Ines Hofbauer

ÖSTERREICH

EINLEITUNG

Auch im Gesundheitswesen finden wie in anderen Bereichen der öffentlichen Dienstleistungen Deregulierungs- und Privatisierungsprozesse statt. Allerdings sind diese weniger mit offiziellen, einheitlichen politischen Strategien verbunden, sondern finden eher indirekt und meist unter Ausschluss öffentlicher Diskussion statt. Obwohl das Gesundheitswesen unter die ausschließliche politische Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt, hat die Politik der Europäischen Union einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die nationale Gesundheitspolitik. Einerseits zwingen die Auflagen der Wirtschafts- und Währungsunion die Mitgliedsstaaten dazu, öffentliche Ausgaben einzuschränken. Dazu zählen auch die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung. Anderseits haben die Mitgliedsländer vereinbart, die nationale Gesundheitsversorgung im Rahmen des Prozesses der offenen Koordinierung zu modernisieren (vgl. Urban 2003). Erfahrungsgemäß verstehen maßgebliche AkteurInnen in Brüssel unter Modernisierung aber primär eine finanzielle Konsolidierung, was auf einen weiteren Rückbau der öffentlichen zugunsten der privaten Gesundheitsversorgung hinauslaufen könnte.

Zentraler Untersuchungsgegenstand des vorliegenden Berichtes sind Liberalisierungs- und Privatisierungstendenzen des Gesundheitssektors – insbesondere im Bereich der Krankenhäuser und Spitäler – in Österreich. Zunächst wird ein einführender Überblick in die grundlegenden Charakteristika des österreichischen Gesundheitssektors gegeben, um dann konkreter auf die Rolle der Krankenhäuser und Spitäler einzugehen. Schwerpunkt der Darstellungen bilden die grundsätzliche Struktur und die Finanzierung des Gesundheits- und Spitalssektors und erste Privatisierungstendenzen. Abschließend wird noch auf wichtige Bestandteile der jüngsten Gesundheitsreformen sowie auf ungelöste Probleme und bleibende Herausforderungen eingegangen.

1. DER ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSEKTOR

Die hohe Zufriedenheit und Lebenserwartung in Kombination mit einem relativ hohen Maß an Verteilungsgerechtigkeit reihte Österreich im Jahr 2000 im Vergleich mit anderen WHO-Ländern unter die ersten zehn Länder mit dem leistungsfähigsten Gesundheitswesen (vgl. WHO 2000). Laut dem Health Consumer Index verfügte Österreich 2007 sogar über das konsumentenfreundlichste Gesundheitssystem in Europa (vgl. Health Consumer Powerhouse 2007). Die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem ist im Allgemeinen recht hoch und die Versorgung gut. Allerdings gehören insbesondere die Schließung von Krankenanstalten und eine Einschränkung der medizinischen Versorgung zu den neuen „Zukunftsängsten der ÖsterreicherInnen“ (vgl. IMAS 2004).

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

1.2 Finanzierung, Krankenversicherung und Leistungserbringung

Gemäß Berechnungen der Gesundheitsausgaben nach dem internationalen OECD Standard wendete Österreich im Jahr 2004 etwa 23 Mrd. Euro oder 9,6% seines Bruttoinlandprodukts für den Gesundheitssektor auf (der durchschnittlicher Prozentsatz in OECD Ländern liegt bei 8,4%, in der EU bei 7,5%) (vgl. WHO 2006). Ohne Berücksichtigung der Ausgaben für Langzeitpflege, die etwa 10% der gesamten Gesundheitsausgaben verbraucht, lag die Quote 2004 bei 8,7% (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 105f).

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt aus mehreren Quellen, was eine schwer durchschaubare Vielzahl von Finanzierungsflüssen und -formen ergibt, deren wichtigster Bestandteil die Beiträge der selbst verwalteten Sozialversicherungen sind. Die soziale Krankenversicherung finanzierte im Jahr 2004 insgesamt 45,3% der Gesundheitsausgaben; Bund, Länder und Gemeinden trugen gemeinsam rund 25%[1] der Kosten und weitere 25% wurden in diesem Jahr privat finanziert, durch indirekte (Selbstzahlung) und direkte Kostenbeteiligung (Zuzahlungen) (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 76).

Österreich gehört zu jenen Gesundheitssystemen mit einer gesetzlichen Versicherung. Derzeit existieren insgesamt 24 Sozialversicherungsträger, davon 21 Krankenversicherungsträger. Trotz ihres gesetzlichen Status werden die Sozialversicherungen nicht vom Staat sondern selbst verwaltet. Rechtlich sind die Sozialversicherungen eigenständige Körperschaften und werden von einer zentralen Stelle, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, koordiniert. Die einzelnen Träger der Krankenversicherung sind regional (Gebietskrankenkassen in den Bundesländern) oder berufsbezogen (Krankenkassen der Gewerbetreibenden und Bauern/Bäuerinnen) organisiert. Für Bundesbedienstete gibt es eine eigene Kasse. Betriebskrankenkassen gibt es nur in wenigen Betrieben. Die Aufsicht über die Kranken- und Unfallsversicherungsträger liegt beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (ebenda, 77).

Die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich basiert auf der Pflichtversicherung und es gibt keine Wahlmöglichkeit zwischen den Krankenkassen. Während in anderen Ländern (beispielsweise Deutschland und Niederlande) Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsträgern als eine Möglichkeit diskutiert wird, die Gesundheitskosten zu senken, ist die österreichische Gesundheitspolitik von dem Grundkonsens geleitet, den Gesundheitssektor im Wesentlichen über Pläne und Leistungsmengen, also angebotsorientiert, zu regulieren und effizienter zu gestalten (vgl. Hofmarcher 2006, 235). Die Sozialversicherung umfasst die Krankenversicherung, Unfallversicherung und Pensionsversicherung. Sie ist eine auf dem Solidaritätsprinzip basierende Versicherung, die an eine Erwerbstätigkeit gebunden ist. Es gibt aber auch Regelungen für PensionistInnen und Arbeitslose. Nicht-Erwerbstätige haben die Möglichkeit zur Selbstversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Für geringfügig Erwerbstätige gibt es eine begünstigte Form der Selbstversicherung (vgl. BMGF 2005, 103f). Finanziert wird die gesetzliche Krankenversicherung im Wesentlichen durch Beitragszahlungen der Versicherten (und der Arbeitgeber). Der Beitragssatz beträgt für ArbeiterInnen und Angestellte 7,5%, berechnet vom Bruttoerwerbseinkommen. Liegt das Erwerbseinkommen über der Höchstbeitragsgrundlage, so ist das

[1] Wobei davon etwa 10% auf das Bundespflegegeld entfielen, das seit 1993 an pflegebedürftige Personen ausbezahlt wird.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

übersteigende Einkommen allerdings beitragsfrei. Die monatliche Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung liegt im Jahr 2007 für unselbständig Beschäftigte bei 3.840 Euro (vg. Hauptverband 2007, 159). Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht nur auf Versicherte selbst, sondern auch auf deren Familienangehörigen wie Kinder, EhepartnerInnen und LebensgefährtInnen (sofern diese nicht kinderlos sind), wenn diese nicht selbst versichert sind (vgl. BMGF 2005, 105ff). Die gesetzliche Krankenversicherung umfasste 2006 98,5% der Bevölkerung (vgl. Hauptverband 2007, 23). Nicht versichert war unter anderem ein Teil der AsylwerberInnen und der Erwerbslosen (vgl. WHO 2004, 25). Krankenversicherte haben prinzipiell freie Wahl zwischen Leistungserbringern, die neben den Krankenanstalten aus Ambulatorien, Spitalsambulanzen und aus Einzelpraxen bestehen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, XV).

Im internationalen Vergleich verfügt das österreichische Sozialversicherungssystem über eine hohe Quote der PatientInnenselbstbeteiligung. Für eine Reihe von Leistungen werden private Zuzahlungen eingehoben. Manche Kassen, wie jene der Beamten und Selbstständigen haben generelle Selbstbehalte von 20%. Andere haben Selbstbehalte für bestimmte Leistungen. In den letzten 20 Jahren konnte eine deutliche Verschiebung der Finanzierungslasten zu den privaten Haushalten festgestellt werden. Diese betragen derzeit rund 28% der gesamten Gesundheitsausgaben (vgl. BMGF 2005, 111). Damit liegt Österreich im OECD-Vergleich im Spitzenfeld (vgl. Rümmele 2007, 36). Etwas mehr als ein Drittel der österreichischen Bevölkerung ist privat kranken(zusatz)versichert. Je nach Produkt erhalten die Versicherten für diese Beiträge eine bessere Unterbringung im Krankenhaus, die Übernahme der Kosten für die Behandlung durch ÄrztInnen ihrer Wahl, die Zahlung von Taggeldern im Krankheitsfall oder die Übernahme von Kosten für komplementärmedizinische Behandlungen. Die Anzahl der zusätzlich privat krankenversicherten Menschen ist allerdings seit zehn Jahren rückläufig (vgl. BMGF 2005, 110).

Wie in fast allen Sozialversicherungsländern ist auch das österreichische Gesundheitssystem durch eine Kombination von öffentlicher und privater Finanzierung bzw. Leistungserbringung gekennzeichnet (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 74). Die Krankenhausversorgung[2] wird öffentlich finanziert und im Wesentlichen öffentlich erbracht. Sie umfasst ca. 48,6% der Gesundheitsausgaben. Im ambulanten Bereich herrscht eine Mischung zwischen privater und öffentlicher Leistungserbringung. Eine relativ große Bedeutung haben hier die Spitalsambulanzen. Diese ist in den letzten Jahren noch gestiegen (ebenda, 127). Ein Teil der ambulanten Versorgung, insbesondere die haus- und fachärztliche Versorgung (niedergelassene Bereich) wird öffentlich finanziert, aber privat erbracht. Diese umfasst etwa 22% der Ausgaben im Gesundheitswesen (ebenda). 21% der Ausgaben für Leistungen werden privat getragen, aber in öffentlichen Einrichtungen erbracht. Privat finanziert und von privaten Leistungserbringern produziert wird ein Anteil von rund 9%. Dieser umfasst im Wesentlichen Leistungen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind.

Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine Krankenhauslastigkeit geprägt. Dies zeigt sich zum einen an dem großen Anteil der Ausgaben der an die Spitäler geht, zum anderen an der wichtigen Rolle die Spitalsambulanzen in der ambulanten Versorgung spielen.

[2] Inkludiert sind auch die Leistungen der Spitalsambulanzen und Ambulatorien.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

Tabelle 1: Finanzierung und Leistungserbringung 2003

	Ausgaben in %		
Leistungserbringung	Öffentlich	Privat	insgesamt
Öffentlich	48,6	20,7	69,4
Privat	21,5	9,2	30,6
Leistungserbringung insgesamt	70,1	29,9	100

Quelle: Hofmarcher/Rack 2006, 74.

2. KRANKENHÄUSER UND SPITÄLER

2.1 Struktur und Eigentümer der Krankenhäuser und Spitäler

Die Versorgung in den österreichischen Krankenhäusern wird überwiegend öffentlich organisiert bzw. wird mit Hilfe von privat-gemeinnützigen Eigentümern erbracht, die manchmal auch über Öffentlichkeitsrechte verfügen. Die EigentümerInnenstruktur betreffend gibt es drei Typen von Spitälern: 1) öffentliche Krankenhäuser (Eigentümer: Gemeinde, Land oder Sozialversicherungen), 2) private, gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Krankenhäuser (Eigentümer: Orden, gemeinnützige Vereine) und 3) private, gewinnorientierte Krankenhäuser (EigentümerInnen: Privatpersonen, AGs, GesmbHs, etc.). Zudem ist die österreichische Spitalslandschaft durch eine Vielzahl kleiner Krankenhäuser geprägt (vgl. BMGF 2005, 55).

Die stationäre medizinische Versorgung wurde in Österreich 2003 von insgesamt 272[3] Krankenhäusern gewährleistet, die gemeinsam insgesamt 67.708 Betten zur Verfügung stellten. Die Bettendichte betrug also bezogen auf die Bevölkerung 8,4 Betten je 1000 EinwohnerInnen (vgl. BMGF 2005, 54f). Fast die Hälfte aller österreichischen Krankenhäuser ist öffentlich, diese verfügen aber über mehr als zwei Drittel der österreichischen Spitalsbetten. Die Sozialversicherungen betreiben 40 Krankenhäuser, was einem Anteil von 14,7% entspricht. Zusätzlich gibt es 47 private, gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Spitäler. Das entspricht 17,2% aller österreichischen Spitäler. 9,1% bzw. 52 Krankenhäuser sind private, gewinnorientierte Krankenhäuser. Im Vergleich zu 1990 gab es in Österreich im Jahr 2003 um 48 Krankenanstalten weniger, was einen Rückgang von 15% entspricht. Besonders ausgeprägt war die Reduktion der Spitalsstandorte bei den Öffentlichen- und bei den Non-Profit-Krankenanstalten. Im Gegensatz zu allen anderen TrägerInnnen befinden sich in Privatkrankenanstalten mehr Betten als 1990 (plus 30% oder 979 Betten).

Fast alle Bereiche des Gesundheitswesens in Österreich fallen wie in der Verfassung geregelt (Art 12 B-VG) primär in die Kompetenz des Bundes. Eine Ausnahme bildet das Spitalswesen.

[3] Folgende Daten beziehen sich auf die 272 Spitäler. Diese lieferten Daten an das Gesundheitsministerium. Die angeführten Zahlen und Kenngrößen sind teilweise nicht unmittelbar international vergleichbar, da in der österreichischen Krankenanstaltenstatistik folgende Dinge inkludiert sind: Tageskliniken, Eintagspflegen (Therapien), halbstationärer Bereiche, manche Pflegeheime und Abteilungen, die in an der Staaten nicht unbedingt Krankenhausstatus haben (das erhöht insgesamt die Anzahl der stationären Aufenthalte) (vgl. BMGF 2005, 54ff).

Tabelle 2: Zahl, Eigentumsstruktur und Betten österreichischer Krankenhäuser 1990-2003

	1990		2003		Veränderung	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
Krankenhäuser						
Öffentlich	163	50,9	133	48,9	-30	-18,4
Sozialversicherungen	43	13,4	40	14,7	-3	-7
Nicht-profit-orientiert	64	20	52	19,1	-12	-18,8
Privat	50	15,6	47	17,2	-3	-6
Insgesamt	320	100	272	100	-48	-15
Betten						
Öffentlich	50.153	68,3	45.814	67,7	-4.339	-8,7
Sozialversicherungen	6.138	8,4	5.744	8,5	-394	-6,4
Nicht-profit-orientiert	13.780	18,8	11.863	17,5	-1.917	-13,9
Privat	3.308	4,5	4.287	6,3	979	29,6
Insgesamt	73.379	100	67.708	100	-5.671	-7,7

Quelle: Statistik Austria 2003, IHS Health Econ Berechnungen 2005 (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 141).

Der Bund ist hier nur für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung einschließlich der Sicherstellung der Spitalsversorgung ist hingegen Ländersache. Die Länder und Gemeinden sind für die Bereitstellung von Krankenanstalten und für die Erhaltung der Infrastruktur zuständig. Sie sind dabei an die Rahmengesetzgebung des Bundes und damit an bundeseinheitliche Planungen und Vorgaben gebunden (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 59). Die Planungs- und Regulierungskompetenz der Sozialversicherungen im Krankenanstaltenbereich ist hingegen relativ gering (ebenda, 230). Während öffentliche Krankenhäuser bzw. Spitäler einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot unterliegen, können private, gewinnorientierte Krankenhäuser Aufnahmen ablehnen (ebenda, 136).

Ein wichtiges Instrument der Gesundheitsstrukturpolitik ist seit 1997 der österreichische Krankenanstalten und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) für die durch öffentliche Mittel finanzierten Spitäler. Dieser ist ein verbindlicher Plan, der immer wieder aktualisiert wird und der die Standorte und Kapazitätsplanung (Betten, Fächerstruktur, technische Ausstattung) für Spitäler und Krankenhäuser festlegt (vgl. BMGF 2005). Diese Regelungen sind verbindlich. Bei Nichteinhaltung kann der Bund die Auszahlung von Finanzmittel zur Spitalsfinanzierung an die Länder aussetzen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 198). Der ÖKAP wurde 2006 durch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) abgelöst, der eine neue Planungsmethode beinhaltet. Die Leistungsangebotplanung legt auf Basis von Modell- und Prognoserechnungen das Mindestangebot bzw. die erforderliche Mindestmenge an medizinischen Leistungen fest. Der ÖSG stellt nur mehr einen Rahmenplan für einen Planungshorizont bis 2010 dar.

Dafür umfasst er nicht nur den Spitalsbereich sondern die gesamte Gesundheitsversorgungsstruktur (vgl. BMGF 2005, 57f).

In den meisten Fällen ist das Land Mehrheitseigentümer eines Spitals. Die Investitions- und Erhaltungskosten der Krankenhäuser werden von den Eigentümern bzw. Rechtsträgern, den Ländern getragen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 192). Auf Spitalsebene herrscht eine Trennung der Leistungserbringung und Bezahlung durch die Auslagerung des Managements der öffentlichen Spitäler an private Krankenhausbetriebsgesellschaften. Die Spitalsholdings sind unterschiedlich organisiert und stehen nun als AnbieterInnen von Krankenhausleistungen den Landesgesundheitsfonds als NachfragerInnen gegenüber. Länder und Kommunen übernehmen in der Regel die Ausfallshaftungen. Auch private Krankenhausträger und privat-gemeinnützige sind zunehmend in Betriebsgesellschaften zusammen gefasst, die teilweise bundesweit organisiert sind (ebenda).

Das interne Management von Krankenanstalten wird zumeist von einem Gremium durchgeführt (kollegiale Führung). Es besteht aus VertreterInnen der ÄrztInnenschaft, der Pflege und der Verwaltung. Je nach Versorgungsstufe ist zumeist auch ein/e VertreterIn des technischen Personals vorhanden. Diese Gremien sind auch für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich. Alle Entscheidungen, die den laufenden Betrieb betreffen, sind kooperativ zu treffen. Die Besetzung der Leitungspositionen wird entweder von den Krankenhausbetriebsgesellschaften oder den zuständigen Behörden nach einem Ausschreibungsverfahren vorgenommen (ebenda, 62).

2.2 Finanzierung der Krankenhäuser

Krankenhäuser gelten als der teuerste Bereich im Gesundheitswesen. Die stationäre Versorgung verbraucht fast 38,9% der öffentlichen Ausgaben. Der Ausgabenteil für diesen Versorgungsbereich ist seit 1995 um 2,4 Prozentpunkte gestiegen. Allerdings sind in dieser Komponente auch die Ausgaben inkludiert, die in Spitalsambulanzen anfallen. Etwa 12% der Kosten der Fonds-Krankenanstalten entfallen auf Leistungen in Spitalsambulanzen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 111).

Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 136). Die meisten öffentlichen Krankenanstalten sind so genannte Fonds-Krankenanstalten, die von den Landesfonds finanziert werden.[4] Auch Non-profit-Krankenhäuser können über Öffentlichkeitsrecht und somit Subventionsrecht verfügen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, XVII).

Während die niedergelassenen ÄrztInnen fast ausschließlich von der Krankenversicherung bezahlt werden, gilt für Spitäler ein Mischsystem. Etwa die Hälfte der Kosten der Spitäler wird aus Steuermitteln finanziert. Neben den Ländern sind die Gemeinden, die Sozialversicherung, die Privatversicherungen und die PatientInnen an der Spitalsfinanzierung beteiligt (ebenda, 70). Diese zahlen in neun Landesfonds ein. Den größten Anteil übernimmt dabei die Sozial-

[4] Die Klassifikation „öffentlich“ und „Fonds-Krankenanstalten“ ist nicht ganz deckungsgleich; einige sind öffentlich, aber keine Fonds-Krankenanstalten, andere sind Fonds-Krankenanstalten, aber nicht öffentlich (vgl. Streissler 2004, 29).

versicherung. Die Kosten der Fondskrankenanstalten betrugen 2004 insgesamt 8,5 Mrd. Euro. Davon finanzierten soziale Krankenversicherungen 40%, Privatversicherungen 7,4% (für die Unterbringung in der Sonderklasse) und private Haushalte mittels Zuzahlungen und Selbstbezahlung 3% (ebenda, XVII). Dieses System führt dazu, dass Länder, Gemeinden und Spitäler ein großes Interesse haben, dass möglichst viele PatientInnen von niedergelassenen ÄrztInnen behandelt werden, weil für sie dann keine Kosten entstehen. Umgekehrt ist es den Versicherungen am liebsten, wenn die PatientInnen in die Spitäler geschickt werden, weil ihr Beitrag dort gedeckelt ist (vgl. Rümmele 2005, 77). Die Krankenkassen müssen zwar für einen großen Teil der Finanzierung der Spitäler aufkommen, haben aber kaum Mitspracherechte in den von den Ländern und Gemeinden geführten Spitälern.

Seit 1978 wird die Spitalsfinanzierung im Rahmen von auf der Verfassung basierenden, jeweils zeitlich befristeten Verträgen[5] zwischen dem Bund und den Bundesländern geregelt. Die Mittel werden nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an neun „Landesfonds" übermittelt und dann durch die Länder an die Spitäler weitergeleitet (vgl. Streissler 2004, 30). Für die Sicherstellung der Finanzierung der Spitäler sind die Länder zuständig. Zwischen den Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Kriterien zur Verteilung der budgetierten Mittel an die Krankenanstalten. Dazu zählen etwa die Bettendichte, die Höhe der Investitionen und die Kosten der akutstationären Versorgung (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 198). Dies verursacht erhebliche Schwierigkeiten, die finanzielle Gebarung der einzelnen Landesfonds bzw. der Krankenanstaltengesellschaften und der Spitäler darzustellen bzw. zu kontrollieren (vgl. Streissler 2004, 31). Zudem wurden in einigen Bundesländern mit den ausgegliederten Betriebsgesellschaften die Kosten der Spitäler aus den Landesbudgets ausgegliedert (ebenda, 14). Sind die Ausgaben für Spitäler nicht Bestandteil der Landesbudgets, unterliegen sie auch nicht den Maastrichtkriterien.

Vor 1996 erfolgte die Finanzierung in Form von undifferenzierten Tagespauschalen, seit 1997 erfolgt die Honorierung (der Hälfte) des laufenden Betriebes von Krankenhäusern durch das „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem" (LKF-System). Reicht dies nicht aus, um die Kosten einer Klinik abzudecken, so müssen die Verluste die Träger (Länder und Gemeinden) zahlen. Das LKF-System ist eine Fallpauschalenhonorierung und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten. Basis für die Berechnungen ist ein Punktesystem, das sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien bei der Berechnung miteinbezieht und immer wieder überarbeitet wird (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 192f). Der LFK-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien in den Ländern (ebenda). 75% der Ausgaben der Fondsspitäler werden über die LKF-Erlöse gedeckt, der Rest wird von den Ländern je zur Hälfte über Zuschüsse und Beihilfen (Maastricht-wirksam) und über Darlehen und Rücklagenauflösungen (Maastricht-unwirksam) abgedeckt (vgl. Streissler 2004, 60). Seit 2002 werden auch private, nicht-gemeinnützige Spitäler und Sanatorien nach dem LKF-System finanziert und zwar aus den Mitteln des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Der PRIKRAF ist die Ausgleichstelle für die Leistungen der Privat-Krankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Er wird von Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie Sonderversicherungsanstalten gespeist (vgl. BMGF 2005, 114).

[5] Im Rahmen der so genannten Finanzausgleichsverhandlungen, der allgemeinen Verhandlungen zur föderalistischen Aufteilung des Budgets zwischen Bund und Ländern.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

Stationär aufgenommene PatientInnen zahlen zusätzlich eine Gebühr von 8 Euro pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 wurde den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, die Höhe dieser Gebühr auf maximal 10 Euro anzuheben. Diese Gebühr wird direkt von den Krankenanstalten eingehoben. Ausgenommen von den Zuzahlungen sind sozial schutzbedürftige Personen und bestimmte Versicherungsfälle wie z.B. Mutterschaft, Organspende, Dialyse (vgl. BMGF 2005). Private Krankenzusatzversicherungen der PatientInnen sind eine wichtige zusätzliche Einkommensquelle für ÄrztInnen, die in öffentlichen Spitälern tätig sind. Diese Zusatzverdienste werden nicht zuletzt als Anreiz gesehen, hochqualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 201). Die Anzahl der Sonderklassebetten der privat Versicherten darf allerdings laut Gesetz 25% der Gesamtbettenkapazität nicht übersteigen. Diese Auflage birgt den Anreiz für Krankenhäuser, die Gesamtbettenzahl hochzuhalten (ebenda, 202).

Die Zersplitterung der Kompetenzen insbesondere im Krankenhausbereich und die damit einhergehende „duale" Finanzierung gelten seit langem als das wichtigste strukturelle Problem im österreichischen Gesundheitswesen. Eine Änderung des Finanzierungsmodus würde eine Änderung der Bundesverfassung erfordern, die eine Zweidrittelmehrheit im Parlament benötigt (ebenda, 232f). Oft wurde in diesem Zusammenhang die Forderung nach einer Zentralisierung der Kompetenzen gestellt. Zu beobachten ist jedoch seit 1997 eine immer stärkere Dezentralisierung im Sinne der Delegation von Aufgaben (ebenda, 232). Zudem ist das Auseinanderfallen von Leistungserbringung und Finanzverantwortlichkeit problematisch. Zu den Folgen gehört nicht selten ein Überangebot in Krankenhäusern und eine überhöhte Kapitalintensität von Behandlungen (vgl. Streissler 2004, 38). Die Probleme der Krankenhäuser liegen aber nicht nur in den schnell steigenden Kosten, sondern auch in zunehmendem Personalmangel und der dadurch steigenden Belastung der ÄrztInnen und des Pflegepersonals.

3. GESUNDHEITSREFORMEN

In den Zielsetzungen der Gesundheitsreformen der letzten 15 Jahre spielte die Politik der Europäischen Union eine wichtige Rolle. Mit dem Eintritt in die Wirtschafts- und Währungsunion 1998 hat Österreich auch die daraus resultierenden Verpflichtungen übernommen, sein Budgetdefizit einzuschränken. Gesundheitsreformen befassten sich in den letzten 15 Jahren primär mit der Ausgabeneindämmung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, der Erhöhung der Einnahmen durch Zuzahlungen sowie mit Verbesserungen in der Kapazitätsplanung, Kooperation der Akteure und Koordinierung der Finanzierungsströme (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, XVIII). Beitragseinnahmen wurden laufend erhöht und unter den Versichertengruppen angeglichen, die Einnahmebasis aber nicht grundlegend geändert (ebenda). Zur Finanzierung der Beiträge wurden auch die Selbstbehalte, die Rezeptgebühr, diverse Zuzahlungen wie z.B. für Brillen und die Tabaksteuer erhöht (vgl. Hofmarcher 2006, 233). Die Erstattung von Leistungen und Arzneimitteln wurde verstärkt an Gesundheitstechnologiebewertung geknüpft. Gleichzeitig wurden neue Leistungen wie das Bundespflegegeld eingeführt, die psychotherapeutische Versorgung ausgebaut und neue Strukturen der wohnortnahen Langzeitbetreuung geschaffen (ebenda, XVIII). Die Anforderungen zur Qualitätssicherung wurden erhöht und PatientInnenrechte durch eine Charta und PatientInnenanwälte gestärkt (ebenda).

Nach zwei langwierigen Reformperioden (1996-2000 und 2000-2005) erfolgte 2005 eine erneute Gesundheitsreform. Teil dieser Reform ist die Stärkung des Bundes als zentraler Koordinator für strukturpolitische Maßnahmen. Zu den Aufgaben des Bundes gehört die Entwicklung und Festlegung der Standards für die stationäre Versorgung – im Einvernehmen mit den Ländern –, sowie das Erlassen von Sanktionen, wenn Akteure Vereinbarungen nicht einhalten (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 210). Dabei standen bisher vor allem die Planung der stationären und der spitzenmedizinischen Versorgung und die daraus abgeleiteten Vorgaben für die Krankenanstalten im Vordergrund. Nach 20-jähriger Vorbereitungszeit wurde 1997 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) beschlossen. Damit einhergehend wurde erstmals ein verbindlicher Krankenanstalten- und Großgeräteplan festgelegt (vgl. Hofmarcher 2006, 225).

Auch die jüngste Gesundheitsreform von 2005 bewegt sich auf dem altbekannten Pfad der Konsolidierung und Strukturreform in der Krankenanstaltenversorgung, wenngleich einige neue Akzente gesetzt wurden. Dazu zählen etwa eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Finanzträgern und den Leistungserbringern. Instrument hierfür ist der Österreichische Strukturplan für Gesundheit, der vom Bund geplant und von den Gebietskörperschaften umgesetzt wird (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 234). 2005 wurde auch die Bundesgesundheitsagentur gegründet und zur Organisation und Finanzierung eingerichtet. Zu deren Aufgaben zählt auch die Weiterentwicklung des Krankenanstaltenfinanzierungswesens (vgl. BMGF 2005, 112f). Die wichtigste regulatorische Neuerung auf Landesebene betrifft die Einrichtung von Gesundheitsplattformen als Organ des jeweiligen Landesgesundheitsfonds. Die Landesgesundheitsfonds ersetzen die bereits seit 1997 bestehenden Landesfonds. Landesgesundheitsfonds können sich auch überregional bilden. Die Gesundheitsplattformen sehen nunmehr eine Partizipation aller Leistungserbringer vor und überlassen Entscheidungsfindungen in der Verteilung der Mittel auf die Leistungsbereiche dem freiwilligen Engagement der Akteure. In den Gesundheitsplattformen sind Land, Sozialversicherung und Bund vertreten. Außerdem gehören ihr VertreterInnen der Ärztekammer, Städte, Gemeinden und PatientInnen, und Träger jener Krankenanstalten, die vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanziert werden, an.

4. LIBERALISIERUNG UND PRIVATISIERUNG

In Österreich herrscht zwar offiziell der Konsens, dass die marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsdienstleitungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 209). Trotzdem findet eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens statt und erste Privatisierungstendenzen können beobachtet werden. Insbesondere der Krankenhaussektor wurde in den letzten Jahren durch Reformen relativ unbemerkt von einer größeren Öffentlichkeit wesentlich marktnäher gestaltet. Diese Entwicklungen stehen in engem Zusammenhang mit der Diskussion um die Finanzierungskrise des öffentlichen Gesundheitswesens, dem steigenden Interesse privater Anbieter am Wachstumsmarkt Gesundheit und schließlich den Bemühungen der WTO und der EU neben anderen öffentlichen Dienstleistungen nun auch das Gesundheitswesen zu liberalisieren.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme gehören zwar zu jenem Bereich der Sozialpolitik, der sich in der alleinigen Kompetenz der einzelnen Mitgliedstaaten befinden, allerdings hat die EU-Wettbewerbs- und Binnenmarktpolitik massive Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitspolitik der Mitgliedstaaten (vgl. Streissler 2005, 124). Zunächst sind es die Maastrichtkriterien der Wirtschafts- und Währungsunion, die Nationalstaaten immer geringeren Spielraum in ihren öffentlichen Ausgaben erlauben, wovon ein großer Anteil jene für Gesundheit darstellen. Im Rahmen der Strategie von Lissabon und der Europäischen Sozialagenda werden zudem unter dem Stichwort „Modernisierung des Sozialschutzes" Mitgliedsländer dazu aufgefordert, ihre Gesundheitssysteme zu konsolidieren (vgl. Urban 2003). Zudem werden die Grundfreiheiten des Binnenmarktes (freier Personenverkehr, freier Güterverkehr, freierer Dienstleistungsverkehr und freier Kapitalverkehr) zunehmend beim Europäischen Gerichtshof auch im Bereich der Gesundheit eingeklagt (vgl. Lamping 2007). Die EuGH-Rechtssprechung der letzten Jahre im Gesundheitswesen hat bereits zu einigen Veränderungen am Arbeitsmarkt, am Pharmamarkt, im Bereich der Krankenversicherungen und Krankenhausinvestitionen geführt (vgl. Streissler 2005, 124).

4.1 Privatisierung im Bereich der Spitäler

Die Liberalisierung und Privatisierung verläuft in der Regel eher verdeckt ohne eine breitere öffentliche Diskussion. Das Problem der Finanzierbarkeit der Spitäler wird meist zur Legitimation von Privatisierungen benützt. Der Wettbewerb würde zu Preissenkungen führen, private Anbieter seien effizienter und würden auch die Qualität der Krankenhausversorgung verbessern, so die vorherrschende Argumentation (vgl. Rümmele 2005:40). Allgemein steigt der Druck an Klinikbetreiber, verstärkt wie ein marktwirtschaftliches Unternehmen zu agieren. Spitäler versuchen dann meist Leistungen zu reduzieren und zusätzliche Einnahmen zu lukrieren (ebenda, 137f). Einsparungen und Effizienzgewinne sind bei Krankenhäusern vor allem dann möglich, wenn größere unternehmerische Einheiten gebildet werden. Das kann auch ein öffentlicher Eigentümer veranlassen, ein privater wird es in jedem Fall tun. Für private Anbieter ist es jedenfalls günstig, wenn im Vorfeld von Ausgliederungen und Privatisierungen die öffentliche Hand bereits größere Einheiten geschaffen hat. Bei einer Privatisierung werden dann schon oft regionale Monopole übernommen (ebenda, 81f).

In Österreich sind seit den 1980er Jahren in fast allen Bundesländern Spitalskonzerne entstanden, die den Ländern gehören. Viele Gemeinden haben ihre Krankenhäuser an die Länder verkauft[6] und diese haben sie dann in Spitalsgesellschaften bzw. Holdinggesellschaften zusammengefasst. Beispiele sind die Kages (Steiermark), die Vorarlberger Krankenhausbetriebsgesellschaft oder der KAV (Wiener Krankenanstalten Verbund). Diese zusammengeschlossenen Krankenhäuser zählen dann oft zu den größten Arbeitgeber in den jeweiligen Bundesländern. Die größeren Gesellschaften in Wien oder in der Steiermark sind bereits fast so groß wie private amerikanische oder deutsche Klinikketten. Und teilweise agiert das Management auch ähnlich (vgl. Rümmele 2005, 82).

Parallel zu der Bildung größerer Spitalseinheiten kam es auch zur Überführung der Krankenhäuser in privatrechtliche Gesellschaften. Mittlerweile wird in allen Bundesländern, außer in

[6] Immer öfter verhandeln finanzschwache Gemeinden mit privaten Klinikbetreibern über den Verkauf von Spitälern, die aber überwiegend am Ende ihre Krankenhäuser doch noch an die Länder verkaufen.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

Wien, der Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser von Gesellschaften geführt, die nach Privatrecht organisiert sind. Obwohl sie privatrechtlich organisiert sind, übernehmen die Eigentümer (die Gebietskörperschaften) aber in der Regel auch weiterhin die Ausfallshaftungen (ebenda, 80). Auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten haben sich zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 136f).

4.1.1 Public Private Partnerships

Eine in Österreich weit verbreitete Form der Privatisierung im Krankenhausbereich ist die Public Private Partnership (PPP). Diese gibt es in verschiedenen Formen. Eine beliebte Form ist die Auslagerung von bestimmten Dienstleistungen an private Unternehmen. Typisch sind sekundäre Dienstleistungen wie die Küche und die Wäscherei. Im zunehmenden Maße werden aber auch primäre Leistungen ausgelagert. Immer mehr Spitäler schließen Verträge mit privaten Röntgeninstituten und Labors. Durch die Auslagerung werden insbesondere Personalkosten gespart bzw. werden Personalkosten in Sachkosten umgewidmet (vgl. Rümmele 2005, 133). Eine andere in Österreich sehr beliebte PPP-Variante ist die Übernahme der Betriebsführung durch private Firmen, die sich auf Krankenhausmanagement spezialisiert haben. In mindestens zwei Krankenhäusern (NRZ Rosenhügel und Neunkirchen) wurde das Management an Private übertragen. Weitere fünf Spitäler (Vöcklabruck, Steyr, Schladming, UKH Linz, Neunkirchen) wurden bzw. werden mit privater Hilfe um- oder neu gebaut (ebenda, 86f). Zudem versuchte das Land Steiermark 2003 das Management für alle seine 24 Spitäler (Kages) an einen privaten Klinikbetreiber zu vergeben. Der Versuch scheiterte am Widerstand der ÄrztInnen und der Öffentlichkeit sowie an den Vorgaben des Landes. Die InteressentInnen, darunter die deutsche Helios Gruppe, sahen schlussendlich zu wenig Spielraum und zogen sich zurück (ebenda, 87). Im Falle des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (AKH) ist die technische Betriebsführung in privater Hand. Im Zuge des AKH-Bauskandals wurde die Vamed AG gegründet. Das Privatunternehmen hat das AKH fertig gebaut und ist heute für die technische Betriebsführung zuständig. Das Unternehmen gehört mehrheitlich dem deutschen Medizintechnikkonzern Fresensius, der in Deutschland die Helios Klinikgruppe übernommen hat (siehe den Beitrag von Thorsten Schulten in diesem Heft). Der Wiener KV hat zusammen mit der Wiener Krankenkasse und dem privaten aber nicht profit-orientierten Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien eine Firma gebildet, die ein neues Dialysezentrum errichten soll. Weil der private Partner das Management übernimmt (obwohl er das geringste Kapital in das Projekt eingebracht hat), fallen die Beschäftigten unter den ungünstigeren Kollektivvertrag für Privatkrankenanstalten (vgl. Rümmele 2007, 40).

Innerhalb eines PPP werden Private auch zunehmend zur Finanzierung von Investitionen geholt. Diese übernehmen dann die Kosten des Baus bzw. Umbaus eines Spitals und bekommen dafür eine Gegenleistung (vgl. Rümmele 2005, 36). Ende der 1990er Jahre waren so genannte *Sale-and-lease-back-Geschäfte* weit verbreitet. Gemeinden erhofften sich dadurch Millionenerlöse (ebenda). Dabei wurde eine Lücke im US-Steuersystem genützt, Bund, Länder und Gemeinden verkauften Kanalnetze, Bahnhöfe, Eisenbahngarnituren, Schienennetze und Krankenhäuser an US-Investoren und mieteten diese langfristig von ihnen zurück. Auf beiden Seiten konnten kleine Gewinne gemacht werden, die tatsächlichen Auswirkungen dieser Geschäfte werden aber erst in 15 bis 20 Jahren bekannt sein, wenn die ersten Verträge auslaufen (ebenda, 57).

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

4.1.2 Verkauf von Spitälern

Bei echten Privatisierungen steigt der öffentliche Partner komplett aus und der private kann selbst entscheiden, welche Leistungen er zu welchen Preisen anbietet. Eingeschränkt wird er allerdings dann, wenn er Leistungsverträge mit öffentlichen oder privaten Versicherungen abschließt. Im Normalfall werden ihm diese Versicherungen Vorgaben machen, was er wie anzubieten hat. Bis jetzt wurden lediglich zwei Krankenhäuser (Kitzbühl und Kapfenberg) an Privatunternehmen verkauft (ebenda, 87). Im Falle von Kitzbühel ging das Krankenhaus nach fünf Jahren allerdings wieder in den öffentlichen Besitz über, nachdem der private Betreiber ausgestiegen war, weil die Geburtsklinik aus dem Krankenanstaltenplan des Landes gestrichen worden war. Inzwischen wurde das Spital zur Gänze aufgelassen (vgl. Rümmele 2007, 40). Gleich mehrmals brachen Privatisierungsdiskussionen 2002 und 2004 über das Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse aus. Das Spital wird als Referenzkrankenhaus und Kompetenzzentrum für alle anderen Kassen geführt, um den Krankenhausalltag und seine Abläufe zu studieren. Die Befürworter des Verkaufs, allen voran VertreterInnen der Regierung, sehen das Spital als wirtschaftliche Belastung für alle Krankenkassen und als Hauptursache des enormen Defizits der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) (vgl. Rümmele 2005, 24).

4.2 Private Anbieter

Auch in Österreich steigt die Zahl neuer Unternehmen und finanzstarker Investoren, die Krankenhäuser und Spitäler übernehmen wollen. Diese sind zum einen internationale Konzerne, wie der deutsche Sana Konzern oder die deutschen Helios-Kliniken zum anderen österreichische Anbieter. Österreichs private Krankenversicherungen besitzen gemeinsam eine Spitalsgesellschaft, die Humanomed. Diese betreibt Sanatorien, Privatkliniken, Ambulatorien, Altenheime, Kurheime, Thermalbäder und ein Consulting Unternehmen, das sich nach eigener Definition auf die Ausgliederung von Krankenanstalten aus der öffentlichen Verwaltung in private Rechtsformen spezialisiert hat (ebenda, 88). Gemeinsam mit dem deutschen Sana-Konzern (deutsche Privatkrankenversicherer) bewarben sie sich um das Management der steirischen Kages 2003. Zudem kooperieren in Österreich die größten Baukonzerne mit Spitalsspezialisten und versuchen so bei PPP-Modellen vom Bau bis zur Betriebsführung von Krankenhäusern ins Geschäft zu kommen. Da das in Österreich bisher nur selten gelungen ist, investieren österreichische Firmen zur Zeit vor allem im Ausland (ebenda, 81). Die wichtigsten Partnerschaften sind die HCC Krabag (Health Care Company Krankenhaus Betriebsführung AG (Eigentümer: Haselsteiner Familien Privatstiftung), die Raiffeisen Holding NÖ-Wien und ein Kärntner Privatspitalsbetreiber. Außerdem bewirbt sich noch die Siemens Health Management GmbH (deutsche Mutter) um Krankenhäuser, Strahlentherapie, Bau- und Haustechnik und Finanzierung, mit der Hoffnung neben Österreich auch den nahen osteuropäischen Markt bearbeiten zu können (ebenda, 90f).

4.3 Offene Fragen und Herausforderungen

Auch im Gesundheitsbereich zeigt sich die Tendenz, dass private Anbieter ein so genanntes „Rosinenpicken“ betreiben. Sie tendieren zur PatientInnenselektion, „picken“ sich die leichteren Fälle mit geringerem Risiko heraus. Das zeigen auch die Daten des österreichi-

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 23–36

schen LKF-Systems (vgl. Streissler 2005, 128). Private beschränken sich meist auf standardisierbare und daher lukrative Behandlungen, während risikoreiche Behandlungen und teure Akutkapazitäten weiterhin von der Allgemeinheit bezahlt werden (vgl. Rümmele 2005, 15). Zudem nützen Private die öffentliche Infrastruktur, indem sie sich bevorzugt in der Nähe der besten öffentlichen Spitäler ansiedeln. So befindet sich heute in der Nähe des Wiener AKH die österreichweit höchste Anzahl an Gesundheitseinrichtungen, denn im Notfall ist eines der besten Krankenhäuser Österreichs in der Nähe (ebenda, 29). Viele AKH-ÄrztInnen haben Ordinationen in Privatkliniken rund um das AKH oder sind an privaten Instituten beteiligt (ebenda, 30).

PrivatisierungsbefürworterInnen argumentieren, dass private Anbieter effizienter wären. Tatsächlich sind sie manchmal günstiger, aber der Hauptgrund ist nicht die höhere Effizienz sondern die niedrigeren Personalkosten. Private Spitäler fallen unter den für die Krankenhausbetreiber günstigeren Kollektivvertrag der privaten Krankenanstalten. Darüber hinaus bilden private Anbieter oft kein Personal aus und greifen auf flexible Leiharbeitskräfte zurück (vgl. Streissler 2005, 127). Andererseits führt die zunehmende Konzentration im Bereich der privaten medizinischen Dienstleistungen dazu, dass private Anbieter vor allem bei Auslagerungen die Preise in die Höhe treiben können (vgl. Rümmele 2005, 133).

Sowohl auf Seiten der Einnahmen als auch auf Seiten der Ausgaben konnte das Gesundheitswesen nicht nachhaltig konsolidiert werden. Ziel der Reform 1997 war es, die Leistungserbringung im stationären Bereich mit jener im ambulanten Sektor auf regionaler Ebene besser zu integrieren und durch die Verbesserung des Schnittstellenmanagements Wirtschaftlichkeitsreserven zu realisieren. Gleichzeitig sollte damit auch die Durchlässigkeit der Strukturen für PatientInnen verbessert werden. Aufgrund des Auseinanderfallens von Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortlichkeit und der fehlenden Integration von ambulantem und stationärem Bereich kommt es aber nach wie vor zu unwirtschaftlichem Mitteleinsatz (vgl. Streissler 2005, 122). Bisher wurde allerdings Grundproblemen der schwer durchschaubaren Struktur der Finanzierung und die Durchsetzung einer Finanzierung „aus einer Hand“ eher ausgewichen (vgl. Hofmarcher 2006, 236). Einen Teil der dadurch entstehenden Probleme sollen die neu geschaffenen Gesundheitsplattformen lösen, deren Evaluierung noch ausständig ist.

BIBLIOGRAPHIE

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005), Das Gesundheitswesen in Österreich, Wien.

Health Consumer Powerhouse (2007), Österreich liegt im Vergleich der europäischen Gesundheitssysteme an erster Stelle, Pressemitteilung 1. 10. 2007, www.healthpowerhouse.com/files/press_releases/AU%202007%20EHCI.pdf.

Hofmarcher, Maria M. (2006), Gesundheitspolitik seit 2000: Konsolidierung gelungen – Umbau tot? in: Emmerich *Tálos* (Hg.), Schwarz-Blau. Eine Bilanz des Neu-Regierens, Wien.

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

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung, diverse Jahrgänge, Wien.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2007), Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2007, Wien.

International Austrian Market Research Institute (2004), IMAS-International. Ängste als Wegbegleiter der Zukunft, Umfrage 0409(19), Linz, http://www.imas.at/report/2004/19-10.pdf.

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

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.

Streissler, Agnes (2004), Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenspolitischer Sicht, in: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (Hg.), Materialen zu Wirtschaft und Gesellschaft, Band 89, Wien.

Streissler, Agnes (2005), Gesundheitsdienstleistungen, in: Kammer für Arbeiter und Angestellte (Hg.), Zur Zukunft öffentlicher Dienstleistungen. Zwischen Staat und Markt: Aktuelle Herausforderungen der öffentlichen Dienstleistungserbringung, 120-133.

Urban, Hans-Jürgen (2003), Perspektiven der Gesundheitspolitik im Neuen Europäischen Sozialmodell, in: Prokla 123, 433-454.

WHO (2000), Improving health system performance. The World Health Report 2000, Genf; http://www.who.int.

WHO (2004), Gesundheit im Schlaglicht: Österreich 2004, Kopenhagen; http://www.euro.who.int/document/chh/aut_highlights_ger.pdf.

WHO (2006), Gesundheit für alle-Datenbank, Kopenhagen; http://www.who.dk/hfadb.