und Akteuren. Manche davon waren öffentlicher, andere privater Natur. Zusätzlich verkompliziert wird die Situation dadurch, dass es in einer Reihe

[1] Dieser Artikel basiert einerseits auf einer Reihe von Forschungsberichten aus dem PIQUE Projekt (vgl. www.pique.at), andererseits auf Diskussionen, die im Rahmen des ebenfalls von der Europäischen Kommission im 6. Forschungsrahmenprogramm finanzierten Projektes „Privatisation and the European Social Model“ (PRESOM) geführt wurden. Mehr Informationen hiezu gibt es auf www.presom.eu. Der Autor dankt allen Beteiligten für die sehr hilfreichen Inputs. Die Verantwortung für den Text liegt allerdings bei ihm.



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

europäischer Länder wichtige Akteure im Gesundheitssektor gibt, die zwar privat sind, mit ihren Dienstleistungen aber keinen Profit machen. Dazu zählen beispielsweise die vielen kirchlichen Organisationen, die im Gesundheitssektor tätig sind. Aber auch im privaten profitorientierten Bereich gibt es Akteure, die mit ihren Tätigkeiten zwar ein anständiges Einkommen erzielen, deshalb aber noch lange nicht Profitmaximierer im klassischen Sinn darstellen. Dazu zählt etwa ein Großteil der niedergelassenen ÄrztInnen. Trotz des weiten Spektrums an Institutionen und Akteuren handelt es sich bei der Gesundheitsversorgung in Europa um eine öffentliche Dienstleistung. Hauptgründe dafür sind der verpflichtende und damit universale Charakter der Versicherungssysteme, die untergeordnete Rolle privater profitorientierter Versicherungen und die zentrale Rolle des Staates in der Planung und Kontrolle des Gesundheitssystems. Im Unterschied dazu haben fast 15% der Bevölkerung in den Vereinigten Staaten keine Gesundheitsversicherung und fast 75% jener, die eine Versicherung haben, sind privat versichert (vgl. Mills/Bhandari 2003).

Der universale Charakter der europäischen Gesundheitsversorgung hat zwei unterschiedliche Wurzeln, die in der Realität allerdings oft einen hybriden Charakter annehmen. Zum einen gibt es das Bismarck-Modell, das auf das 19. Jahrhundert zurückgeht und das auf verpflichtenden Abgaben beruht, die von den Löhnen abgezogen und in einen Fonds eingezahlt werden (vgl. Saltman/Dubois 2004, 23-4). Das zweite Modell ist nach Lord Beveridge benannt, dem Sozialreformer, der nach dem 2. Weltkrieg den modernen britischen Wohlfahrtsstaat konzipiert hat (vgl. Freeman 2000, 24). In diesem Fall werden die Kosten für die Gesundheitsversorgung aus Steuermitteln bezahlt, die vom Staat eingehoben wurden. Während das Bismarck-Modell hauptsächlich in Kontinentaleuropa zu finden ist, haben sich neben Großbritannien vor allem die nordischen Staaten und ein paar südeuropäische Länder für die steuerfinanzierte Lösung entschieden. Beiden Systemen gemeinsam ist, dass sie eine bestimmte Form der Umverteilung der Kosten beinhalten: Im Falle der Sozialversicherungssysteme steigen die Beiträge proportional zum Einkommen, wenn auch in manchen Ländern nur bis zu einer Obergrenze. Das hat zur Folge, dass BeitragszahlerInnen mit höheren Einkommen mehr Geld in den Versicherungsfonds einzahlen. Im steuerfinanzierten System ist es allgemein so, dass jene MitbürgerInnen mit höheren Einkommen höhere Steuern bezahlen und damit auch mehr zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung beitragen. Obwohl es schon im 18. Jahrhundert freiwillige Gesundheitsversicherungen gab, spielte der Staat eine entscheidende Rolle, indem er durch staatliche Regulierung sicherstellte, dass die Gesundheitsversorgung am Punkt der Erbringung für den Großteil der Bevölkerung kostenfrei war (auch wenn, wie im Falle vieler Sozialversicherungssysteme, die Versicherungen von autonomen Nicht-Regierungsorganisationen verwaltet wurden). Dieser Umstand hat manche AutorInnen dazu veranlasst, die Entwicklung als die Herausbildung des Gesundheitsversorgungsstaates zu beschreiben (vgl. Freeman/Moran 2000).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts haben die europäischen Staaten ihre Verantwortung für die Gesundheitsversorgung durch eine Reihe von Maßnahmen kontinuierlich erweitert. Dazu zählen etwa die Planung des Angebotes, die Finanzierung medizinischer Forschung, die Regulierung der Ausbildung medizinischer Berufe, die Einführung und Kontrolle medizinischer Standards und nicht zuletzt die Finanzierung der Gesundheitsversorgung (vgl. Maarse 2006, 982). Noch 1980 deckten private Gesundheitsversicherungen in zwölf EU-Mitgliedsländern im Durchschnitt nur 3,4% der Gesundheitsausgaben ab. Sogar in den Niederlanden, traditionell ein Land mit einem hohen Anteil an privater Gesundheitsfinanzierung, überstieg der private Anteil nicht mehr als 11% (vgl. André



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

2007, 6).[2] Die öffentlichen Gesundheitsausgaben stiegen in den Nachkriegsjahrzehnten kontinuierlich an. Das wurde aber solange nicht als ein Problem gesehen, solange das Bruttonationalprodukt mit derselben Geschwindigkeit zunahm.

Der Staat spielte nicht nur bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. In allen Ländern waren auch Teile des Krankenhaussektors in öffentlicher Hand. Oft wurden die Spitäler von Gemeinden oder Ländern geführt. In den Ländern mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen, d.h. in Großbritannien und den Staaten Nordeuropas, war der Krankenhaussektor fast ausschließlich öffentlich (vgl. Maarse 2006, 983). In Großbritannien beinhaltete die Schaffung des National Health Service (NHS; Nationaler Gesundheitsdienst) die Nationalisierung von 2.688 privaten Spitälern und Gemeindekrankenhäusern mit zusammen fast einer halben Million Betten. Dabei war die Nationalisierung die Folge davon, dass die Gesundheitsversorgung zuvor große Mängel aufwies. Länder mit bismarckschen Sozialversicherungssystemen haben traditionell einen hohen Anteil an privaten, aber nicht profitorientierten Trägern. Oft handelt es sich dabei um kirchliche Einrichtungen (in den Niederlanden stellen die Non-profit-Einrichtungen beispielsweise die Mehrheit der Krankenhäuser dar). In diesen Ländern haben immer schon öffentliche, nicht-profitorientierte und profitorientierte Einrichtungen nebeneinander existiert, aber die profitorientierten Anstalten spielten niemals eine dominante Rolle. Sogar in Frankreich, das als jenes Land mit dem größten Anteil an privaten Krankenanstalten in der Nachkriegszeit gilt, war immer nur eine Minderheit der Spitäler profitorientiert. Darüber hinaus waren auch die privaten Spitäler strenger staatlicher Kontrolle ausgesetzt.

## 3. TRIEBKRÄFTE DER REFORM DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Technologische und organisatorische Innovationen, Dezentralisierung, der Bedarf an neuen Qualifikationen und ein wachsendes Bewusstsein für Patientenrechte spielten alle zweifellos eine Rolle bei der Reform des Gesundheitssektors in den letzten Jahrzehnten. Die absolut wichtigste Triebkraft für Veränderungen war aber das Ziel der Kosteneindämmung. Alle europäischen Länder hatten Schwierigkeiten, die steigenden Gesundheitskosten nach dem Ende des langen Nachkriegsbooms zu finanzieren. Mit der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre überstiegen die Kosten, hervorgerufen durch die zunehmend teureren und immer schneller veraltenden Geräte und dem wachsenden Gesundheitsbedürfnis der Bevölkerung, die Zunahme des Bruttonationalproduktes. Als Folge musste ein immer größerer Teil der öffentlichen Budgets für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden (vgl. André 2007, 4). In mehreren Ländern folgte auf die Rezession ein Wechsel in der Regierung. Die neo-konservativen Parteien, die an die Macht gekommen waren, hatten ihren WählerInnen Steuersenkungen versprochen. Die Steuersenkungen waren Teil einer neoliberalen Agenda, die darauf abzielte, die Rolle des Staates in der Gesellschaft zurückzudrängen. Das wohl beste Beispiel dafür ist Margaret Thatcher in Großbritannien, moderatere Formen ökonomischer Austerität wurden aber auch in anderen Ländern eingeführt. Das Primat der ökonomischen Austerität

[2] Nicht enthalten ist in dieser Aufstellung Griechenland. In Griechenland ist der Anteil von nicht-öffentlichen Versicherungen traditionell recht hoch, da viele Beschäftigungsgruppen über eigene bzw. zusätzliche Versicherungen verfügten. Dabei handelte es sich aber nicht unbedingt um klassische private Versicherungen.

blieb in der Folge nicht nur auf einige wenige Nationalstaaten beschränkt, sondern wurde zu einem der zentralen Ziele der Europäischen Union und betraf vor allem jene Mitgliedsländer, die dem Wachstums- und Stabilitätspakt beigetreten waren. Letzterer beschränkt die jährliche Neuverschuldung der Länder auf maximal 3% des Bruttonationalproduktes (vgl. Hermann 2007).

Die Kombination aus Steuersenkungen und budgetärer Austerität führte zu einer Finanzierungskrise der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Dies betraf nicht nur die steuerfinanzierten Systeme, sondern auch die Länder mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen. Im letzteren Fall bezahlen die Gemeinden und Länder vielfach die Finanzierung der Spitalsinfrastruktur, während die laufenden Kosten von den Krankenkassen beglichen werden. Im föderalen Deutschland sind es folglich vor allem die Kommunen, die unter Druck stehen, Spitalsausgaben zu senken. Aber auch die Krankenkassen selber stehen unter Druck, weil die Einnahmen aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, der Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse (Teilzeitbeschäftigte, neue Selbständige etc.) und stagnierender Löhne sinken. Die Lohnquote (der Anteil von Löhnen am Bruttonationalprodukt) ist nicht nur in Österreich seit vielen Jahren rückläufig (vgl. Guger/Marterbauer/Walterskirchen 2007). In manchen Ländern wird daher über eine Ausdehnung der Finanzierungsgrundlage nachgedacht. Dies könnte einerseits dadurch erfolgen, dass die Höchstbeitragsgrundlage abgeschafft und nicht arbeitsbedingtes Einkommen in die Berechnung der Beiträge miteinbezogen wird; eine andere Variante wäre die Einführung einer Wertschöpfungsabgabe zur Finanzierung des Gesundheitssystems (ebenda). Nicht vergessen werden sollte in diesem Zusammenhang, dass die Finanzierungskrise zu einem guten Teil politisch geschaffen wurde. Folglich muss es auch eine politische Lösung für die Krise geben.

Eine zweite wesentliche Triebkraft für Veränderungen sind neben der Finanzierungskrise die multinationalen Gesundheitskonzerne. Trotz der Krise öffentlicher Budgets und der Kosteneindämmung wird erwartet, dass der Gesundheitssektor auch in Zukunft wächst. Was den Gesundheitssektor besonders interessant für private Investoren macht, ist das Fehlen eines zyklischen Charakters. Andere Sektoren leiden unter einem Rückgang in der Nachfrage, aber PatientInnen brauchen medizinische Versorgung ungeachtet von Konjunkturprognosen. Das macht den Gesundheitssektor zu einem vergleichsweise sicheren Terrain für Investitionen. Neben den multinationalen Unternehmen, die auf eine Liberalisierung des Gesundheitssektors drängen, gibt es aus diesem Grund auch zahlreiche lokale Unternehmen, die zusätzliche Investitionsmöglichkeiten suchen, um ihre konjunkturabhängigen Geschäftstätigkeiten auszugleichen. Dazu zählen etwa auch Bauunternehmen. Die zunehmende Bedeutung der Gesundheitsversorgung als profitabler Ort für Investitionen zeigt sich nicht zuletzt in der Tatsache, dass Gesundheit zu einem wichtigen Thema bei den WTO-Verhandlungen geworden ist. Während US-amerikanische Gesundheitskonzerne danach trachten, ihre Geschäftstätigkeiten nach Europa auszudehnen – nicht zuletzt, weil der Markt zuhause aufgrund des fehlenden Versicherungsschutzes beschränkt ist –, zeigen europäische Unternehmen ein starkes Interesse, ihre Operationen in den Entwicklungsländern zu intensivieren (vgl. Mosebach 2003).

In den öffentlichen Debatten gibt es eine Reihe von Argumenten für ein größeres Engagement privater Anbieter in der Gesundheitsversorgung. Das populärste Argument ist wohl, dass private Krankenanstalten effizienter wären und eine bessere Qualität der Versorgung bieten würden (vgl. Maarse 2006, 1003). Es steht außer Zweifel, dass das Management und die Arbeits-



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

organisation in öffentlichen Krankenhäusern nicht perfekt sind. Wichtige Quellen von Ineffizienzen sind die extrem hierarchische Struktur von Spitälern, die unüberwindbaren Grenzen zwischen den Berufsgruppen und die zahlreichen Ausdifferenzierungen innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen. Auch die Arbeitsorganisation und der Arbeitsfluss kann in vielen Fällen verbessert werden. Der wirklich große Kostenvorteil der privaten Krankenhausbetreiber besteht allerdings nicht in einer effizienteren Spitalsorganisation. Vielmehr besteht er einerseits im Nachholbedarf an Investitionen in öffentlichen Krankenhäusern und andererseits in den niedrigeren Löhnen und schlechteren Arbeitsbedingungen, die Beschäftigte in privaten Krankenanstalten in Kauf nehmen müssen. In Krankenhäusern machen die Arbeitskosten zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Gesamtkosten aus (vgl. Buchan/O'May 2002, 226). Dazu kommt noch ein höherer Grad an Outsourcing, inklusive des Outsourcings an Ausbildung und Training von medizinischem Personal, das stattdessen von den öffentlichen Anstalten abgeworben wird. Hinzu kommt die Spezialisierung auf vergleichsweise einfache und standardisierbare Behandlungen, während die Behandlung von komplexeren Fällen den öffentlichen Krankenhäusern überlassen wird. Das „Rosinenpicken" der Privaten führt dazu, dass die Effizienz der öffentlichen Krankenanstalten, die keine PatientInnen abweisen dürfen, noch weiter verschlechtert wird. Nicht zufällig sind viele private Spitäler oder Behandlungszentren in der Nähe von großen öffentlichen Krankenhäusern angesiedelt.

Ein weiteres Argument ist die vermeintlich positive Wirkung von Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung. Das trifft nicht nur auf jene Länder zu, in denen PatientInnen ÄrztInnen und Spitäler nicht frei wählen können, sondern auch auf jene, in denen öffentliche Versicherungen de facto eine Monopolstellung besitzen. Die Annahme ist, dass Wettbewerb die Versicherungsanbieter dazu zwingt, die Versicherungsleistungen zu verbessern und gleichzeitig die Prämien zu senken. In den Niederlanden wurde Wettbewerb zwischen verschiedenen öffentlichen Krankenkassen eingeführt, generell geht es aber darum, durch den Wettbewerb den Anteil der privaten Versicherungen zu erhöhen. Vergleiche zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen zeigen, dass der Aufwand für Administration bei den privaten wesentlich höher ist als bei den öffentlichen Versicherungen (vgl. Mossialos/Thomson 2004, 100). Daher stellt sich die Frage, wie private Versicherungen billigere und bessere Verträge anbieten können. Sie können das für bestimmte Personengruppen, indem sie die Prämien individuell anpassen und KlientInnen mit einem niedrigeren Gesundheitsrisiko günstigere Konditionen anbieten. Statistiken zeigen, dass Menschen mit höheren Einkommen gesünder sind. D.h. dass jene, die ohnehin besser verdienen, auch noch von niedrigeren Prämien profitieren.

Die Ausweitung privater Finanzierung ändert zwar nichts an den steigenden Gesundheitskosten, der Unterschied ist allerdings, dass die Kosten individuell getragen werden und daher nicht Maastricht-relevant sind. Nicht zuletzt deshalb wird mehr Wettbewerb in den Gesundheitssystemen von der Europäischen Kommission ausdrücklich begrüßt und vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) rechtlich zementiert (vgl. Lamping 2005). Hintergrund ist eine Reihe von Urteilen, in denen der EuGH PatientInnen Recht gab, die ihre öffentlichen Gesundheitsversorger klagten, weil diese nicht für die Kosten von im Ausland durchgeführten Operationen aufkommen wollten. Der EuGH stufte in seinen Urteilen Gesundheitsdienstleistungen als ökonomische Aktivitäten ein, die unter die Freiheit des Waren- und Dienstleistungsverkehrs fallen. Die Mitgliedsstaaten liefen dagegen Sturm, weil dadurch ihre Fähigkeit untergraben wird, die nationalen Gesundheitssysteme zu planen.

Ein weiteres Argument für eine größere Beteiligung privater Unternehmen in der Finanzierung

und Erbringung der Gesundheitsversorgung besagt, dass dadurch ein Teil der Risiken, die der Aufbau und die Aufrechterhaltung eines öffentlichen Gesundheitssystems mit sich bringen, auf die Privatwirtschaft abgewälzt werden könne. Dieses Argument ist besonders populär unter jenen GesundheitsexpertInnen, die sich für Private Public Partnerships (PPP) und Private Finance Initiatives (PFI) aussprechen. Im letzteren Fall werden neue Krankenhausbauten inklusive der Reinigung und des Sicherheitsdienstes von einem privaten Investor finanziert und vom öffentlichen Krankenhausbetreiber dann über 30 Jahre zurückgeleast. Kritiker haben Schwierigkeiten, den Risikotransfer zu entdecken, wenn die öffentliche Hand durch 30-jährige Verträge gebunden ist. Im Gegenteil, die Existenz solcher Verträge mache es sogar schwieriger, auf kurzfristige Veränderungen zu reagieren (etwa wenn kurzfristig die Bettenzahl ausgeweitet oder reduziert werden muss). Dazu kommt, dass die private Finanzierung in der Regel teurer ist als die Aufnahme öffentlicher Kredite und PFI-Projekte deshalb im Endeffekt mehr kosten, als wenn sie regulär finanziert worden wären (vgl. Hellowel/Pollock 2007; Shaoul et al. 2007). Eine ähnliche Argumentation besagt, dass öffentliche Spitäler von den Managementmethoden privater Krankenhäuser und von Outsourcing profitieren können. Während es stimmt, dass private Reinigungsfirmen billiger sind, weil sie niedrigere Löhne bezahlen, hat der öffentliche Sektor ausreichend Erfahrung in der Spitalsführung. Ein Austausch zwischen dem öffentlichen und dem privaten Sektor sollte auf Ebene des Managements stattfinden. Bis jetzt ist aber nicht bekannt, dass ein privates Spital sein Management an ein öffentliches Krankenhaus outgesourct hätte.

## 4. FORMEN VON PRIVATISIERUNG UND ÖKONOMISIERUNG

In der Privatisierungsliteratur machen AutorInnen oft einen Unterschied zwischen Liberalisierung und Privatisierung. Während Liberalisierung die Einführung von Wettbewerb, d.h. die Zulassung von mehr als einem Anbieter meint, beschreibt Privatisierung den Transfer von Unternehmensanteilen von einem öffentlichen zu einem privaten Eigentümer. In Wirklichkeit sind das aber nur zwei Extreme eines sehr komplexen und durchlässigen Prozesses, in dem die Natur und die Erbringung der öffentlichen Dienstleistungen verändert werden (vgl. McDonald/Ruiters 2006). Das ist in jenen Sektoren besonders augenscheinlich, die nicht nach normalen Marktprinzipien funktionieren oder wo die Einführung von Märkten und der Verkauf an private Investoren offensichtlich unerwünschte Effekte mit sich bringen. In diesen Fällen suchen BefürworterInnen von Liberalisierung und Privatisierung nach alternativen Methoden, um ähnliche Effekte zu erzielen. Der Gesundheitssektor ist ein klassisches Beispiel für eine solche Strategie. Es stimmt zwar, dass in manchen Ländern und Bereichen Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern simuliert wurde und öffentliche Spitäler an private Investoren verkauft wurden, aber bis jetzt machen diese Aktivitäten noch keinen allgemeinen Trend aus. Was wir stattdessen als gemeinsamen Trend in den verschiedenen nationalen Gesundheitssektoren in Europa beobachten können, ist eine Tendenz zur Ökonomisierung. Mit Ökonomisierung sind die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen und die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien gemeint (Effizienz wird mit Profitabilität gleichgesetzt). Aufgrund der eher unorthodoxen Methoden, mit denen der öffentliche Charakter der Gesundheitsversorgung verändert wird, unterscheidet sich der Gesundheitssektor von anderen öffentlichen Dienstleistungen durch die Mannigfaltigkeit an Formen und Maßnahmen, die im weiteren Sinne mit Privatisierung in Verbindung gebracht werden



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

können. Eine andere Besonderheit ist der duale Charakter der Transformation mit jeweils spezifischen Bündeln von Veränderungen in der Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung. Im folgenden Teil werden deshalb diese Veränderungen getrennt beschrieben.

## 4.1 Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Während in den 1990er Jahren die Gesamtausgaben für Gesundheit wieder stärker anstiegen – nach einer vorübergehenden Verlangsamung in den 1980er Jahren – ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den Gesamtausgaben im letzten Jahrzehnt weiter zurückgegangen. Unter den Ländern mit dem höchsten Rückgang sind Großbritannien, Schweden und Spanien. In Großbritannien und Schweden machten die öffentlichen Ausgaben 2001 aber immer noch 80% der Gesamtausgaben aus, während in Griechenland die öffentliche Hand nur noch für 53,1% der Gesamtausgaben aufkommt (vgl. André 2007, 5-6). Der relative Rückgang in den öffentlichen Gesundheitsausgaben fand gleichzeitig mit einer Zunahme der Bedeutung der privaten Versicherungen in der Finanzierung der Gesundheitsausgaben statt. Österreich stellt in dieser Hinsicht eine Ausnahme dar, weil hier die Reichweite der privaten Versicherung im letzten Jahrzehnt zurückgegangen ist. Besonders wichtig sind private Gesundheitsversicherungen heute in den Niederlanden, deren Anteil 2000 an der gesamten Gesundheitsfinanzierung 16,1% erreicht hat. Die Niederlande werden gefolgt von Frankreich (13%), Deutschland (8,3%), Irland (8%) und Österreich (7,3%) (ebenda).

Die Bedeutung von privaten Gesundheitsversicherungen ist in Ländern mit gesetzlichen Sozialversicherungen größer als in den steuerfinanzierten Systemen. Manche dieser Systeme schließen bestimmte Gruppen aus, die dann auf eine private Versicherung angewiesen sind, oder sie geben manchen Gruppen die Möglichkeit, zwischen öffentlicher und privater Versicherung zu wählen. In diesen Fällen funktioniert die private Versicherung als Ersatz für die öffentliche Versicherung (vgl. Mossalios/Thomson 2004). Die privaten Versicherungen sind allerdings öfter komplementär oder supplementär zu den öffentlichen Versicherungen, als dass sie diese ersetzen. Komplementäre Versicherungen decken Behandlungen ab, die im öffentlichen System nicht oder nur zum Teil bezahlt werden. Sie kommen u.a. auch für die Zuzahlungen auf. Im Gegensatz dazu begleichen supplementäre Versicherungen zusätzliche Kosten für mehr Auswahl oder eine bevorzugte Behandlung (ebenda). Die Verbreitung von substitutiven privaten Versicherungen ist noch begrenzt. Einen substanziellen Grad an Verbreitung erreichten sie 1999/2000 nur in den Niederlanden (24,7%), Deutschland (9%) und Belgien (7,1%). Auch supplementäre Versicherungen spielen bisher mit Ausnahme von Portugal (12%), Großbritannien (11,5%) und Griechenland (10%) nur eine marginale Rolle. Immer wichtiger werden in einer Reihe von Mitgliedsländern dagegen komplementäre Versicherungen. Dazu zählen Frankreich (85%), die Niederlande (mehr als 60%), Belgien (30-50%) und Irland (45%) (ebenda, 34).

Die wachsende Bedeutung von komplementären Gesundheitsversicherungen wird durch einen anderen wichtigen Trend angetrieben: Die Streichung von Behandlungen und Medikamenten aus dem Katalog der Dienstleistungen, die vom öffentlichen System bezahlt werden. Der klassische Fall ist die Zahnversorgung, die in vielen Ländern inzwischen zu einem großen Teil durch persönliche Zahlungen der PatientInnen finanziert wird. Tatsächlich ist die Reduktion des öffentlichen Anteils vor allem auf die Einführung und Erhöhung der Zuzahlungen



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

zurückzuführen. Diese Entwicklung kann in praktisch allen europäischen Gesundheitssystemen beobachtet werden und inkludiert direkte Zahlungen (Zahlungen für Güter und Dienstleistungen, die nicht von der Versicherung getragen werden), Zuzahlungen im eigentlichen Sinn (die Versicherten sind gezwungen, einen Teil der Kosten selber zu tragen; dies wird auch als Benützergebühr bezeichnet) und informelle Zahlungen für eine bevorzugte Behandlung. Dabei gibt es allerdings große Unterschiede in den Mitgliedsländern. Österreich gehört zu den Ländern mit einem besonders hohen Anteil an Zuzahlungen. 25-30% der Gesundheitsausgaben werden hierzulande aus persönlichen Mitteln beglichen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 76; Rümmele 2007, 36). Auch in den neuen Mitgliedsländern in Mittel- und Osteuropa stellen Zuzahlungen eine wichtige Einnahmequelle zur Finanzierung der Gesundheitskosten dar. Zusätzlich werden von PatientInnen auch immer öfter informelle Zahlungen erwartet, um einen schnellen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu erlangen (vgl. Kozek 2006, 1).

Neben dieser schleichenden Veränderung der Finanzierung wurde in manchen Ländern auch gezielt der Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsträgern erhöht. Das betrifft nicht nur den Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern, sondern auch zwischen öffentlichen Anbietern. In den Niederlanden hat die Regierung kürzlich eine Sozialversicherungsreform verabschiedet, die es den Versicherten erleichtert, zwischen verschiedenen Versicherungsanbietern auszuwählen oder den Versicherungsplan beim selben Versicherer zu wechseln (vgl. Maarse/Meulen 2006). Die Idee dahinter ist, dass sich die Versicherungen um KlientInnen bemühen müssen, was wiederum den KlientInnen zugute kommt, weil Versicherungen für geringere Beiträge mehr Leistung anbieten müssen, um ihren KlientInnenstamm zu halten oder auszuweiten. Als Konzession an die Versicherungen wurde ihnen erlaubt, exklusive Verträge mit bestimmten Krankenanstalten abzuschließen, um dadurch einen besseren Preis zu erzielen. Gleichzeitig wird dadurch aber die freie Wahl der PatientInnen eingeschränkt (ebenda, 39). Das Gesetz schreibt den Versicherungen vor, dass sie jede/n AntragstellerIn aufnehmen müssen und verbietet ihnen, unterschiedliche Prämien aufgrund von Alter oder Krankengeschichte zu verlangen. Das schließt aber nicht aus, dass Versicherungen auf lange Sicht Wege finden werden, um Verträge mit Angehörigen von Risikogruppen zu vermeiden (ebenda, 43). Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob die Versicherten die neue Wahlfreiheit annehmen und vor allem, ob die Versicherungsbeiträge tatsächlich sinken werden.

Während in den Ländern mit Sozialversicherungssystemen der Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsträgern zunimmt bzw. private Versicherungen ihren Marktanteil ausweiten, zeigt sich in den steuerfinanzierten Systemen ein Trend zu einer verstärkten Trennung zwischen der Finanzierung und der Erbringung der Gesundheitsversorgung. Ziel ist es einerseits, die Kontrolle über die Ausgaben zu verbessern und andererseits, die Autonomie und Verantwortlichkeit der Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen. Der Nachteil dieser Entwicklung ist, dass die finanzierenden Institutionen Wissen und Kontrolle darüber verlieren, wie genau die verschiedenen Behandlungen aussehen und welche Kosten sie tatsächlich verursachen (das ist auch der Grund, warum manche öffentlichen und privaten Versicherungen ihre eigenen Spitäler betreiben). Andererseits ermöglicht die Trennung von Finanzierung und Erbringung den finanzierenden Institutionen zusehends, als Käufer von Gesundheitsdienstleistungen aufzutreten. Dies wiederum erlaubt es ihnen, Druck auf die Krankenanstalten auszuüben, die nun plötzlich um Aufträge kämpfen müssen. Das war zumindest die Idee hinter der Einführung von NHS Trusts in Großbritannien. Inzwischen werden alle öffentlichen Krankenhäuser durch solche Trusts repräsentiert. Als solche erhalten sie kein von vornherein fixier-

tes Budget für Behandlungen, sondern sie müssen sich um Verträge von den vergebenden Institutionen bemühen. Dazu gehören Bezirksgesundheitsbehörden (District Health Authorities) und niedergelassene ÄrztInnen mit einem speziellen Status, die für ihre PatientInnen Behandlungen einkaufen können. D.h. Spitäler konkurrieren theoretisch um Aufträge für Operationen. Die Konkurrenz wird allerdings dadurch unterbunden, dass es in vielen Fällen einen Mangel and Kapazitäten gibt, der sich in langen Wartezeiten für nicht Notfall bedingte Eingriffe auswirkt.

Die NHS Trusts sind zwar Non-profit-Organisationen, aber es wird erwartet, „dass sie wie unabhängige Geschäfte geführt werden, mit einem Geschäftführer und einem Finanzdirektor, und sie müssen ihre Finanzen so managen, dass sie die Kosten decken und darüber hinaus eine jährliche Gebühr abwerfen, die an den Staat für die Verwendung seiner Kapitalanlagen geleistet wird, wie ein privates Unternehmen“ (Leys 2007, 1). Die Labour-Regierung, die seit 1997 das Land regiert, trieb die Autonomie der Trusts sogar noch weiter, indem sie ihnen die Möglichkeit gab, um einen Foundation Status anzusuchen. Foundation Trusts, wie sie jetzt genannt werden, sind nicht länger dem Gesundheitsministerium rechenschaftspflichtig, sondern nur mehr dem neu installierten Marktregulator. Foundation Trusts genießen darüber hinaus zusätzliche Freiheiten, Mittel zu lukrieren. Dazu zählen auch die Gründung von kommerziellen Tochterunternehmen oder die Beteiligung an kommerziellen Projekten, der Verkauf von Land und Eigentum, die Aufnahme von Krediten bei privaten Kreditinstituten und der Verleih von Personal an private Firmen. Das hat einen nachhaltigen Effekt auf die Organisation der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Bis Oktober 2006 wurden 52 Foundation Trusts bewilligt (vgl. Pond 2006, 9-10; siehe auch in diesem Heft; Pollock 2004).

Während die Etablierung von NHS Trusts und Foundation Trusts ein spezifisches Merkmal des britischen Gesundheitssystems ist, gibt es die Trennung zwischen Dienstleistungskäufer und Verkäufer auch in anderen steuerfinanzierten Systemen. In Schweden haben beispielsweise regionale Verwaltungsräte bereits Anfang der 1990er Jahre auf kommunaler und regionaler Ebene spezielle Käuferorganisationen gegründet, um die lokalen Krankenhäuser zu finanzieren (vgl. Andersson 2006, 22; siehe auch in diesem Heft). Gleichzeitig mit der Trennung kam es auch zu einer Tendenz, öffentliche Krankenhäuser in privatrechtliche Unternehmen umzuwandeln. Dieser Trend kann auch in Ländern mit gesetzlichen Sozialversicherungen beobachtet werden. Die Überführung in privatrechtliche Unternehmen hat einerseits die Herausbildung größerer Krankenhausverbünde erleichtert. Andererseits begünstigte sie auch das Engagement von privaten Partnern und in manchen Fällen sogar den Verkauf der Krankenhäuser an private Investoren.

Im Zusammenhang mit der Trennung von Finanzierung und Erbringung der Gesundheitsversorgung wurde auch das System der Finanzierung geändert. Spitäler erhalten Gesamtbudgets für die Erhaltung der Infrastruktur und Investitionen anstelle einer automatischen Abdeckung der Kosten. Gleichzeitig werden Kosten für Behandlungen nicht mehr länger auf Basis der im Krankenhaus verbrachten Tage berechnet, sondern auf einem neuen System, das für jede Behandlung einen bestimmten Betrag vorsieht, der je nach Spital geringfügig variieren kann, aber unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer ist. Diese Art der Abgeltung wurde in den USA entwickelt und wird Diagnosis Related Groups (DRG) System genannt. DRG-Systeme sollen einen speziellen Anreiz für Spitäler schaffen, die Effizienz zu erhöhen. Während im früheren System tatsächlich ein Anreiz für Krankenhäuser bestand, PatientInnen so lange wie möglich im Haus zu behalten, haben die Spitäler jetzt ein großes

Interesse daran, PatientInnen so früh wie möglich in die ambulante Betreuung zu entlassen, was die Gefahr in sich birgt, dass sie zu früh entlassen werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, obwohl sie nicht notwendigerweise eine Verschiebung von einem öffentlichen zu einem privaten System beinhalten, die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung in Europa erbracht wird, grundsätzlich verändert hat. Thorsten Schulten (2006, 14; siehe auch in diesem Heft) fasst den deutschen Fall wie folgt zusammen: „Die Veränderungen im Krankenhausfinanzierungssystem waren dazu gedacht, die Krankenhäuser einem beachtlichen Rationalisierungsdruck auszusetzen, um effizientere und billigere Gesundheitsdienstleistungen anbieten zu können. Tatsächlich traten die neuen Formen der Krankenhausfinanzierung einen weitgehenden Restrukturierungsprozess im deutschen Spitalsektor los, deren offensichtlichste Resultate die Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten war … die Verkürzung des durchschnittlichen Krankenhausaufenhaltes und die Privatisierung von öffentlichen Krankenhäusern."

## 4.2 Veränderungen in der Erbringung der Gesundheitsversorgung

Die Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung hatten einen nachhaltigen Effekt auf die Art und Weise, wie Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden. Die Konsequenzen waren aber nicht überall die gleichen. In einer Reihe von Ländern führte das Ziel der Kostenkontrolle zu einer Welle von Dezentralisierungen. Die Krankenhäuser wurden unabhängiger, gleichzeitig übernahmen sie aber auch mehr Verantwortung, die zusehends begrenzten Mittel zu verwalten. Dezentralisierung war beispielsweise Inhalt mehrerer aufeinander folgender Gesundheitsreformen in Großbritannien und Schweden. In anderen Ländern wiederum hatte der Druck zur Rationalisierung genau den gegenteiligen Effekt. Hier wurden kleinere Spitäler in größere Krankenhäuser integriert oder in Krankenhausketten zusammengefasst. Diese Strategie wurde unter anderem in Österreich und Belgien verfolgt (vgl. Hofbauer in diesem Heft; Verhoest/Sys 2006). Während in Österreich die Länder gemeindeeigene Spitäler übernommen haben, führte in Belgien die Konzentration unter anderem zu Fusionen zwischen öffentlichen und privaten nicht-profitorientierten Krankenhäusern (vgl. Maarse 2006, 995).

Die radikalste Form der Privatisierung in der Erbringung der Gesundheitsversorgung ist der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern. Eine Reihe von Ländern experimentierte mit Spitalsprivatisierungen. In Schweden wurde beispielsweise das Sankt Görans Krankenhaus in Stockholm 1999 privatisiert, nachdem es 1994 in ein unabhängiges privatrechtliches Unternehmen umgewandelt worden war. Sankt Görans ist eines der ältesten Krankenhäuser in Stockholm mit rund 1.500 Beschäftigten. Seit der Privatisierung ist es im Besitz des schwedischen Gesundheitskonzerns Capio. Neben Sankt Görans wurde eine Reihe von Spitälern, die meisten davon im Raum Stockholm, ebenfalls in unabhängige privatrechtliche Unternehmen überführt, ursprünglich um sie später zu veräußern. Mit der Verabschiedung des sozialdemokratisch initiierten „Stopp Gesetzes" von 2002 dürfen aber keine neuen Notfallkrankenhäuser mehr an kommerzielle profitorientierte Unternehmen verkauft werden (vgl. Andersson 2006, 8; siehe auch in diesem Heft). Seit der Wahl einer konservativen Regierung im Herbst 2006 ist allerdings unklar, wie es mit der Spitalsprivatisierung in Schweden weitergehen wird. In Österreich gibt es bisher zwei Fälle, in denen öffentliche Krankenhäuser an private Investoren verkauft wurden. Unter den Käufern war auch die deutsche Helios Gruppe. Eines davon,



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

das Krankenhaus in Kitzbühel, wurde allerdings wieder in öffentlichen Besitz rückgeführt und dann geschlossen (vgl. Hofbauer 2006, 15; siehe auch in diesem Heft; Rümmele 2007, 40).

Während eine Reihe von Ländern mit Spitalsprivatisierungen experimentiert hat, ist Deutschland das einzige Land in Europa, wo der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern systematisch und im groß angelegten Stil erfolgte (vgl. Maarse 2006, 996). Zwischen 1991 und 2004 stieg der Anteil der privaten Krankenhäuser in Deutschland von 14,8% auf 25,4%. Umgekehrt fiel der Anteil der öffentlichen Spitäler von 46% auf 36%. Der Anteil der non-profit Einrichtungen veränderte sich dagegen nur unwesentlich (vgl. Schulten 2006, 4-6; siehe auch in diesem Heft). Gemessen an der Bettenzahl fällt noch knapp mehr als die Hälfte der Gesamtkapazität in den öffentlichen Bereich und fast 60% aller Beschäftigten im Krankenhaussektor arbeiten in einem öffentlichen Spital. Der Grund dafür ist, dass die privaten Spitäler eher klein sind. 82% der privaten Krankenhäuser haben weniger als 200 Betten und 63% weniger als 100 (ebenda). Während sich aber private Investoren ursprünglich auf kleinere Krankenhäuser konzentriert haben, erfolgte gerade in den letzten Jahren eine Reihe von Übernahmen von großen und prestigeträchtigen Kliniken. Dazu zählen etwa die Krankenhäuser der Stadt Hamburg mit zusammen 5.688 Betten und die Universitätsklinik Marburg-Gießen (ebenda). Untersuchungen gehen davon aus, dass die Privatisierungswelle in Deutschland auch in Zukunft weitergehen wird. Studien schätzen, dass bis zum Jahr 2020 der Anteil der privaten Krankenhäuser in Deutschland auf 40% bis 50% steigen wird (ebenda).

Neben dem Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Investoren gab es in manchen Ländern auch eine Zunahme an neu errichteten privaten Krankenhäusern. Diese Spitäler behandeln zum Teil nur PatientInnen mit Privatversicherungen. Dadurch ist ihr Marktanteil begrenzt. In den neuen Mitgliedsländern in Mittel- und Zentraleuropa gibt es dennoch einen Trend zum Bau von privaten Krankenhäusern für PrivatpatientInnen. In Polen beherbergen Privatkliniken zwar nur 5% der gesamten Bettenzahl, aber ihre Zahl hat sich in wenigen Jahren verdoppelt und allein im Raum Warschau gibt es Pläne für den Bau von fünf neuen Privatkrankenhäusern (vgl. Kozek 2006, 8-9).

Im Zusammenhang mit der Kosteneindämmung gab es in mehreren Ländern auch eine Reihe von Krankenhausschließungen. Die konservative Regierung, die 1979 die Wahlen in Großbritannien gewonnen hatte, machte sich unverzüglich daran, Spitäler zuzusperren. Allein 1987 wurden rund 4.000 Betten eliminiert (vgl. Pond 2006, 7; siehe auch in diesem Heft). Während in Großbritannien dieser Trend mit dem Regierungswechsel 1997 beendet wurde – im zur Jahrtausendwende veröffentlichen Nationalen Gesundheitsplan versprach die Labour-Regierung die Schaffung von 100 neuen Krankenhäusern und 7.000 zusätzlichen Betten –, sind in den anderen Ländern die Krankenhausschließungen weitergegangen. In Belgien wurde die Zahl der Krankenhäuser seit 1981 um 70% reduziert. Von den ursprünglich 531 Einrichtungen sind noch 174 übrig (vgl. Verhoest/Sys 2006, 4). Das heißt allerdings nicht, dass 70% der Betten eingespart wurden, in vielen Fällen kam es zu einer Zusammenlegung der Einrichtungen. In Österreich wurden zwischen 1990 und 2003 15% der Krankenhäuser geschlossen (darunter auch drei Privatspitäler). Das machte 8% der Betten aus (vgl. Hofbauer 2006, 5-7; siehe auch in diesem Heft). Im Gegensatz dazu betrafen in Deutschland die Schließungen nur 10% der Krankenhäuser, aber 20% der Betten. In absoluten Zahlen sind das 134.232 Stück (vgl. Schulten 2006, 3; siehe auch in diesem Heft).

Ein weiterer Trend, der in ganz Europa beobachtet werden kann, ist die Schaffung von inter-

nen Märkten (vgl. Oliver/Mossalios 2005, 16). Auch in dieser Hinsicht ist Großbritannien ein Vorreiter. So verursachte die Trennung zwischen Käufern und Erbringern von Gesundheitsdienstleistungen einen steigenden Druck auf die Krankenhäuser, die Kosten zu reduzieren, um Verträge zu gewinnen (vgl. Pollock 2004, 34). Während allerdings die Reform nicht die erhofften Effizienzgewinne brachte – nicht zuletzt weil ineffiziente Krankenhäuser nicht einfach vom „Markt" verschwinden konnten, weil dann ganze Bezirke oder Regionen keine Spitalsversorgung mehr gehabt hätten –, veränderte sie trotzdem die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung und Krankenhäuser in Großbritannien organisiert sind (ebenda). Früher wurden Ressourcen frei innerhalb des National Health Service verteilt. Mit der Einführung des internen Marktes wurde jeder Behandlung ein Preis verliehen, den die eine Abteilung der anderen Abteilung in Rechnung stellen muss, obwohl beide Teile zur selben Organisation gehören. Wie Allyson Pollock ausführt, hatte die Einführung der Quasi-Märkte und Quasi-Preise zur Folge, dass „jede Organisation innerhalb des NHS zunehmend gezwungen war, alle Kosten mit einzukalkulieren, als ob sie für sich alleine stehen würde, wie ein kleines oder mittleres Unternehmen, das seine eigenen finanziellen, administrativen, Personal-, Kapital- und anderen Kosten abdecken muss" (Pollock 2004, 44). Das erhöhte nicht nur die Transaktionskosten – laut Colin Leys (2007) hat sich mit der Einführung des internen Marktes der Anteil der administrativen Kosten an den gesamten Spitalkosten ungefähr verdoppelt und mit den letzten Reformen wird davon ausgegangen, dass sie sich vervierfachen – sondern machte es auch unmöglich, die Ressourcen nach den Bedürfnissen der Menschen zu planen und zu verteilen. Gleichzeitig öffnete der interne Markt auch den Weg für Outsourcing und Public Private Partnerships (vgl. Pollock 2004, 44).

Anfänglich betraf Outsourcing vor allem sekundäre Dienstleistungen wie Reinigung und Catering. Mit den Jahren wurden aber immer anspruchsvollere Dienstleistungen nach außen vergeben. Dazu zählten IT, Buchhaltung und teilweise die Krankenhausplanung. Inzwischen werden auch zusehends medizinische Dienstleistungen wie Labor- und Diagnoseleistungen outgesourced (ebenda, 45-46). Allgemein wird erwartet, dass der outgesourcte Anteil der in einem Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen in Zukunft weiter zunehmen wird. In Großbritannien unterzeichnete die Labour-Regierung im Jahr 2000 ein Konkordat mit Vertretern der privaten Gesundheitsdienstleister. Darin versprach die Regierung eine stärkere Beteiligung des privaten Sektors. Unter anderem sollen bis zu 150.000 medizinische Behandlungen im Jahr von privaten Gesundheitsunternehmen übernommen werden (vgl. Pond 2006, 10; siehe auch in diesem Heft). Darüber hinaus hat die Regierung die privaten Unternehmen dazu eingeladen, im Independent Treatment Centre-Programm mitzumachen. Hintergrund ist die Errichtung einer Reihe von spezifischen Zentren, die standardisierte und risikoarme Operationen anbieten. Die Annahme ist, dass aufgrund des hohen Grades an Standardisierung und Spezialisierung und dem Fehlen von Unterbrechungen durch Notfälle diese Zentren effizienter arbeiten können als normale Spitäler. Dadurch sollten sie helfen, die langen Wartezeiten für nicht notfallbedingte Operationen zu verkürzen. Die ersten Zentren wurden noch vom NHS selber betrieben. Später wurden auch private Unternehmen aufgefordert, solche Zentren zu betreiben. Im Gegenzug dazu erhalten sie von der Regierung einen fünf Jahre laufenden Vertrag mit einer Mindestzahl von abgegoltenen Operationen (vgl. Pollock 2004, 68-70). Bis Oktober 2004 wurden 24 solcher unabhängiger Zentren eröffnet. Das britische Gesundheitsministerium schätzt, dass der private Sektor 5,7% der jährlich sechs Millionen Nicht-Notfall-Operationen übernehmen wird (vgl. Pond 2006, 11-12; siehe auch in diesem Heft). Die privaten Betreiber hatten versprochen, das zusätzliche Personal außerhalb von Großbritannien zu rekrutieren. Stattdessen wurde aber vielfach Personal vom NHS abgeworben. Dies führt



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

dazu, dass der NHS zusätzliche Schwierigkeiten hat, die langen Wartelisten zu kürzen (vgl. Pollock 2004, 69).

Langfristige Outsourcing-Verträge können auch in ein Verhältnis münden, das als Private Public Partnership (PPP) bezeichnet wird. Wie Outsourcing haben auch PPP in den letzten Jahren im Gesundheitssektor an Beliebtheit gewonnen. PPP können unterschiedliche Formen annehmen. In Österreich werden beispielsweise eine Reihe von öffentlichen Krankenhäusern in Kooperation mit privaten Krankenhausunternehmen betrieben und mehrere neue Krankenhäuser mit privater Beteiligung sind geplant (vgl. Hofbauer 2006; siehe auch in diesem Heft; Rümmele 2007). Die steirische Landesregierung hatte angekündigt, ein privates Unternehmen damit zu beauftragen, die 21 Landeskrankenhäuser mit 13.000 Beschäftigten zu managen. Der Plan musste aufgrund des öffentlichen Widerstandes aufgegeben werden, einer der Bieter erhielt aber zumindest einen gut dotierten, mehrere Jahre dauernden Beratungsvertrag (vgl. Rümmele 2007, 39). Der Wiener Krankenhausverbund hat erst kürzlich zusammen mit der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder ein Joint Venture zur Errichtung eines neuen Dialysezentrums vereinbart. Weil das Zentrum von dem privaten nicht-profitorientierten Partner gemanagt wird, obwohl er den kleinsten Teil des gemeinsamen Kapitals einbringt, fallen die zukünftigen Beschäftigten unter den aus ihrer Sicht ungünstigeren Kollektivvertrag der Privatkrankenanstalten (ebenda).

Eine spezielle Form der Private Public Partnership ist die so genannte Private Finance Initiative (PFI). Privates Kapital ist in vielen Ländern in die Renovierung, den Bau und die Instandhaltung von öffentlichen Krankenhäusern involviert, aber nirgends wird diese Politik so systematisch verfolgt wie in Großbritannien. Obwohl PFI ursprünglich von den Konservativen erfunden wurde, war es die Labour-Regierung, die dieser Form des PPP zum Durchbruch verhalf (vgl. Pond 2006, 12-13; Pollock 2004). Wie vorher erwähnt, ist ein Kalkül hinter der Förderung von PFI, Risiken auf den privaten Sektor überzuwälzen. Darüber hinaus argumentieren BefürworterInnen von PFI, dass die Beteiligung von privatem Kapital dafür sorgt, dass Zeitpläne und Budgets besser eingehalten werden. Die Rolle der privaten Partner in PFI-Projekten geht folglich darüber hinaus, die finanziellen Mittel zur Verfügung zu stellen. Stattdessen sorgen sie sowohl für die Planung als auch für den Bau der Krankenhäuser. Dazu kommt in vielen Fällen auch die Übernahme von Instandhaltungsdienstleistungen wie Reinigung, Catering oder Sicherheit. Ein PFI-Projekt inkludiert deshalb typischerweise ein ganzes Konsortium von privaten Unternehmen. Oft zählen dazu eine Bank, ein Bauunternehmen und eine Gebäudeverwaltungsfirma. Wenn das Krankenhaus fertig gestellt ist und den Betrieb aufgenommen hat, erhält das Konsortium eine jährliche Gebühr vom Krankenhausbetreiber über die bis zu 30-jährige Laufzeit des Vertrages.

Seit 1997 hat die Labour-Regierung 80 PFI-Projekte mit einem Finanzvolumen von insgesamt 16,3 Milliarden Pfund (23,3 Milliarden Euro) bewilligt. Im Vergleich dazu wurden im selben Zeitraum sechs öffentlich finanzierte Projekte mit einem Finanzrahmen von 500 Millionen Pfund (715 Millionen Euro) zugelassen (ebenda). D.h., dass seit 1997 fast alle neuen NHS-Krankenhäuser durch PFI finanziert wurden. Wie ebenfalls bereits erwähnt, gibt es starke Zweifel, ob es angesichts der Länge der Verträge tatsächlich zu einer Überwälzung von Risiken kommt. Darüber hinaus gibt es auch zunehmende Evidenz, dass die Kosten letztendlich höher sind, als zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses angenommen, und dass sie auf alle Fälle höher sind, als wenn die Mittel im Rahmen regulärer öffentlicher Kredite aufgebracht worden wären (vgl. Hellowell/Pollock 2007; Shaoul/Stafford/Stapleton 2007). Die höheren Zin-

sen, die für private Kredite zu leisten sind, haben auch einen Einfluss auf den Krankenhausbetrieb. Um die jährlichen PFI-Gebühren leisten zu können, haben mehrere Krankenhäuser ihr Angebot reduziert. Laut Pollock (2004, 56) betrug „die durchschnittliche Reduktion der Bettenzahl in der ersten Welle von PFI-Krankenhäuser 30%, während die Budgets und die Zahl der klinischen Beschäftigten um 25% reduziert wurden".

## 5. DIE HERAUSBILDUNG EUROPÄISCHER GESUNDHEITSKONZERNE

Die Privatisierung und Ökonomisierung der europäischen Gesundheitsversorgung hat gleichzeitig zur Herausbildung europäischer Gesundheitskonzerne geführt. In Deutschland war die Welle von Privatisierungen auch von einer regen Übernahmetätigkeit begleitet. Als Resultat haben sich drei große private Krankenhausketten herausgebildet. Dazu gehören Asklepios, Röhn-Klinikum, Fresenius und Sana Kliniken. Zusammen betreiben sie rund ein Drittel aller privaten Krankenhäuser in Deutschland (vgl. Schulten 2006, 7-8; siehe auch in diesem Heft). Die größte Übernahme der letzten Jahre fand statt, als der internationale Dialyse-Spezialist Fresenius für 1,5 Milliarden Euro die Helios Gruppe übernahm. Frensenius betreibt mehr als 2.000 Dialyse-Zentren in nahezu allen Teilen der Welt. Zu Helios gehören 58 Spitäler mit 15.800 Betten und 27.000 Beschäftigten. Fresenius gehört darüber hinaus das Tochterunternehmen Vamed, das sich auf technischen Krankenhaus-Support spezialisiert hat und in dieser Funktion unter anderem auch das Allgemeine Krankenhaus in Wien unterstützt. In Deutschland haben die Übernahmen dazu geführt, dass das Bundeskartellamt gegen den Verkauf von Krankenhäusern bereits Einspruch erhoben hat (vgl. Schulten 2006, 15-16; siehe auch in diesem Heft). Seit kurzem bemühen sich auch internationale Gesundheitskonzerne, auf dem deutschen Markt Fuß zu fassen. 2006 übernahm die Schwedische Capio Gruppe die Deutsche Kliniken GmbH (ebenda, 7-8).

Capio wurde 1994 in Schweden gegründet. Von 2000 bis 2006 notierte sie an der Stockholmer Börse. 2006 wurde das Unternehmen von der britischen Private Equity Gruppe Apax übernommen (ein kleinerer Teil gehört dem schwedischen Investmentfonds Nordic Capital). Wie bereits angemerkt, gehört Capio unter anderem das Sankt Görans Krankenhaus in Stockholm. Neben Schweden und Deutschland betreibt der Konzern Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in mindestens fünf weiteren EU-Ländern. In Spanien ist Capio der größte private Krankenhausbetreiber, in Frankreich ist Capio Santé die zweitgrößte private Krankenhausgruppe im Land. Auch in Großbritannien gehören dem Konzern 21 Spitäler. Daneben betreibt das Unternehmen in den nordischen Ländern Diagnostikzentren, psychiatrische Krankenhäuser und bis 2004 Altenwohnheime. Der neue Capio-Eigentümer Apax ist gleichzeitig auch am südafrikanischen Gesundheitskonzern Nedcare beteiligt. In Europa ist Nedcare vor allem in Großbritannien aktiv und besitzt dort den größten privaten Krankenhausbetreiber BMI Healthcare. BMI Healthcare gehören 49 Krankenhäuser. Die Europäische Kommission hat die Übernahme von Capio durch Apax deshalb nur unter der Bedingung bewilligt, dass Capio seine britischen Krankeneinrichtungen verkauft.

Apax und Nordic Capital sind aber auch an der französischen Krankenhauskette Vedici beteiligt. Vedicis zwölf Einrichtungen mit zusammen 1.722 Betten machen sich im Vergleich zum französischen Marktführer allerdings bescheiden aus. Mit 173 Einrichtungen und 27.000



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

Beschäftigten gehört der private französische Krankenhausbetreiber Générale de Santé zu den größten in Europa. Bisher hat sich Générale de Santé allerdings auf den französischen Markt konzentriert. Außerhalb Frankreichs besitzt das Unternehmen lediglich neun Spitäler in Italien. Zuletzt hat das Unternehmen aber auch Interesse gezeigt, sich nach Deutschland auszubreiten. Daneben gibt es auch noch zwei westeuropäische Gesundheitskonzerne, die ihre Aktivitäten auf Zentral- und Mitteleuropa konzentrieren. Die schwedische Medicover bietet sowohl private Versicherungen als auch Gesundheitsdienstleistungen an. Das Unternehmen betreibt Einrichtungen in Polen, Rumänien, der Tschechischen Republik und Estland. 2006 hat es angekündigt, ein neues Spital in Warschau zu bauen. Euromedic ist ein Unternehmen mit Sitz in den Niederlanden. Nach mehreren Verkäufen gehört es inzwischen den US-amerikanischen Private Equity Funds Warburg Pincus und GE Capital. Das Unternehmen hat sich auf Diagnostik- und Dialysedienstleistungen spezialisiert. Es betreibt 74 Zentren in zwölf Ländern, darunter Ungarn, Bosnien-Herzegovina, Rumänien, Tschechien, Kroatien und Russland.

## 6. ZUSAMMENFASSUNG

Der Gesundheitssektor zeichnet sich dadurch aus, dass es eine Vielzahl von Formen und Entwicklungen gibt, die in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung in Europa geführt haben. Im Bereich der Finanzierung zählen dazu die wachsende Bedeutung von privaten Gesundheitsversicherungen und die Zunahme von persönlich geleisteten Zuzahlungen. Die Folge davon ist eine sinkende Bedeutung der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitssektors. Darüber hinaus gibt es in den Ländern mit gesetzlichen Sozialversicherungen einen zunehmenden Wettbewerb zwischen Versicherungen und hier sowohl zwischen öffentlichen als auch privaten Anbietern. In den steuerfinanzierten Systemen wiederum kommt es zu einer Trennung zwischen den Käufern und Anbietern der Gesundheitsdienstleistungen mit dem Ziel, den Druck auf die öffentlichen Krankenhäuser zu erhöhen. Veränderungen gibt es aber auch in der Finanzierung selbst. Ein allgemeiner Trend ist die Einführung von output-orientierten Abrechnungssystemen, in denen nicht mehr die Zahl der im Krankenhaus verbrachten Tage, sondern die Zahl der Operationen vergütet wird. Im Bereich der Dienstleistungserbringung zeigt sich einerseits eine Tendenz zur Dezentralisierung, bei der Krankenhäuser mehr Verantwortung für ihren ökonomischen Erfolg übernehmen. In mehreren Ländern gab es aber auch Wellen von Zentralisierungen, bei denen kleinere Spitäler in größere Einheiten zusammengefasst wurden. In einer Reihe von Ländern gab es auch Experimente mit Krankenhausprivatisierungen, im großen Stil wird diese Politik bisher aber nur in Deutschland verfolgt. In den neuen EU-Mitgliedsländern in Mittel- und Osteuropa wiederum kann in den letzten Jahren ein Trend zum Bau von neuen privaten Krankenhäusern beobachtet werden. Weitere zentrale Tendenzen in der Transformation der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen beinhalten die Einführung interner Märkte, das Outsourcing von medizinischen Dienstleistungen, die Ausweitung von Public Private Partnerships und im Falle Großbritanniens die Inanspruchnahme des privaten Sektors zum Bau und Instandhaltung neuer Krankenhäuser im Rahmen von Private Finance Initiative-Projekten.



*Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 6–22*

## BIBLIOGRAPHIE


*André,* Christine (2007), Privatisation and the Reforms of the European Health Care Systems. Paper vorbereitet für den Presom-Workshop "The Privatisation of Health Care in Europe", Wien 4. Juni 2007.

*Andersson,* Monica (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE); www.pique.at

*Buchan,* James and Fiona *O'May* (2002), The Changing Hospital Workforce in Europe, in: Martin *McKee* and Judith *Healy* (eds.), Hospitals in A Changing Europe. Buckingham/ Philadelphia.

*Freeman,* Richard (2000), The Politics of Health Care in Europe, Manchester.

*Freeman,* Richard and Michael *Moran* (2000), Reforming Health Care in Europe, in: West European Politics, Vol. 23 No. 2, 35-58.

*Guger,* Alois und Markus *Marterbauer* und Ewald *Walterskirchen* (2007), Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens, in: Kurswechsel 2/2007, 99-109.

*Hellowell,* Mark and Allyson *Pollock* (2007), Private finance, public deficits. A Report on the cost of PFI and its impact on health services in England. The Centre for International Public Health Policy, University of Edinburgh; www.health.ed.ac.uk/CIPHP/Documents/ CIPHP_2007_PrivateFinancePublicDeficits_Hellowell_000.pdf

*Hermann,* Christoph (2007), Neoliberalismus und die Europäische Union, in: Kurswechsel 1/2007, 27-37.

*Hofbauer,* Ines (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at.

*Hofmarcher,* Maria und Herta *Rack* (2006), Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich 2006. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Politik, Kopenhagen.

*Kozek,* Wieslawa (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the Polish healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at

*Lamping,* Wolfram (2007), Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt, in: Kurswechsel 2/2007, 6-17.

*Leys,* Colin (2007), The Privatisation of the National Health Services in the UK. Paper presented at the Presom-Workshop "The Privatisation of Health Care in Europe", Vienna, 4 June 2007.

*Maarse,* Hans (2006), The Privatisation of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis, in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 5, 981-1014.

*Maarse,* Hans and Ruud Ter *Meulen* (2006), Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform, in: Health Care Anal No. 14, 37-49.

*McDonald,* David and Greg *Ruiters* (2006), Rethinking Privatisation. Towards a Critical Theoretical Perspective, in: Public Service Yearbook 2005/6, 9-20.

*Mills,* Robert J. and Shailesh *Bhandari* (2003), Health Insurance Coverage in the United States 2002. US CENSUSBUREAU. www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf

*Mosebach,* Kai (2003), Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die „Amerikanisierung" des deutschen Gesundheitssystems, in: Prokla 132, 411-32.

*Mossialos,* Elias and Sara *Thomson* (2004), Voluntary Health Insurance in the European Union, Brussels.

*Oliver,* Adam and Elias *Mossialos* (2005), European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos. 1-2, 7-28.

*Pond,* Richard (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the UK healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at.

*Pollock,* Allyson M. (2004), NHS PLC. The Privatisation of Our Health Care. London.

*Rümmele,* Martin (2005), Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit. Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen, St. Pölten/Wien/Linz.

*Rümmele,* Martin (2007), Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen, in: Kurswechsel 2/2007, 36-45.

*Saltman,* Richard B. and Hans F. W. *Dubois* (2004), The Historical and Social Base of Health Insurance Systems, in: Richard B. *Saltman* and Reinhard *Busse* and Josep *Figueras* (eds.), Social Health Insurance Systems in Western Europe, London.

*Schulten,* Thorsten (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at.

*Shaoul,* Jean and Anne *Stafford* and Pam *Stapleton* (2007), The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate the First Twevle NHS Hospitals in England, unpublished manuscript.

*Verhoest,* Koen and Justine *Sys* (2006), Liberalisation, privatisation and regulation in the Belgian healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at.