Bernhard Rupp

PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS IM GESUNDHEITSWESEN: IST DER „DRITTE WEG“ EIN HOLZWEG ODER EIN KÖNIGSWEG?

EINLEITUNG

Die staatliche Dienstleistungserbringung im Allgemeinen und auch im Gesundheitswesen ist in den letzten 25 Jahren zunehmend unter Legitimationsdruck gekommen. Privatisierungen im Gesundheitswesen sind aber trotzdem, abgesehen von wenigen Ausnahmen, auf europäischem Boden und in auch Österreich nicht sonderlich populär.

Die politische Suche nach einem „dritten Weg“ war sohin, fast zwangsläufig, die Folge.

1. DEFINITION VON PUBLIC PRIVATE PARTNERSHIPS, BEGRIFFE UND ABGRENZUNGEN

Für den Begriff der Öffentlich-Privaten Partnerschaft („ÖPP“ oder synonym „Public Private Partnership“ kurz „PPP“) gibt es keine allgemeingültige Definition.

Der Begriff Public Private Partnership bezieht sich im Allgemeinen auf Formen der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Stellen und Privatunternehmen zwecks Finanzierung, Bau, Renovierung, Betrieb und/oder Unterhalt einer Infrastruktur oder die Bereitstellung einer Dienstleistung. Public Private Partnerships sind auf Dauer angelegte Kooperationen von öffentlicher Hand und privater Wirtschaft bei der Planung, der Erstellung, der Finanzierung, dem Betreiben oder der Verwertung von (bislang) öffentlichen Aufgaben mit angemessener Verteilung der Risken und Verantwortlichkeiten.

Im Gegensatz dazu wird in den klassischen New Public Management-Konzepten die Leistung weiterhin durch staatliche, bzw. durch staatlich kontrollierte Einrichtungen erbracht. Allerdings sind diese rechtlich verselbständigt und dadurch in verstärktem Maße der Eigenwirtschaftlichkeit unterworfen.

Über den „purchaser-provider-split“ werden zudem Marktmechanismen eingeführt und die staatlichen Einrichtungen können auch immer mehr der Konkurrenz mit privaten AnbieterInnen ausgesetzt werden.

Bei der reinen Privatisierung werden bislang staatliche Anbieter von Gütern und Dienstleistungen an Private verkauft. Sie bieten in der Folge die Leistungen im marktwirtschaftlichen Umfeld an, meist ohne weiter staatliche (Versorgungs-)Ziele verfolgen zu müssen.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 92–97

2. PPP IM ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITS- UND SOZIALSYSTEM

Öffentlich-Private Partnerschaften haben in Österreich eine lange Tradition. Im Bereich der Sozialen Dienste (Betreuung von behinderten Menschen, mobile Pflegedienste, Psychosoziale Dienste) arbeitet die öffentliche Hand seit mehr als 30 Jahren im Wesentlichen auf der Grundlage der Sozialhilfegesetze mit religiösen oder anderen gemeinnützigen Organisationen zur Erbringung sozialer Dienstleistungen auf Basis von zivilrechtlichen Verträgen zusammen. Auch im Bereich der medizinischen Versorgung im engeren Sinne bestehen jahrzehntelange Formen der öffentlich-privaten Zusammenarbeit, beispielsweise in Form der Leistungserbringung durch die niedergelassenen privatwirtschaftlich strukturierten KassenvertragsärztInnen als Partner der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Im Bereich der Krankenanstalten wird die Situation komplexer. Die Krankenhäuser wurden in den meisten Bundesländern, durch die Bildung von Betriebsgesellschaften nach privatem Recht, der staatlichen Verwaltung entzogen. Dadurch, dass diese Gesellschaften jedoch noch überwiegend im Eigentum der Länder stehen, bleibt der staatliche Einfluss jedoch bestehen. Daneben existieren aber, angefangen von Leasing-Modellen im Bereich der baulichen und medizinischen technischen Infrastrukturerhaltung und Erneuerung über verschiedenste Formen des Outsourcing von unterstützenden Funktionen bis hin zu Formen der Zusammenarbeit bei der Fort- und Weiterbildung von Personal und der medizinischen Forschung und Entwicklung ein weiter Bogen von Kooperationsformen zwischen öffentlichen Händen und Privaten.

PPP-Formen sind also für Österreich nichts Neues, neu an der aktuellen Diskussion ist allerdings, dass es nicht mehr um die Leistungserbringung durch relativ autonome staatliche und private Anbieter geht, sondern dass auch Leistungen in gemeinsamen Einrichtungen, d.h. in Kooperationen öffentlicher und privater Partner (ÖPP) oder Public Private Partnerships (PPP) angeboten werden sollen. Damit gewinnt die bisher eher patientenbezogene Kooperation zwischen Privaten und dem Staat eine neue Qualität. Durch gemeinsame Einrichtungen wird die Intensität der Kooperation entscheidend verstärkt und der Umfang des Anwendungsbereichs von PPP und die erforderliche Betrachtungsweise zur Vergleichbarkeit der Wirtschaftlichkeit von traditionellen Beschaffungs- und Dienstleistungserbringungsformen der öffentlichen Hände im Vergleich zu PPP-Projekten über deren gesamten Lebenszyklus ausgeweitet. Dies gilt auch über den Spitalbereich hinaus für neue Formen der Kooperation im Rahmen so genannter „Integrierter Versorgungsformen mehrerer Träger bzw. Dienstleistungsanbieter (vgl. auch die aktuelle Diskussion um „Ambulante Versorgungszentren“).

3. WARUM DIE BEZEICHNUNG ALS „DRITTER WEG“?

Als „Mutterland“ der Entwicklung des modernen „dritten Weges“ in Europa kann das Vereinigte Königreich angesehen werden. Nach wenig erfolgreichen Privatisierungsversuchen im Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen durch die Thatcher Administration in den 1980er Jahren wurde in den frühen 1990er Jahren das Instrument der Public

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 92–97

Private Partnerships entwickelt, das jedoch in dieser frühen unausgereiften Form kaum verwendbar war.

Nach dem Wahlsieg der Labour-Party im Jahre 1997 wurde das Instrument der PPP nicht beseitigt sondern mit Hilfe von namhaften Experten erstmals voll einsatzfähig gemacht.

Ideologisch lag nach den Vorstellungen Tony Blairs die langfristige Zusammenarbeit von staatlichen Stellen und Privaten zwischen der rein staatlichen Leistungserbringung und der tatsächlichen Privatisierung und wurde unter das politische Konzept des „Third Way" subsumiert (vgl. Funk 2001).

Auch in Deutschland stieß – zwar mit Verspätung - das Thema der PPP auf politisches Interesse. Im Frühjahr 2001 wurde z.B. eine Projektgruppe der SPD-Bundestagsfraktion eingerichtet mit dem Ziel, bis Ende der Legislaturperiode eine Positionsbestimmung der Fraktion zu PPP zu erarbeiten, die in mögliche Koalitionsverhandlungen einfließen kann.

Die Ergebnisse der Projektgruppe waren grundsätzlich von einer positiven Einstellung zum Instrument der PPP getragen und mündeten in der Formulierung klarer Rahmenbedingungen und Zielsetzungen.

- Mit PPP Effizienzgewinne realisieren
- PPP darf nicht zu einer zusätzlichen (finanziellen) Belastung des Bürgers führen
- PPP bedeutet nicht Privatisierung (Qualifizierung als „dritter Weg")
- PPP bedeutet mehr Wettbewerb und Chancen für den Mittelstand (KMUs)

4. PPP ALS KÖNIGSWEG?

Im nationalen Gesundheitswesen sehen sich politische EntscheidungsträgerInnen mit stetig steigenden Erfordernissen zu Ersatz- oder Neuinvestitionen konfrontiert.

Die nationalen und die europäischen Rahmenbedingungen, diese Investitionen auch finanzieren zu können, sind jedoch seit den 1990er Jahren durch die wenig dynamische nationale Wirtschaftsentwicklung sowie den Maastricht-Stabilitätspakt eingeschränkt.

Auf nationaler Ebene sind Steuererhöhungen kaum durchsetzbar.

Auf der EU-Ebene ist es das Ziel des Stabilitäts- und Wachstumspakts, die Haushaltsdisziplin der Mitgliedstaaten zu gewährleisten und übermäßige Defizite zu vermeiden. Auf diese Weise soll der Pakt auch zur Währungsstabilität beitragen.[1]

Unter diesen gegebenen Rahmenbedingungen erschien das Instrument der PPPs als leicht

[1] Vgl. dazu: http://europa.eu/scadplus/leg/de/s01040.htm.

gangbarer Weg, sowohl „offiziell“ scheinbar die Stabilitätspaktkriterien erfüllen zu können und gleichzeitig die real existierenden Bedarfe nach Investitionen im Gesundheitswesen zu befriedigen.

Ein weiters Motiv – neben den dargelegten Investitionsnotwendigkeiten – für PPP-Modelle entsprang der öffentlichen Meinung, dass der „Staat“ ein schlechter Unternehmer – auch im Gesundheitswesen – sei und man mit Hilfe der Managementkompetenz Privater relevante Effizienzsteigerungspotentiale im Gesundheitswesen lukrieren könne.

5. PPP ALS HOLZWEG?[2]

Trotz offizieller, teilweise ideologiegestützter, Skepsis hinsichtlich der Anwendung von PPP-Modellen bei Vertretern aller größeren Parteien in Österreich haben dennoch politische EntscheidungsträgerInnen eben dieser Parteien auf Gemeinde- und Landesebene und auch EntscheidungsträgerInnen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger in Österreich in den letzten Jahren versucht, Lösungen für ihre lokalen bzw. spezifischen Investitionsfinanzierungsprobleme auf dem Wege der Public Private Partnerships zu finden.

Die Komplexität der PPP-Zusammenarbeitsformen ist jedoch äußerst hoch und wurde von den betreffende politischen EntscheidungsträgerInnen oftmals unterschätzt.

Mangels eigenem Know-how und mangels fachlicher Unterstützung durch „task forces“ oder Kompetenzzentren für den öffentlichen Bereich endeten einige Projekte weit vor der beabsichtigten Laufzeit und für alle beteiligten Partner unerfreulich.

5.1 If you can’t measure it you can’t manage it

Projekte in anderen Ländern, die eine größere und längere Erfahrung mit PPP Projekten haben, haben ergeben, dass dem Gesundheitswesen angepasste Vergleichsrechenmodelle zum Nachweise der Effizienz sowohl für „traditionelle“ öffentliche Finanzierungs- und Betriebsformen und auch für PPP-Formen fehlen.

Der im Wesentlichen aus der Bauwirtschaft heraus entwickelte Ansatz des Public Sector Comparators (PSC) greift wegen seiner Hochbaulastigkeit für komplexe Gesundheitseinrichtungen zu kurz.

Dieses Instrument des PSC wird im Vereinigten Königreich prominent fachlich kritisiert und wurde hinsichtlich der teilweise fragwürdigen Risikoverteilungsregeln für Laufzeiten von oft mehr als 25 bis 30 Jahren von Vertretern des NAO (Rechnungshof des UK) als „pseudo-scientific mumbo jumbo“ (pseudowissenschaftlicher Hokus-Pokus) bezeichnet.

[2] Ein Holzweg ist ein zur Bewirtschaftung (Holzeinschlag) des Waldes vorübergehend oder dauerhaft angelegter Weg. Im Gegensatz zu regulären Wegen endet ein Holzweg jedoch unvermittelt im Gehölz oder an einem Holzplatz und führt sonst zu keinem Ziel.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 92–97

Auch hinsichtlich der bereits erwähnten Managementverträge, bei welchen private Anbieter ihr Management-Know-how zur Effizienzsteigerung in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen einbringen sollen, zeigt sich national ein durchaus gemischtes Bild aus guten und misslungenen Projekten. Intransparenz der Entscheidungen der neuen ManagerInnen und Verlern- bzw. Nicht-Lern-Effekte bei öffentlichen Partnern können die Folge sein.

6. WAS BEDEUTET DAS FÜR ÖSTERREICHISCHE ENTSCHEIDUNGSTRÄGER/INNEN?

Unbestreitbare Vorteile von PPP liegen in der „Disziplinierung" der öffentlichen Hände, d.h. in der Notwendigkeit der klar strukturierten und sorgfältigen Vorbereitung von neuen Projekten unter Beiziehung einer Vielzahl von ExpertInnen. Diese für den öffentlichen Sektor zum Teil neue Qualität hat im Bereich der Treffsicherheit bei der Einhaltung von Projektbudgets und Zeitvorgaben unbestreitbare Effizienzsteigerungspotentiale gebracht.

Ob diese Kostenvorteile in der Planungs- und Bauphase über den gesamten Projektlebenszyklus aufrechterhalten werden können, ist begründet anzuzweifeln.

Die Zweifel bestehen selbst bei Großkrankenhäusern, besonders aber bei kleinen Versorgungseinheiten z.B. im Bereich der regionalen Integrierten Versorgung.

Hinsichtlich der im Gesundheitsbereich neben der Kostenfrage keinesfalls zu vernachlässigenden Qualitätsfrage der Versorgung gibt es für Österreich aus verschiedensten Gründen keine Evidenz zum Thema der Versorgungsqualität von PPP.

Es gibt jedoch international – zuletzt von McKee/Edwards/Atun (2006) im WHO Bulletin – begründete Vorbehalte gegen eine intensive Beteiligung Privater an der allgemeinen intramuralen Gesundheitsversorgung.

Für EntscheidungsträgerInnen im österreichischen Gesundheitswesen auf Ebene der Gemeinden und der Länder stellt sich die Frage, welche Handlungsalternativen ihnen angesichts der gegebenen EU-weiten und nationalen Rahmenbedingungen (Maastricht, Stabilitätspakt) und ihrer eigenen Budgets zur Verfügung stehen.

Die Wahl besteht zwischen der Erhöhung des maastrichtrelevanten Erhöhung des Schuldenstandes oder im Aufsuchen von „off-budget"-Lösungen.

Ein Indiz, dass PPP in Österreich generell salonfähiger gemacht werden soll, birgt das aktuelle Koalitionsabkommen zwischen SPÖ und ÖVP.

In diesem österreichischen Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode (2007, 38, 67) wird erstmals die Einrichtung eines Kompetenzzentrums für PPP und die Überarbeitung vergaberechtlicher Normen zur Beförderung von PPP Projekten angesprochen.

Ob, frei nach Peter Drucker, mittels PPP im Gesundheitswesen die „richtigen Dinge" getan werden, ist nach der gegebenen Evidenz nicht klar beantwortbar.

Sozialpolitik in Diskussion, Band 5/2007: Seiten 92–97

Die Frage, ob durch eine neue EU-weite bzw. nationale Politikgestaltung künftig mehr Budgetgelder und alternative Handlungsfreiräume für EntscheidungsträgerInnen zur Verfügung stehen werden, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Was jedoch gesagt werden kann, ist, dass teilweise bereits Methoden entwickelt wurden, die „Dinge richtig zu tun", d.h. PPP Projekte für die öffentlichen Hände kostenmäßig effizienter und qualitativ sicherer zu gestalten. Zum Teil fehlen aber noch Methoden und Werkzeuge.

Diese für den nationalen Bedarf zu entwickeln, wäre eine dringliche Aufgabe für ein österreichisches PPP Kompetenzzentrum.

In Österreich existierten nach dem Wissensstand des Autors bis Mitte 2007 weder eine Analyse der nationalen Rechtsordnung hinsichtlich fördernder oder hemmender rechtlicher Bestimmungen hinsichtlich der Realisierung von PPP Projekten noch eine Analyse ausländischer PPP Taskforces und Kompetenzzentren mit Vorschlägen für die Einrichtung einer nationalen Stelle für Österreich.

Erst das PPP-Kompetenzzentrum der IMC FH Krems unter der wissenschaftlichen Leitung des Autors sich dieser Aufgabe angenommen und mit einem mehrköpfigen fachkundigen Autorenteam im Sommer 2007 einen Leitfaden für die erfolgreiche Errichtung von Public Private Partnerships im österreichischen Gesundheitswesen erstellt (vgl. Rupp/Bayer/Fischl/Güntert/Neumayer/Zivny 2007).

Als wichtigste Analyseergebnisse betreffend der national existierenden hemmenden Faktoren sind für den Spitalsbereich anzuführen:

- der nicht kostendeckende und „unberechenbare" LKF-Punktewert
- das Kriterium der Gemeinnützigkeit.

BIBLIOGRAPHIE

Funk, Lothar (2001), New Economy und die Politik des modernen dritten Weges, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Band 16-17, 24-31.

McKee, Martin and Nigel *Edwards* and Rifat *Atun* (2006), Public-private partnerships for hospitals, in: Bull Word Health Organ, 84/11, 890-896.

Regierungsprogramm (2007), Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode, 2007-2010; http://www.austria.gv.at/DocView.axd?CobId=19542.

Rupp, Bernhard und Wolfgang *Bayer* und Werner *Fischl* und Bernhard *Güntert* und Karl *Neumayer* und Thomas *Zivny* (2007), Leitfaden für die erfolgreiche Errichtung von Public Private Partnerships (PPP) im österreichischen Gesundheitswesen, Wien; Veröffentlichung durch BMGFJ geplant.