5 ■ sozialpolitik in diskussion sozialpolitik in diskussion

Helmut Ivansits und Ursula Filipič (Hg.)

PRIVATISIERUNG VON GESUNDHEIT – BLICK ÜBER DIE GRENZEN

November 2007

wien.arbeiterkammer.at

AK WIEN

PRIVATISIERUNG VON GESUNDHEIT – BLICK ÜBER DIE GRENZEN

Dokumentation der gleichnamigen Tagung
vom 5. November 2007
AK Bildungszentrum Wien

Organisiert von den Abteilungen
Sozialversicherung und Sozialpolitik
der AK Wien

Hg. von Helmut Ivansits und Ursula Filipič

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort 3

Christoph Hermann
Die Privatisierung von Gesundheit in Europa 5

Ines Hofbauer
Österreich 22

Thorsten Schulten
Germany 36

Richard Pond
United Kingdom 49

Monica Andersson
Sweden 62

Niko Stumpfögger
Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen
auf die Beschäftigten 75

Helmut Ivansits
Liberalisierung und Privatisierung des Gesundheitssystems –
Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen 85

Bernhard Rupp
Public Private Partnerships im Gesundheitswesen:
Ist der „dritte Weg“ ein Holzweg oder ein Königsweg? 91

Peter Hoffmann
Human Factors im Spitalsbetrieb – im Getriebe von Veränderungsprozessen 97

Helmut Ivansits
Nationale Gesundheitssysteme, Grundfreiheiten und PatientInnenmobilität
in der EU 102

AutorInnen 112

EINLEITUNG

Gegenstand der vorliegenden Publikation ist die Privatisierung bzw. Deregulierung des Gesundheitswesens.

Das Thema ist vielfältig. Der inhaltliche Bogen spannt sich über folgende Schwerpunkte:

Die, zum Teil sehr weitreichenden, Veränderungen im Spitalssektor werden in einem komparativen Überblick (vgl. Hermann i.d.B.) eingeleitet und in der Folge konkret am Beispiel von Österreich (vgl. Hofbauer i.d.B.), Deutschland (vgl. Schulte i.d.B.), Großbritannien (vgl. Pond i.d.B.) und Schweden (vgl. Anderson i.d.B.) dargestellt und analysiert. Diese Länderberichte sind im Rahmen des Forschungsprojektes „PIQUE" (Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity) entstanden, das von der Europäischen Kommission im Sechsten Forschungsrahmenprogramm gefördert wird. Es umfasst sechs Länder (Belgien, Deutschland, Großbritannien, Österreich, Polen und Schweden) und wird von der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA) in Wien koordiniert.[1]

Da die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland besonders weitreichend ist, werden an Hand dieses Beispiels die weitreichenden Auswirkungen für die Beschäftigten in den privatisierten Krankenhäusern – wie auch die Folgewirkungen der Privatisierung für die Arbeitsbedingungen in den (noch) öffentlichen Spitälern – genauer unter die Lupe genommen (vgl. Stumpfögger i.d.B.).

Weitere Beiträge sind der Klärung von Begrifflichkeiten und unterschiedlichen Politikoptionen (vgl. Ivansits i.d.B.), der so genannten Public-Private-Partnership im Gesundheitswesen (vgl. Rupp i.d.B) sowie der Frage der Qualität(sicherung) der stationären Versorgung in Verbindung mit der Privatisierung der Spitalslandschaft (vgl. Hoffmann i.d.B.) gewidmet.

Nicht zuletzt geht es auch um die Frage, ob und inwieweit den nationalen Gesundheitssystemen durch die Grundfreiheiten der EU eine substantielle „Aushöhlung" droht: die rezente Judikatur des EuGH zur PatientInnenmobilität wirft die Frage nach den Folgen dieser Entwicklungen für die Bevölkerung auf (vgl. Ivansits i.d.B.).

Mit der vorliegenden Publikation verfolgt die Arbeiterkammer Wien im Wesentlichen zwei Ziele: Zum einen soll Einblick in aktuelle Entwicklungen und Trends in Sachen Privatisierung von Krankenhäusern in einigen europäischen Ländern gegeben werden. Ferner sollen daraus resultierende Folgewirkungen sowohl für die Arbeitsbedingungen der im (öffentlichen wie privatisierten) Spitalssektor Beschäftigten sowie für die Qualität der erbrachten Gesundheitsleistungen – Stichwort: PatientInnensicherheit – gegeben werden.

Selbst wenn die Privatisierung des Spitalssektors in Österreich zur Zeit nicht so weit fortgeschritten ist wie in anderen europäischen Ländern, ist dennoch klar, dass die dortigen Ent-

[1] Informationen dazu finden sich unter: www.pique.at.

wicklungen in der einen oder anderen Form auf Österreich zurückwirken können. Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Publikation auch einen Beitrag für die gesundheitspolitische Diskussion in Österreich liefern, Folgewirkungen und Risken allfälliger Privatisierungen und Deregulierungen sollen rechtzeitig aufgezeigt werden.

Helmut Ivansits
Ursula Filipič
AK Wien, November 2007

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.

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

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-

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

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

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,

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

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

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.

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.

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).

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.

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.

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.

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.

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.

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).

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-

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.

Thorsten Schulten

GERMANY

INTRODUCTION

Since the early 1990s the German hospital sector has been in an ongoing process of restructuring. The most obvious signs for this are a continuing decline in the number of hospitals and hospital beds and a growing number of hospital privatisations. Concerning the latter there have been two waves of privatisations so far. The first wave started in the early 1990s and following German unification was very much concentrated on eastern Germany. A second wave started after 2000 and now covers the whole of Germany. The current wave hit its temporary peak with the first privatisation of a university hospital, involving the universities of Marburg and Gießen at the beginning of 2006.

The privatisation of hospitals in Germany is mainly driven by the large budget deficits of public authorities at the regional and municipal levels. For the latter privatisation has the advantage that they do not have to compensate any longer for the budget deficits of public hospitals and might even make some money through the sale – which they can use to tackle their own financial problems.

1. THE GERMAN HOSPITAL SECTOR – AN OVERVIEW

According to the German hospitals statistics in 2004 there were 2,166 hospitals with more than 530,000 beds.[1] Since the beginning of the 1990s, hospital capacities in Germany have shown a continuous decline. The total numbers of hospitals fell by about 10% while the number of beds decreased by about 20%. In 2004 there were 6.4 beds per 1,000 inhabitants compared with 8.3 beds in 1991.

There are somewhat more than 1 million employees working in the German hospital sector. This is about one quarter of all employees in the German health sector, which in total covers about 4.2 million employees (cf. Rolland 2005, 842; Statistisches Bundesamt 2006b, 41). In comparison to the fall in the number of hospitals, the decline of employment has been relatively moderate. Since the early 1990s the total number of employees has dropped by about 3.6%. Calculated on the basis of full-time equivalents, however, the decline has been more than twice as high, reaching 8%. The latter indicates an increasing use of part-time and marginal part-time employment in German hospitals.

[1] The German Federal Statistical Office provides annual hospital statistics including basic data on all hospitals in Germany (for the most recent issue, see: Statistisches Bundesamt 2005). There is a legal obligation for hospitals to provide certain information on a regular basis, since the hospital statistic is one major source for national hospital planning. For more information on the structure and the methodology of the hospital statistics, see: Rosenow and Steinberg (2002).

Although the number of hospital cases has increased continuously, the average occupancy rate dropped from 84.1% in 1991 to 75.7% in 2004. The main reason for this was a strong decline in the average length of stay from 14 days in 1991 to 8.7 days in 2004. Consequently, German hospitals were faced by a sharp decline in the occupancy and billing days.

2. THE PROCESS OF LIBERALISATION AND PRIVATISATION

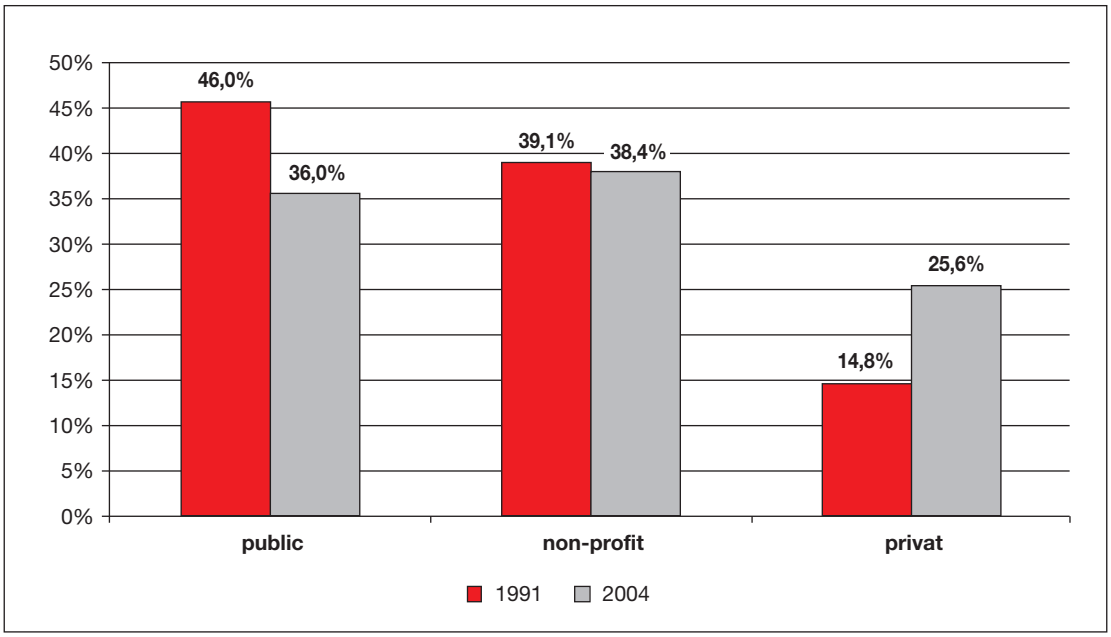
The German hospital sector has always been composed of a certain variety of companies with different ownerships. Beside the public hospitals, which are owned by municipalities, regional districts or the German federal states, there has been a long tradition of non-profit hospitals run by Christian churches and various welfare organisations. For quite a long time there have also been some private hospitals which mainly cover rather small and specialised clinics. As laid down in the German Social Security Code *(Sozialgesetzbuch,* SGB) only those hospitals receive funding from the state and the health insurance funds which are officially registered within the national hospital plans (cf. Code No. 5, Article 108). According to the Hospital Financing Act *(Krankenhausfinanzierungsgesetz,* KHG) of 1972, however, the state has to respect the variety of ownership and has to make sure that all different groups of hospitals – be they public, non-profit or private – receive sufficient funding (Article 1, Para 2).

Since there has never been a public monopoly in the German hospital market, there have been no attempts for an explicit liberalisation policy. However, changes in the social, political and economic framework conditions led to an overall economisation and commercialisation of the health sector, which has promoted an ongoing restructuring process of German hospitals. One of the most obvious signs of this trend has been the growing number of privatisations. Although the first privatisation of a public hospital took place as early as 1984 (cf. Meyer-Timpe 2006), there was not much change in the composition of hospital ownership until the early 1990s. After German unification in 1990 a first wave of privatisations of hospitals took place – mainly in eastern Germany – as part of the transformation process from a former state-socialist towards a capitalist market economy. Since the beginning of the new millennium a second wave of hospital privatisations has started which now covers all regions of Germany.

Between 1991 and 2004 the proportion of private hospitals increased from 14.8% to 25.6% (Figure 1). At the same time the share of public hospitals decreased from 46% to 36% while the proportion of non-profit hospitals remained relatively stable. There are also significant regional differences in the share of private hospitals varying from 45% in Berlin to still 0% in Saarland.

Although public ownership has lost its majority regarding the total number of hospitals it still has a dominant position when the numbers of hospital beds are considered. In 2004 a majority of 52.8% of all beds were still provided by public hospitals in comparison to only 11.5% provided by private hospitals (Figure 2). The dominant position of public hospitals becomes even more pronounced regarding the number of employees: Nearly 60% of all hos-

Figure 1: Ownership of German hospitals 1991 and 2004

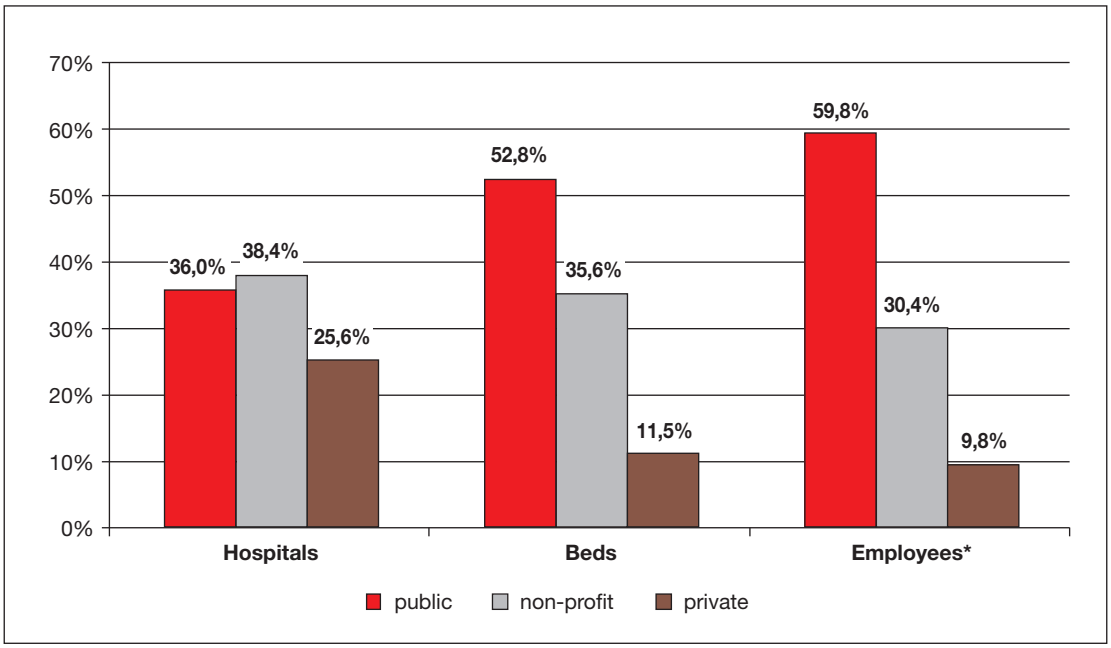


Source: Statistisches Bundesamt (2005)

pital workers were employed by public hospitals, while private hospitals still had less than 10% of all employees.

So far, the privatisation of German hospitals has been the domain of smaller clinics (cf. Strehl 2003). In 2004 more than 82% of all private hospitals had less than 200 beds and more than

Figure 2: Proportion of hospitals, beds and employees* in Germany according to different ownerships (2004)



* full-time equivalents
Source: Statistisches Bundesamt (2005)

Table 1: Ownership and size of German hospitals (2004)*

Size of hospital	public	non-profit	private
< 99 beds	12.4%	15.6%	63.1%
100-199 beds	25.2%	29.4%	19.4%
200-499 beds	38.9%	45.2%	13.5%
> 500 beds	23.5%	9.8%	4.1%
All hospitals	100%	100%	100%

* Only general hospitals
Source: Statistisches Bundesamt (2005)

63% even provided less than 100 beds. Only about 4% of all private hospitals were larger clinics with more than 500 beds. In contrast to that a majority of 62% of public hospitals were of medium or large size. Nearly one quarter (23%) provided more than 500 beds (Table 1).

While in the past private hospital investors tended to focus on smaller clinics, more recently Germany has been faced with a number of more spectacular cases where larger hospitals have become privatised:

- In July 2001 the private hospital chain Helios bought 51% of the shares of the clinic of the city of Erfurt (Klinikum Erfurt), which had around 1,121 beds. In November 2002 it also bought the remaining 49% of the shares, so that Klinikum Erfurt is now a 100% owned by Helios.
- In January 2003 Helios took over 94.9% of the shares of the clinic of the city of Wuppertal (Klinikum Wuppertal) which had more than 1,000 beds.
- In 2004 the private hospital company Asklepios bought the main hospital group of the federal state of Hamburg (Landesbetrieb Krankenhäuser, LBK) which covered seven clinics with 5,688 beds. The acquisition will become fully effective in 2007, when Asklepios will have sold one of the seven clinics as required by the German Federal Cartel Office.
- In January 2006 Germany saw the first privatisation of a university hospital when the private hospital corporation Rhön Klinikum AG acquired the university clinics of Marburg and Gießen from the federal state of Hesse. Together, the two university clinics provided more than 2,400 beds.

Almost all studies on the German hospital sector estimate that the privatisation process will continue in the future and will also include larger clinics. For example, a study carried out by the economic research department of the Allianz Group predicts that by 2020 the proportion of private hospitals will increase from currently 25% up to 40% (cf. Hess 2005, 11). Other studies estimate that the share of private hospitals might even grow to 50% (cf. Sal Oppenheim 2001; Schmidt et.al. 2003). Regarding university hospitals a study by Dr. Wieselhuber & Partner Consultancy estimates that in 2015 about 23% of all hospital clinics will have been privatised and further 29% will be organised through public-private-partnerships (cf. Dr. Wieselhuber & Partner 2006).

2.1 Major private hospital companies

The ongoing restructuring of the German hospital sector has led to the emergence of some major private hospital companies. Among them there is a group of four large corporations including Asklepios, Rhön-Klinikum, Fresenius and Sana Kliniken which together account for nearly one third of all private hospitals. Since all of these four companies are following a strategy of continuous expansion they are expected to acquire a much larger market share in future. Thereby, the restructuring of the hospital sector does not only include privatisations but also mergers and acquisitions among private hospital companies. The largest takeover of a private hospital so far took place in October 2005, when the medical care company Fresnius bought the private hospital chain Helios Kliniken.

The German hospital market is so far almost exclusively dominated by German companies. However, since privatisation and restructuring will continue this might also attract more foreign healthcare companies to the German market. A first major acquisition made by a foreign company took place in August 2006 when the Swedish healthcare company Capio announced the takeover of Deutsche Kliniken GmbH, which is one of Germany's largest private hospital companies (cf. Capio 2006).

2.2 Drivers for privatisation

The reasons for the growing number of privatisations in the German hospital sector are manifold. On the one hand there are more general reasons such as changes in the overall political and economic framework conditions. On the other hand there are some more specific reasons which have to do with changes in the regulation of the German healthcare system and the system of hospital financing and their impact on the financial situation of public hospitals.

Among the more general reasons there is first of all the difficult financial situation of most public authorities in Germany, which often have to deal with large debts and high budget deficits. At the end of 2005, the total public debt of all German municipalities amounted to 83.8 billion euro while there was a public deficit of 2.3 billion euro. The financial situation of the German federal states was even worse with a total debt of 468.2 billion euro and an annual budget deficit of 24.1 billion euro.

There are many reasons for the ongoing crisis of public finances: it is partly caused by the consequences of German unification as well as by a relatively weak economic performance, persisting high unemployment and increasing social welfare payments during the 1990s. Moreover, it is also caused by a certain fiscal and tax policy in Germany which in recent times has favoured tax cuts – especially for companies and groups with higher incomes. This policy has further contributed to maintaining the weak economic performance of the German economy and has undermined the tax income of public authorities (cf. Truger 2004).

Although the crisis of public finances is rooted in political decisions, it is usually treated as a "constraint" for political action. Against that background the German federal states, which according to the German Hospital Financing Act have the main responsibility for hospital planning and the financing of hospital investments, have been less and less active in fulfilling

their tasks. For many years they have not provided sufficient financial resources for hospital investments (cf. Bruckenberger 2005). Various studies estimate that the current backlog of necessary investments in hospitals amounts to around 30 billion euro (cf. Augurzky et.al. 2004; Bruckenberger 2005; Hess 2005).

Moreover, since the German hospital financing system does no longer guarantee full cost compensation, many German hospitals have not been able to finance their operational business. According to figures provided by the German Hospital Federation (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG) more than one third of German hospitals had a negative annual balance sheet in 2004 (cf. Deutsches Krankenhausinstitut 2005, 62). The municipal employers association *(Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände,* VKA) even claim that nearly 50% of all public hospitals were running deficits (cf. VKA 2006). The financial losses of the public hospitals have to be covered by their public owners, who are often them-selves in serious financial difficulties.

Against that background the privatisation of hospitals might be attractive for public authorities for several reasons (cf. Brunckenberger 2005; Hess 2005): First, the sales revenues might help to reduce the public debt. Secondly, the public authorities are no longer responsible for balancing the financial deficits of the hospital. Moreover, they can shift at least part of the costs for necessary investments in the hospitals to private investors.

In comparison with public hospitals private hospital companies are claimed to have several competitive advantages (cf. Hess 2005). First, they have much easier access to private capital markets in order to organise the financial resources for necessary investments. Secondly, private hospital companies are often able to organise their operational business in more efficient ways. They can, for example, make better use of economies of scale and synergy effects through the close cooperation of different clinics within the private hospital chain.

Thirdly, private hospital companies claim that they have much lower labour costs because they are not covered by the relatively “expensive” collective agreements of the public sector but have either their own company agreements or are not covered by any collective agreement at all. In 2004 the average costs per employee in private hospitals were 47,400 euro per year in comparison to 51,400 euro in public hospitals. Since labour costs amount to nearly two thirds of the overall costs in German hospitals (cf. Statistisches Bundesamt 2006a), the differences in pay and other labour costs create a major competitive advantage for private hospital companies.

2.3 The European dimension

So far, the European Union has no explicit policy on hospital services. The organisation and provision of hospitals is the full responsibility of the EU member states. As pointed out in Art. 152 (5) EC (Treaty establishing the European Community) “community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the Member States for the organisation and delivery of health services and medical care.” However, the currently dominating economic policy of the European Union implicitly exerts a more or less strong influence on the development of hospital services in Germany.

First of all, the EU Stability and Growth Pact (SGP) determines a European macroeconomic regime which strongly constrains the possibilities for public economic policy and investments. In order to fulfil the SGP's limits for public budget deficits German public authorities have followed a rather restrictive fiscal policy and have increasingly used privatisations to solve budget problems. The European economic policy regime has also put pressure on the German national social insurance systems whose financial deficits make a significant contribution to the overall public deficit (cf. Urban 2003, 52ff). In order to bring down the cost of the public health insurance system, for example, since the mid-1990s the German government has carried out one reform after another including major reforms of hospital financing. Finally, the development of the German hospital sector has been influenced by the EU liberalisation policy in other sectors which has promoted the general concept of privatisation as an efficient and advantageous policy strategy.

In recent years there has been a growing juridical and political debate on whether or not the German system of hospital organisation and financing is in agreement with European competition law (for an overview see: Bruckenberger et. al. 2006; Rinken and Kellmer 2006). In particular, there is a strong criticism coming from private hospital companies in Germany on the common practice according to which public authorities regularly compensate the financial deficits of public hospitals. In January 2003, the private German hospital company Asklepios sent a complaint to the European Commission in which they argued that this practice created an unlawful discrimination of private hospitals and had to be seen as a prohibited form of state aid according to Art. 86ff. of the EC Treaty. In May 2004, Asklepios brought the case before the European Court of Justice (ECJ), after the European Commission had failed to take a decision on the complaint (Official Journal of the EU C 210/16-17, 7.8.2004). The ECJ has taken no decision on the case yet. However, if the European Court agreed with the viewpoint of Asklepios, this would have a major impact on the German hospital sector and would definitively promote further privatisations.

The European Commission has regarded health services as "services of general interest" where the application of the EU competition law should be subject to some restrictions (cf. European Commission 2004). In its "Altmark decision" of July 2003, the ECJ defines some relatively restricted conditions under which public authorities are allowed to compensate for deficits of public companies (cf. Rinken and Kellmer 2006, 5). However, from a legal point of view it is still unclear if theses criteria also apply to public hospitals. In 2005 the European Commission (2005, 5) published a draft decision in which it proposed somewhat less restricted conditions for deficit compensation in public hospitals. Depending on further juridical clarifications and decisions of the ECJ and the European Council on the treatment of services of general interest and hospital services in particular the European level might have a much stronger impact on the restructuring of the German hospital sector in future.

3. PROVISION, PLANNING AND FINANCING OF HOSPITALS

The basic regulation of the provision, planning and financing of hospitals is laid down in the German Social Security Code No. 5 *(Sozialgesetzbuch,* SGB 5) and in the Hospital Financing Act *(Krankenhausfinanzierungsgesetz,* KHG). The responsibility to provide sufficient hospital

services lies with the governments of the German Federal States *(Länder).* According to Article 6, Para 1 of the KHG the federal states are obliged to produce and regularly update a hospital plan, which details the provision of hospital-based medical care in the respective state. Contents and methods of hospital planning are determined at federal state level and differ substantially among states. As laid down in Article 7, Para. 1 of the KHG the ministry responsible within the federal state has to work out the hospital plan under participation of and in consultation with the regional associations of the German Hospital Federation (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG) as well as the regional health insurance funds.[2] In recent years the federal state administrations have also increasingly involved consulting firms and research institutes in the planning process (cf. Busse and Riesberg 2004, 105). As Article 1, Para 2 of the KHG determines, the hospital plan has to guarantee a structure of hospitals with different forms of ownership, i.e. not only public but also non-profit and private hospitals have to be considered in the hospital plan. As a result of Germany's essentially regional system of hospital planning, there are significant differences among the federal states regarding the number of hospitals and hospital beds in relation to the population (cf. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006).

The payment of hospitals in Germany is organised through the so-called dual financing system, which was introduced in the early 1970s (cf. Busse and Riesberg 2004, 165ff). All operational costs including costs for medical services and accommodation as well as personnel costs are covered by reimbursement contracts between hospitals and the health insurance companies, whilst longer-term infrastructure investments are to be financed by the federal states. Only those hospitals which are listed in the federal state's regional hospital plan are entitled to participate in the dual financing system. In fact, 97% of all clinics and roughly 80% of all private hospitals belong to the hospital planning scheme (cf. Hess 2005, 2f).

Since the early 1990s the German system of hospital financing has been confronted with rising problems and difficulties (for an overview see: Simon 2000, 2001). On the one hand the hospitals have had to deal with an increasing investment backlog since most federal states did not provide sufficient financial resources for investments because of their own growing budget problems. This investment backlog has been identified as one major driver for the privatisation of public hospitals. On the other hand the mode of compensating operational costs through the health insurance funds has been challenged by various legal changes which finally led to a fundamental transformation from a system of full cost coverage to a system of capped hospital budgets.

Until the end of 1992 all operational expenditures had to be financed by the social health insurance funds, so that it was impossible for hospitals to make deficits. The actual remuneration was mainly done through per-diem charges where each day's treatment per patient was compensated at a flat rate, irrespective of the individual treatment input required. In the 1980s, however, this system of hospital financing became increasingly accused of creating "incentives to keep patients in hospital for longer than medically necessary to increase the occupancy rate of the oversized bed capacities" (Hess 2005, 4).

[2] For a description of the different contents, methods and institutional arrangements of hospital planning in the various federal states, see: Deutsche Krankenhausgesellschaft 2006.

With the adoption of the Health Care Structure Act of 1993 *(Gesundheitsstrukturgesetz)* hospital spending was capped. The annual growth of reimbursement for individual hospitals was restricted to the annual rise in the health insurance funds' revenue, irrespective of the services actually provided. At the same time the principle of full cost coverage became abolished and, for the first time, hospitals were allowed to make profits or deficits (cf. Busse and Riesberg 2004, 168). In 1996 the reimbursement system based on per-diem fees was replaced by a mixed payment system which included per diem fees as well as case fees covering the costs of a patient's entire hospital stay.

The changes in the hospital financing system were aimed at putting considerable rationalisation pressure on hospitals in order to provide more efficient and cost-saving health services. Indeed, the new forms of hospital financing set in motion a far-reaching restructuring process of the German hospital sector – of which the most obvious results are the reduction of the number of hospitals and hospital beds (including hospital closures), the reduction in the average length of hospital stays and a growing number of privatisations.

However, until the end of the 1990s all these developments did not result in a decrease of the overall spending on hospitals, which, on the contrary, has continued to rise (cf. Simon 2001, 15). In 2000 the German Federal Government decided on an even more fundamental change to the hospital financing system by the introduction of a German Diagnosis Related Group (G-DRG) system which was mainly based on the existing Australian DRG system (cf. Baum/Tuschen 2000, Simon 2002, Busse/Riesberg 2004, 171ff). The introduction of the DRG system started in 2003 and – after a transitional period – is planned to be fully operational from 2009 onwards. That basic notion of the DRG system is that every case should be reimbursed by a uniform flat-rate determined by a DRG irrespective of the concrete treatment and the actual corresponding costs of an individual hospital.

It is widely expected that the full introduction of the DRG system will further promote the ongoing restructuring process of the German hospital sector. According to a study by the Allianz Group Economic Research Department the new DRG system "brings greater transparency and keeps up the rationalization pressure, particularly for those hospitals whose costs per case are above average. … But even institutions operating at below-average costs have a strong incentive to continue cutting expenses, since the difference between in-house costs per case and the case-based lump-sum remuneration remains as their operating profit" (Hess 2005, 6). One major consequence of the DRG system will be a further reduction of average patient's length of stay, since "the logic behind case fees calls for ideally short hospitalization periods" (ibid.). This will have further organisational consequences for the hospitals which will increasingly split their business between core inpatient care and supplementary outpatient care.

Moreover, the growing rationalization pressure exerted by the DRG system will lead to a further concentration in the hospital sector. The Allianz study estimates that in 2020 the number of hospital and hospital beds will have dropped to 20% (ibid., 11). According to a recent study by McKinsey, about one third of all German hospitals will not be able to operate without financial deficits under the conditions of the new DRG system (cf. McKinsey 2006). Considering this, McKinsey expects a further restructuring in the German hospital sector including the closing down of hospitals, new mergers and further privatisations. The politically instigated change in the German hospital financing system could therefore be identified

as one further major cause of the ongoing process of restructuring and privatisations in the German hospital sector.

3.1 Restructuring of hospitals and German competition law

Since the growing number of mergers and takeovers, the German hospital sector has become more and more confronted with the German competition law. On 11 March 2005, the Federal Cartel Office *(Bundeskartellamt)* prohibited for the first time the takeover of two public hospitals in the district of Rhön-Grabfeld by the private hospital company Rhön-Klinikum AG in order to prevent a dominant position of a single hospital provider in a certain regional market (cf. Monopolkommission 2006). Only two weeks later, on 29 March 2005, the Federal Cartel Office also prohibited Rhön from acquiring the municipal hospital of the city of Eisenhüttenstadt. In April 2005 the Cartel Office accepted the acquisition of majority shares in the public hospital group LBK Hamburg by the private hospital company Asklepios only under the condition that Asklepios goes on to sell one of the seven LBK hospitals. In its justification of its decisions the Cartel Office recognised the special status of hospitals and made clear that it is not against privatisations in principle (cf. Bundeskartellamt 2005). The affected private hospital company Rhön has made an appeal against the decision of the Cartel Office at the Higher Regional Court *(Oberlandesgericht)* (which has not yet passed a final judgement). At the same time the regional government of the Rhön-Grabfeld district asked the Federal Ministry of Economics to give a special permission *(Ministererlaubnis)* for the takeover.[3] In May 2006, however, the Ministry rejected this demand and confirmed the decision of the Cartel Office (cf. Ministry of Economics 2006).

The Cartel Office decision was widely criticised by legal experts (cf. Bruckenberger et.al. 2006) as well as by private hospital companies. There is an apprehension that if the Cartel Office's ruling becomes final "it would basically throw private clinic chains' expansion strategy into doubt. Since cost-cutting measures have potentially reduced the rate of return on public-sector hospital takeovers, private operators are increasingly looking to the synergetic effects of regional concentration of their capacities" (Hess 2005, 10). However, it remains to be seen if German competition law will really become an instrument to limit hospital privatisations.

4. OUTLOOK

If the current trends in the German hospital sector continue, as is expected by most experts, there will be a continuous decline in the number of hospitals as well as a growing number of hospital privatisations. These developments will have a significant impact on both working conditions and industrial relations, as well as on the quality of hospital treatment. Much more research is therefore needed to get a more detailed picture of the differences in the functioning and organisation of public and private hospitals.

[3] According to Article 42 of German competition law (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, GWB) the Federal Ministry of Economics has the possibility to cancel a decision of the Cartel Office and could give a planned merger or acquisition special ministerial permission for general economic reasons.

There is, however, no automatism, which determines the future development of the German hospital sector. On the contrary, the recent restructuring of hospitals in Germany is the result of political decisions based on an economic philosophy which currently dominates the system and according to which the liberalisation and privatisation of public services will lead to more efficiency. In particular, in the health care sector there is much doubt as to whether this assumption will prove justified. As a result, hospital privatisations will continue to be confronted with anti-privatisation alliances composed of various stakeholders, so that the future development of hospitals in Germany will depend on the outcome of these political and social struggles.

REFERENCES

Anderson, Peter (2006), Krankenhaus-Verkauf ist gekippt, in: Sächsische Zeitung, 6. Oktober 2006.

Attac Marburg (2005), Kommodifizierung und Privatisierung der Krankenhäuser in der BRD, Manuskript; http://www.attac.de/marburg/cms/?id=Thema.Privatisierung.Krankenhaeuser.

Augurzky, Boris und Sebastian *Krolop* und Andreas *Liehr-Griem* und Christoph M. *Schmidt* und Stefan *Terkatz* (2004), Das Krankenhaus, Basel II und der Investitionsstau, RWI-Materialien Nr. 13, Essen.

Baum, Georg und Karl-Heinz *Tuschen* (2000), AR-DRG – Die Chancen nutzen. Überlegungen zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des neuen DRG Entgeltsystems, in: Führen und Wirtschaften in Krankenhaus (f&w), Nr. 17 (5), S. 449-460.

Bruckenberger, Ernst (2005), Privatisierung der Krankenhäuser. Eine Alternative zum Investitionsstau; www.bruckenberger.de.

Bruckenberger, Ernst und Siegfried *Klaue* und Hans-Peter *Schwintowski* (2006), Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin.

Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006), Keine Ministererlaubnis im Fall Landkreis Rhön-Grabfeld/Rhön-Klinikum AG, Pressemitteilung, 22. Mai 2006.

Bundeskartellamt (2005), Bundeskartellamt prohibits hospital merger for the first time, Press Release, 11 March 2005.

Bundesministerium der Finanzen (2006a), Eckdaten zur Entwicklung und Struktur der Kommunalfinanzen 1996-2005; http://www.bundesfinanzministerium.de.

Bundesministerium der Finanzen (2006b), Einnahmen und Ausgaben der Länder im Jahr 2005; http://www.bundesfinanzministerium.de.

Busse, Reinhard and Annette *Riesberg* (2004), Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Capio (2006), Capio Press Release 21 August 2006.

Deppe, Hans-Ulrich (2002), Kommerzialisierung oder Solidarität. Zur grundlegenden Orientierung der Gesundheitspolitik, in: Hans-Ulrich *Deppe* und Wolfram *Burkhardt* (Hg.), Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg, 10-23.

Deppe, Hans-Ulrich (2003), Neoliberalism, Health and Managed Care – A View from Europe, Paper presented in Rio de Janeiro/FIOCRUC, 26 March 2003; http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5302.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (2005), Fehlentwicklungen in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens, Paper released for a press conference 25 October 2005 in Berlin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand: Januar 2006); http://www.dkgev.de/pdf/1047.pdf.

Deutsches Krankenhausinstitut (2005), Krankenhausbarometer Umfrage 2005, Düsseldorf; http://dkg.digramm.com/pdf/967.pdf.

Dribbusch, Heiner and Thorsten *Schulten* (2007), The End of an Era: Structural Changes in German Public Sector Collective Bargaining, in: Peter *Leisink* and Bram *Steijn* and Ulke *Veersma* (eds.), Industrial Relations in the New Europe. Enlargement, Integration and Reform, Cheltenham.

Wieselhuber & Partner (2006), Hochschulmedizin 2015 – Eine vergleichende Studie für Deutschland, Österreich und die Schweiz, München.

European Commission (2004), White Paper on services of general interest, Brussels, 12.5.2004, COM(2004) 374 final.

European Commission (2005), Draft Commisison Decision [....] on the application of Article 86(2) of the Treaty to State aid in the form of public service compensation granted to certain undertakings entrusted with the operation of services of general economic interest, Brussels, /07/2005.

Greer, Ian (2006), Social movement unionism and social partnership in Germany: the case of Hamburg's hospitals, unpublished manuscript, October 2006.

Hansestadt Hamburg (2004), Volksentscheid: Senat stellt fest, dass die Vorlage der Initiatoren angenommen wurde, Pressemitteilung, 9. März 2004.

Hess, Werner (2005), Hospitals walking a tightrope between reform pressure and financial straits, Allianz Group/Dresdner Bank Economic Research Working Paper No. 49, 25 July 2005; http://www.allianz.com.

Hessischer Minister für Wirtschaft und Kunst (2006), Privatisierung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, No. 2/2006, Wiesbaden.

Krukemeyer, Manfred G. (2004), Structural problems in the German hospital system, in: Central European Journal of Public Health Vol. 12 (3), 161-165.

Kühn, Hagen (2003), Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit, in: *Büssing,* Andre und Jürgen *Glaser* (Hg.), Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen, 77-98.

Kühn, Hagen und Sebastian *Klinke* (2006), Krankenhaus im Wandel, in: WZB-Mitteilungen Nr. 2/113, 6-9.

Löser-Priester, Ingeborg (2003), Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten, Frankfurt am Main.

McKinsey (2006), Krankenhausreform weitgehend ausgereizt, Pressemitteilung 2. Mai 2006.

Meyer-Timpe, Ulrike (2006), Schmerz ist selten Privatsache, Zeit-Online 22. Juni 2006; http://zeus.zeit.de/text/online/2006/26/privatisierung-krankenhaeuser.

Monopolkommission (2006), Sondergutachten zum Zusammenschlussvorhaben der Rhön-Klinikum AG mit dem Landkreis Rhön-Grabfeld, Bonn; http://www.monopolkommission.de/sg_45/text_s45.pdf.

PLS Ramboll Management (2004), Geschäftsmodelle privater Konzerne im Krankenhaussektor, unveröffentlichtes Manuskript.

Rehm, Fabian (2006), Krankenhäuser zwischen Ökonomisierung und Privatisierung, in:. Zeitschrift Marxistische Erneuerung, 17. Jahrgang, Nr. 66, 83-93.

Rinken, Alfred und Oliver *Kellmer* (2006), Kommunale Krankenhäuser als Instrumente sozialstaatlich-kommunaler Daseinsvorsorge im Europäischen Verfassungsverbund, in: Die Verwaltung Jahrgang 39 (1), 1-28.

Rolland, Sebastian (2005), Krankenhäuser in Deutschland 2003, in: Wirtschaft und Statistik Nr. 8, 838-848.

Rosenow, Christiane und Anke *Steinberg* (2002), Zehn Jahre bundeseinheitliche Krankenhausstatistik, in: Wirtschaft und Statistik, Nr. 5, 383-391.

Sal Oppenheim (2001), Neues Vergütungssystem beschleunigt Privatisierung – Sal Oppenheimstudie zur Entwicklung des Krankenhausmarktes in Deutschland, Pressemitteilung, 1. Oktober 2001.

Schmidt, Christian und Thomas *Gabbert* und Florian *Engler* und Florian *Fischer* und Jochen *Breinlinger-O'Reilly* und Johannes *Möller* (2003a), Investoren im Gesundheitsmarkt, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 128, 1551-1556.

Schmidt, Christian und Thomas *Gabbert* und Florian *Engler* und Johannes *Möller* (2003b), Krankenhausmarkt im Umbruch – Welche Kliniken profitieren von der aktuellen Situation? in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement Nr. 8, 294-299.

Simon, Michael (2000), Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Opladen/ Wiesbaden.

Simon, Michael (2001), Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen (= Wissenschaftszentrum Berlin, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P01-205, Berlin.

Simon, Michael (2002), Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer „Steuerung über den Preis", in: Hans-Ulrich *Deppe* und Wolfram *Burkhardt* (Hg.), Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, Hamburg, 145-158.

Statistisches Bundesamt (2005), Grunddaten Krankenhäuser 2004, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006a), Kostennachweis der Krankenhäuser 2004, Fachserie 12, Reihe 6.3, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006b), Gesundheit – Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2006c), Finanzen und Steuern, Schulden der öffentlichen Haushalte 2005, Fachserie 14, Reihe 5, Wiesbaden.

Strehl, Rüdiger (2003), Privatisierungswelle im deutschen Krankenhauswesen? in: Michael *Arnold* und Jürgen *Klauber* und Henner *Schellschmidt* (Hg.) Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart, 113-129.

Tissen, Wolfgang (2005), Kommunal oder privat: Wohin tendieren die Krankenhausunternehmen, Interview mit Wolfgang Tissen, in: Das Krankenhaus, Nr. 8, 648-649.

Truger, Achim (2004), Rot-grüne Steuerreformen, Finanzpolitik und makroökonomische Performance – was ist schief gelaufen? in: Arne *Heise* und Eckhard *Hein* und Achim *Truger* (Hg.), Finanzpolitik in der Kontroverse, Marburg, 169-208.

Urban, Hans-Jürgen (2003), Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System, WZB Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Public Health SPI.

Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (2006), Hintergrundinformationen zum Tarifkonflikt zwischen der VKA und dem Marburger Bund, Pressemitteilung, 27. Juni 2006.

Wendl, Michael (2006), Verteilungskämpfe im Krankenhaus, in: Sozialismus, Jahrgang 33, Heft 9, 27-31.

Richard Pond

UNITED KINGDOM

INTRODUCTION

This report focuses on the provision of hospital services in England. It traces the development of hospitals from the setting up of the National Health Service in 1948 but concentrates on the period of major reforms from the early 1980s. It also looks at what has happened to private sector provision during this period; this includes not just hospital services provided by non-profit-making and commercial organisations but also services provided to private patients in NHS hospitals.

There are a number of important factors to bear in mind in understanding the development of hospital services during the post-war period. The first is the creation of the National Health Service (NHS) itself and the aim of ensuring universal access to healthcare which is free at the point of delivery and funded by taxation. This was and remains a major political achievement and one that continues to be recognised by voters and the main political parties so much so that, although there has been considerable reorganisation of the NHS over the last sixty years – particularly over the last 25 years – there has been no real attempt by any government, Labour or Conservative to change the way the NHS is funded or to introduce more charging.

The National Health Service was set up with three main divisions – hospital services, family practitioner services (including general practitioners (GPs), pharmacies, opticians and dentists) and community-based services – mainly municipal-run care services for the elderly, mentally ill and mentally handicapped. This model of organisation created two important differences in health service provision that have posed serious challenges for health service reformers ever since. The first is the way that hospitals have been split off from the rest of the health service and the second is the problem of co-ordination between the centrally controlled and funded hospital sector and the long-term care provided at local level by municipal authorities.

1. THE BRITISH HOSPITAL SECTOR BEFORE LIBERALISATION

The National Health Service came into being in July 1948. It was a key element of the political programme of the Labour government 1945-51 which aimed to address some of the central social problems of the pre-war years and the inadequate provision of healthcare was one of these.

The setting up of the National Health Service involved the nationalisation of the hospital sector. A total of 2,688 voluntary and municipal hospitals (1,143 voluntary and 1,545 municipal) with 480,000 beds were taken over by the Ministry of Health (cf. Rivett 1998). This left a small

group of mainly charitable and non-profit making organisations under private control. These included provident associations which funded private care by offering insurance-based schemes to individuals. People paying into these schemes could be treated in private institutions but may also have been treated in private beds in NHS hospitals.

Private healthcare, whether carried out in NHS hospitals or in private institutions, accounted for a very small percentage of health spending for most of the 1950s and 1960s. During this period NHS spending grew steadily and rapidly and private hospital treatment remained for the most part a privilege of the wealthy who wanted rapid treatment in better facilities. In fact, the demand for private treatment was so low that the Labour government of 1964-1970 reduced the number of pay beds in NHS hospitals not for ideological reasons but because they were being under-utilised.

Legislation introduced in 1976 specified that 1,000 pay beds should be withdrawn immediately and a Health Services Board established to oversee the phasing out of the rest of them. The number of pay beds in NHS hospitals was reduced from 3,444 to 2,533 between 1976 and 1980, the year that the Health Services Board was abolished by the Conservative government that had been elected in 1979. In fact, it was this process of effective nationalisation by the Labour government that was one of the factors contributing to a significant growth in private hospitals from the mid-1970s. In terms of beds the sector grew three-fold from 3,500 in 1976 to 10,000 in 1986. The other factors were a combination of increasing disposable income, particularly for those on above average incomes and the rise in waiting periods for some of the more common hospital treatments.

1.2 Managerial and administrative reforms

Several post-war governments have grappled with the challenge of improving the way the NHS is run through changes to management and administrative structures. Although these changes do not relate specifically to liberalisation or privatisation of the service they are worth dealing with briefly in order to understand how hospital services have been run and the extent to which performance and productivity may have been affected by organisational change.

The main characteristics of the structure of the NHS were unchanged between 1948 and 1974. One of the initial intentions of the reforms introduced in 1974 was to create greater coherence between the primary and secondary care sectors and the range of services, particularly long-term care, provided by local authorities. As Ranade puts it: “The 1974 reorganisation was based on the twin principles of rational planning and efficient management, although what was finally brought into being achieved neither.” The hospital sector came under the control of a whole new structure with Regional Health Authorities given a strategic role while below them Area Health Authorities (AHAs) and District Management Teams took on the management role. It had been the intention of the then Conservative health secretary Sir Keith Joseph to restrict appointments to people with managerial experience but in the outcome was for a mixed management involving representatives of staff and the community.

The 1974 reforms pleased no one and further reorganisation took place in 1982 when the Department of Health and Social Security (DHSS) set up the NHS Executive to take on a managerial role over the primary and secondary care sectors. The idea was that this specific

part of the DHSS would tackle management issues with a degree of independence from the policy making role of the Department. The specific change affecting hospitals was the removal of one layer of management with Area Health Authorities and District Management Teams replaced by District Health Authorities. The next stage of reorganisation came in 1991 with the establishment of the first of the NHS Trusts and the "internal market".

2. PROCESSES OF LIBERALISATION AND PRIVATISATION

There has not been distinct process of liberalisation or privatisation of NHS hospital services in ways comparable to other parts of the public sector where organisations were sold off or exposed to competition as they were, for example, in the electricity industry where companies were privatised and monopoly markets opened up so that individual consumers could choose which company supplied their electricity. In one sense, the market for healthcare has always been open in as far as individuals could, even though entitled to free NHS care, choose to pay for health insurance to cover private treatment or could even pay directly for treatment. In practice, it has only been a real option for the relatively well off or those provided with health insurance cover by their employers.

There has been no sale of hospitals to the private sector or long-term management contracts open to tender from the private sector to manage hospitals including their clinical services. However, there have been a number of important developments which have either led to an increase in private sector involvement in NHS hospital services or have been intended to introduce an element of competition into the system. Baggott (quoted in Ranade) talks about "creeping privatisation", "marketisation" and "radicalism by stealth". The key pices of legislation or policy decisions before Labour came to power in 1997 were:

- 1983 – Department of Health and Social Security issues circular HC(83)18 which asks District Health Authorities to "test the effectiveness of their domestic, catering and laundry services by putting them out to tender";
- 1990 – NHS and Community Care Act creates quasi-market by creating NHS Trusts as service providers competing with one another to win contracts from health authorities and fundholding GPs (general practitioners); and
- 1992 – introduction of Private Finance Initiative to fund capital projects across the public sector with the private sector often involved in the design, building, financing and operation of new facilities.

While these initiatives did have an impact on hospital services and how they were run, it is the implementation of a range of policies by the Labour government over the last six years that can most closely be described as a form of liberalisation with elements of privatisation. The 1983 competitive tendering circular definitely led to an increase in contracting out and had an impact on the delivery of hospital services. However, this was not about the overall ownership and management of hospitals or the delivery of clinical services. The "internal market" also affected the way hospitals were run but was not intended to nor did it lead to a significantly increased role for non-NHS providers of hospital services. PFI has certainly transformed the way hospital projects are funded and introduced more private sector

involvement in the running hospital maintenance, domestic and hotel services. However, the policy was slow to be taken up under the Conservatives and was only kick-started when Labour came to power in 1997 by which time no PFI had yet been opened.

Therefore, for the purposes of this report the key date in terms of an attempt to compare the state of affairs in health services before and after "privatisation and liberalisation" is taken to be 2000 which saw the publication of the NHS plan (cf. Department of Health 2000) and then:

- 2000 – Concordat between Labour government and private sector hospital groups over co-operation, in particular in increased use of private sector facilities to help reduce waiting lists
- 2002 – decision to supplement first NHS Treatment Centres with Independent Sector Treatment Centres – these are centres specifically run by non-NHS organisations to provide non-emergency surgery and diagnostic services
- 2003 – NHS and Community Care Act creates Foundation Trusts with even more independence than NHS Trusts although at the same time Labour claims that it is abandoning the Conservative attempts to create an internal market.

2.1 Creation of the "internal market"

One of the major NHS reforms and one which introduced an element of the market into the way the NHS operates was the responsibility of the Conservative governments of 1987-1992, first under Prime Minister Margaret Thatcher and then under her successor, John Major. This involved the creation of NHS Trusts and the internal market or at least quasi-market with the splitting of purchasers and providers. Essentially this gave GPs and health authorities the role of purchasers of healthcare while NHS Trusts, primarily based around hospitals, were the providers from whom they bought healthcare. The idea was that his would create competition between NHS Trusts and improve the cost effectiveness and value for money of the treatment they provided.

The introduction of some form of market mechanism fits in the Conservative approach to the public services and particularly the Thatcher and Major governments between 1987 and 1997. However, the Conservatives had always been cautious about health policies and there is an argument that rather than NHS reform being a central ideological aim for them, they were forced to take action as a result of increasing pressure on NHS funding during the 1980s. Health authorities were finding it more and more difficult to balance their budgets and there was a growing trend for them simply to shut down wards temporarily in order to save money. In the winter of 1987 health authorities around the country withdrew 4,000 beds from service and the media attention given to the funding crisis forced a response from Prime Minister Margaret Thatcher herself. In early 1988 she promised a wide-ranging review of the NHS. This according to one leading welfare state expert was a review that "nobody wanted: NHS professionals for fear of what it would bring, the government because it had no clear idea about what it wanted to do to the NHS, and the public who still did not trust the government with the service (cf. Timmins 1996, quoted in Ranade 1997).

The National Health Service and Community Care Act introduced the internal market which

began to operate from April 1991 with the setting up of the first wave of NHS Trusts. However, the need to create a market in healthcare was not part of the main political debate at the end of the 1980s and beginning of the 1990s that led up to the 1991 legislation and nor was the legislation seen as a way of liberalising healthcare in order to give a significantly bigger role to the private sector.

Although the impetus behind the NHS Review and the resulting White Paper, *Working for Patients,* was the perceived financial crisis of the NHS, there were no proposals for changing the way the service was funded. The emphasis of *Working for Patients* was then on organisational changes and centrally on the idea that if market forces were allowed to operate within the NHS there would be a more efficient provision of services.

Although the review was open to any organisation or individual to contribute, the key debates about reform were the work of a small Cabinet committee with support from senior civil servants and political advisers. So as Klein (1995) notes this was a significant break from the past when major NHS changes were investigated by a government appointed Royal Commission that brought together experts, including those representative of the main interests affected by the issue, who were generally expected to consider a wide range of reform options and come up with recommendations based on political compromise. Instead, *Working for Patients* was the produce of discussions of a small group influenced by the ideas of an American economist, Alan Enthoven.

The idea of NHS Trusts was that they would remain part of the NHS and their board members would be appointed by the Department of Health. However, they would no longer be under the control of the District Health Authority (DHA) and they would have to secure their income by winning contracts for work from commissioning bodies, either Health Authorities or the local doctors, GPs, who, if their practices were large enough, had decided to opt for the new fundholding status which provided them a with budget to purchase treatment for their patients.

The reforms also included a change in the way funds were allocated to DHAs. A new system allocated money based on the local population and its key health characteristics – age, morbidity etc. DHAs were then free, within certain limits, to use this money to buy treatment for local people from inside or outside the local area and either from NHS Trusts or from the private or voluntary sector. So this was a market where the consumers were organisations – DHAs or large GP practices – rather than the individuals who actually required the healthcare.

Trusts were given the freedom to directly employ staff, negotiate terms and conditions, own and dispose of their own assets, retain surpluses from these sales and borrow money from the government and private sector. Their directors and chief executives were often approved by the Department of Health on the basis of their experience of the business world rather than that of the health service or even public service more generally. In fact, a major survey of NHS Trust appointments exposed the extent to which individuals with close ties to the Conservative Party were much more likely to be appointed than supporters of Labour or any other political party with two thirds of Trust chairs revealed as having links with the Conservatives. This led the Conservative government to implement a new code of conduct for NHS appointments in 1995 (cf. Warden, 1995).

The Trusts also hit the headlines and have continued to do so over the last 15 years for the high salary levels paid to their top managers which have increased at a much faster rate than the average for NHS employees (cf. Health Matters, 1994).

Studies have failed to uncover any significant impact of the introduction of the quasi-market. The King's Fund, one of the leading independent health research bodies in the UK produced an assessment in 1999 (Le Grand) which found relatively little measurable impact and concluded that perhaps the incentives in the system were too weak to bring about a significant increase in efficiency and effectiveness. Another report (cf. Soderlund) published the same year focussed on the impact of management during the first few years of the internal market when there was a significant increase in the appointment of managers from the private sector. It concluded that higher spending on top level management was actually associated with poorer productivity levels.

The one way in which the Conservative Party did try to boost the private sector was by allowing tax relief on contributions to private healthcare policies taken out by the over-60s. In fact, this was a compromise as Margaret Thatcher had wanted to introduce much broader tax relief but was prevented from doing so by the then Chancellor Nigel Lawson.

2.2 Labour reforms

The Labour Party won the 1997 general election with an important part of its policy on health focussing on how to improve the performance of NHS hospitals, reducing hospital waiting times and speeding up the building of new hospitals and other health facilities by attracting more private sector finance. New policies on hospital performance and waiting list reduction were centred on organisational reform of the NHS and a different approach to creating incentives where the Conservative reforms of the early 1990s were deemed to have failed. The government's first white paper on health, *The new NHS, modern and dependable* (cf. Department of Heath 1997), made it clear that it would moving away from the internal market system that the Conservatives had tried to establish in the early 1990s. At the same time, however, Labour decided that it would breathe new life into another Conservative policy – the Private Finance Initiative (PFI) – that had made slow progress since first being introduced in 1992.

More generally the Labour government's approach to public services was to set a range of specific targets for organisations to meet. *The NHS Plan* (Department of Health 2000), for example, set targets for hospital waiting times:

- a maximum six-month inpatient wait for elective care;
- a maximum three-month wait for first outpatient appointments;
- a reduction in the maximum accident and emergency wait to four hours; and
- 31-day and 62-day waits for cancer treatment.

By 2005-06 these targets had already been met and the government was turning its attention to tougher targets to get waiting lists down to 18 weeks or less by 2008.

2.3 Payment by results and patient choice

The Labour government's new attempt at introducing market forces into the health sector is by altering the ways hospitals are funded and giving patients more say in their treatment. Payment by results (PBR) was first implemented only in 2006-07 and pays NHS Trusts for the procedures they have carried about based on a national tariff system. NHS Trusts are currently "road-testing" the tariffs for 2007-2008, meaning they have been notice of the prices to be attributed to all the procedures they undertake so that they can estimate their income based on their likely level of activity in the next financial year. The "road-testing" was one of a number of changes to the PBR system that the government introduced in the light of problems arising from the first year of operation as identified by an independent review.

It is now possible for patients to choose where they are treated depending on the type of procedure they require. They can access information on hospitals, including assessments from the Healthcare Commission, information about how hospitals tackle hospital infections and other information about basic hospitals services (parking, telephones etc.) and decide themselves or in consultation with their GPs about where to go for treatment. The government plans that patients will have a choice of at least five providers including at least one private hospital or independent sector treatment centres.

2.4 Foundation Trusts

A central part of Labour's plans for the NHS hospital system has meant further degrees of independence for the Trusts that which to apply for "Foundation" status and a greater and officially recognised role for the private sector in delivering healthcare. Foundation Trusts can, in fact, be any organisation that meets the criteria set for the government as organisations delivering healthcare and do not have to be NHS Trusts looking for greater independence. Essentially Foundation Trusts are organisations that operate "effectively, efficiently and economically" to deliver goods and services to the NHS. They do not have shareholders and any surpluses made on their activities for the NHS have to be reinvested in the provision of those goods and services. The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003 gives Foundation Trusts a wide range of new powers to generate income which build on or extend the powers afforded to NHS Trusts by the Conservative government's National Health Service and Community Care Act 1990. These include:

- trading in NHS and non-NHS services;
- buying and selling land and assets and retain the proceeds;
- creating commercial arms or joining existing commercial ventures;
- subcontracting clinical services to commercial companies;
- borrowing money from private lenders within a prudent borrowing regime;
- asking the secretary of state (health minister) to lower annual costs by exercising discretion when valuing the assets that are transferred to them;
- benefiting from subsidies, loans and grants from the secretary of state, including their NHS capital allocations for the next three years;
- retaining surpluses under the new national tariff system;
- controlling boundary between the NHS and charged-for health and social care; and
- having flexibility to direct or transfer staff into the private sector (cf. Pollock, 2003).

Foundation Trusts have been compared to other non-profit making institutions that receive large proportions of their income from government, are important for delivering elements of government policy but are not directly controlled by central or local government. These include in particular universities and housing associations. The change from NHS Trusts to Foundation Trusts marks another shift away from central government control. The secretary of state does not have the powers to intervene in the running of a Foundation Trust in the same way as is possible with ordinary NHS Trusts (cf. Walshe, 2003). Foundation Trusts are run by boards of governors that are elected and appointed locally and they operate within a new national regulatory framework that includes a wide range of specific standards and new systems of inspection.

As at 31 October 2006 there were 52 Foundation Trusts recognised by Monitor, the official regulatory body. Most provide acute hospital services while five are mental health trusts. According to the Department of Health these Trusts between them have an annualised total income of £10.3billion, employ around 185,000 staff and have over 1,000 people as governors including patients, members of the public, staff and representatives from Primary Care Trusts, universities, voluntary organisations and other local stakeholders. They are also responsible for well over a quarter of acute and specialist trust provision (cf. Department of Health 2006b).

2.5 A greater role for the private sector – the Concordat

The 2000 NHS Plan made it clear that the private sector would play a greater role in the provision of health services in the future and that year the government signed a Concordat with what was then the main private sector body, the Independent Healthcare Association. The Concordat set out the main potential contributions of the private as:

- using its spare capacity to provide up to 150,000 procedures to the NHS each year;
- providing management to run “failing” NHS Trusts;
- forming joint ventures with NHS organisations; and
- providing overseas clinical teams for existing NHS providers or new NHS-managed developments.

The enhanced role for the private sector is such that the Department of Health set up a Commercial Directorate in June 2003 to provide a core interface for negotiations with the independent sector. The Directorate’s objectives are to:

- ensure commercial and procurement excellence across the Department of Health and the NHS;
- promote the adoption of best commercial practices where and when they significantly improve the effectiveness and efficiency of the NHS;
- facilitate the adoption and integration of commercial innovations to improve quality of care and exploit commercial opportunities resulting from innovations within the NHS;
- develop and managing links with the independent sector; and
- provide sound commercial input to assist departmental strategic reviews and policy decisions.

In terms of the hospitals sector, the Commercial Directorate's main project covers Independent Sector Treatment Centres that it claims provide additional capacity and choice through the provision of elective and diagnostic services.

2.5.1 Independent Sector Treatment Centres

Treatment Centres are another part of current Labour policy aimed at reducing waiting lists. These centres are intended to increase the number of spaces available for surgery separate from hospital emergency facilities, so that planned operations can take place without the risk of being postponed because of the need for unforeseen emergency work. The government also argues that this will relieve pressure in acute hospital beds and wards and so help speed up treatment for patients admitted to emergency care. Treatment centres are run either by the NHS or commissioned by primary care trusts (PCTs) from independent sector providers. The government argues that while capacity in the NHS has been growing fast, it has not been fast enough to meet the NHS Plan target of a maximum 18-week wait from referral to treatment by December 2008. This is the reason given for extra capacity being sought through Independent Sector Treatment Centres. Forty-four NHS-run Treatment Centres were open as of 31 October 2006. Over 304,000 patients (at the end of financial year 05/06) had been treated in NHS Treatment Centres since the start of the programme in April 2003. By October 2006 there were 21 Independent Sector Treatment sites delivering a full service and three sites delivering an interim service. The Department of Health estimates that the independent sector will be providing 5.7% of the NHS 6 million annual non-urgent procedures by 2007-08, rising to a maximum of 7.5% by 2010.

2.6 Private Finance Initiative

The Private Finance Initiative (PFI) was an initiative of the Conservative government of John Major in the early 1990s whose main purpose was to get the private sector more involved in the delivery of major public sector capital projects. The government was reluctant to commit to significant new borrowing that would affect the Public Sector Borrowing Requirement but was also responding to a perception that publicly funded capital projects were often delivered late and over budget. The thinking behind PFI was that all the risks associated with borrowing money and designing and building a capital project, such as a new hospital, would be handed over to the private sector, whether a single company, or as has been more common, a consortium of companies that bring together financial, design, engineering and construction expertise. In fact, the role of companies went beyond delivery of the built facility and many PFI projects have been set up as design, build, finance and operate (DBFO) arrangements with the consortium (or sub-contractors) taking responsibility not just for maintaining new buildings but for running some of the associated services such as catering, cleaning, portering and security.

Once the facility was up and running the PFI consortium would charge the relevant public authority – the NHS Trust or District Health Authority in the case of the NHS – an annual fee over the lifetime of the project, usually 25 to 30 years. While some allowance would have been made for inflation and some account taken of performance, the annual fee would have to be paid out every year. There was considerable concern among health service campaigning

organisations and trade unions that NHS Trusts and DHAs would be locked into these long-term contracts irrespective of changes to the local supply and demand for health services. They also argued that the PFI system was weighted against publicly funded projects and that NHS Trusts and DHAs that were desperate for new facilities would only get the funding if they took the PFI route. A particularly controversial element of the system was the way that the Treasury set the rules for comparing PFI and publicly funded project in terms of their value for money. Anti-PFI campaigners argued that the public sector could always borrow at a lower cost than the private sector and while this was recognised in the value-for-money comparison the Treasury built in an additional factor which it claimed took account of the tendency of public sector projects to be run behind schedule and over budget (cf. Pollock 2002; Gaffney 1999).

Since 1997 the government has approved 80 PFI health projects worth £16.3 billion. Of these 28 are operational, 15 are in the construction phase, 12 are being negotiated and 25 have yet to be formally advertised. In contrast, over the same period the government has given the go-ahead to six publicly funded schemes with a total value of £500 million.

3. PRIVATE HOSPITAL GROUPS

There has not been a process of privatisation in the UK that has lead to the sale of publicly owned hospitals to the private sector. The Private Finance Initiative (PFI) does mean that there are hospitals which are effectively owned by private companies, mainly consortia, but this applies to the hospitals as physical assets and not to the management of the hospital and the clinical services it provides. Ownership reverts to the National Health Service at the end of the PFI contract. There is, however, a growing number of private hospitals. The four biggest private healthcare groups in the UK are BMI Healthcare, BUPA, Capio and Nuffield Hospitals. Between them they run 134 hospitals and nine treatment centres and employ around 50,000 employees, the equivalent of less than 4% of total NHS employment. In total there are around 300 private hospitals in the UK. Each private hospital is on average much smaller than an NHS hospital so the total number of acute beds in English hospitals is around 108,000, a figure that has been steady for over 10 years. The total number of acute hospital beds in the private sector is around 15,000. Occupancy rates in the NHS average 85% compared to less than 50% in the private sector.

BMI Healthcare runs 49 acute care private patient hospitals around the United Kingdom with over 2,400 beds. It has a turnover of around £700 million, 10,600 employees and handles 250,000 inpatient and 750,000 outpatient visits each year. BMI Healthcare hospitals work together with the NHS providing 10 private hospitals and private wings within the grounds of NHS Trust hospitals. A new division – Amicus Healthcare – has been established to meet the specific needs of public health sector patient contracts and in the future will have its own separate staff teams working in dedicated facilities. Network Healthcare, a company quoted on the South African stock exchange has majority control of BMI, with three UK investment companies having significant shareholdings.

BUPA began as The British United Provident Association in 1947 in order to offer what it

describes as a complimentary service enabling people to choose where, when and by whom they were treated. The company had a turnover of £3.6 billion in 2005 but this included UK and international health insurance and care homes, with the hospitals division accounting for £535 million. The company does not give a detailed breakdown of employee numbers. The annual report indicates that it has 27,173 full-time equivalents involved in healthcare, but this will include its care homes both in the UK and Spain. As a provident association, BUPA does not have shareholders and says that it reinvests its surpluses into improved health and care facilities such as medical equipment, the latest technology and buildings. It runs 25 hospitals and a range of other health-related services including: health insurance, care homes and health-at-work policies. In the 1980s BUPA established joint ventures with the NHS, in particular with St Thomas' Hospital, London and the National Hospital for Nervous Diseases. The company expanded rapidly during this period with a substantial hospital building and acquisition programme.

Capio Healthcare UK runs 21 private hospitals and nine NHS Treatment Centres. It also runs psychiatric hospitals, neurological services and dedicated eye unit. The Swedish owned company has more than 100 operating units across Europe with some 16,000 employees. It has just over 3,100 employees in the UK and in 2005 had a turnover there of around £250 million. Nuffield Hospitals was established in 1957 as a not-for-profit organisation and a registered charity. It has no shareholders. The company has 39 hospitals in England and one in Scotland. It employs a total of 9,311 people and in 2005 had a turnover of £524 million.

BMI, BUPA and Capio have all expressed an interest in further work for the NHS in terms of treatment centres or franchising of management at failing hospitals. Other companies on the NHS register for franchising include: Hospitalia activHealth (Germany), Interhealth Canada, Quo Health, Secta Group and Serco Health (part of the Serco business services group of the UK).

CONCLUSIONS

There have been a number of different ways in which forms of competition and privatisation have been introduced into the public provision of healthcare in the UK. Actual direct competition with the private sector has effectively been there throughout the whole post-war period. However, for most of this period this has been marginal, providing the well-off with the option of faster treatment in plusher surroundings. As waiting lists began to grow in the 1970s so to did use of private sector treatment and a commercial sector began to develop along-side the primarily non-profit making sector. Although Conservative governments were ideologically in favour of more competition and private sector involvement they never took any major initiative to boost private healthcare or change the nature of the funding of the NHS. Their main way of encouraging private involvement was through competition for non-clinical services through the contracting out of ancillary services like cleaning, caternig and portering. This was also part of the PFI project that was launched by the Conservative in 1992 and gave the private sector a much greater role in the funding and managing of capital projects in the NHS. But even here the Conservatives' support for this policy now appears lukewarm in

contrast to the way it has been so enthusiastically pushed by Labour governments since 1997.

Since 2000 Labour governments have been seeking to provide greater independence for local NHS providers (Foundation Trusts) and a greater role for the private sector in providing non-emergency treatment. This has led to the introduction of a number of new regulatory bodies to monitor both public and private sector providers. The introduction of patient choice also means that in many instances patients will be able to choose where they go for treatment and one of the options could be a private hospital or independent sector treatment centre. The treatment will continue to be free to the patient whichever provider they choose. These reforms are at their earliest stages and the Labour government argues they will im-prove services to patients and improve efficiency in NHS providers. Some commentators argue that the changes could make it much more difficult for NHS hospitals to plan effec-tively and will distort the provision of healthcare particularly in areas where there are significant numbers of private sector providers looking to improve their capacity levels.

REFERENCES

Bloor, Karen and Alan *Maynard* (2001), Workforce productivity and incentive structures in the UK National Health Service, in: Journal of Health Service Research Policy, 6(2), 105-113.

Davies, Steve (2005), Hospital Contract Cleaning and Infection Control, UNISON.

Department of Health (1989), Working for Patients, in: The Stationery Office, London.

Department of Health (1990), National Health Service and Community Care Act 1990.

Department of Health (2000), The NHS Plan: A plan for investment, a plan for reform, in: The Stationery Office, London.

Department of Health (2003), The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act 2003.

Department of Health (2004), NHS Improvement Plan: Putting people at the heart of public services, The Stationery Office, London.

Department of Health (2006a), The Government's Response to the Health Committee's Report on Independent Sector Treatment Centres, Cm6930, The Stationery Office, London.

Department of Health (2006b), Foundation Trust status given to three more Trusts, Press Release, 31 October 2006.

Department of Health (2006c), Healthcare Professional Regulation – Public Consultation on Proposals for Change, July 2006.

Department of Health and Social Security (1983), Health Services Management: Competitive Tendering in the Provision of Domestic, Catering and Laundry Services, in: Health Circular HC(83)18.

Department of Health (1997), The new NHS, modern and dependable, in: The Stationery Office, London.

Gaffney, Declan and Allyson *Pollock* and David *Price* and Jean *Shaoul* (1999), NHS capital expenditure and the private finance initiative – expansion or contraction?, in: British Medical Journal, Vol. 319, 48-51.

Guardian (2006), Private healthcare sector's performance no better than NHS, 31 October 2006.

Harrison, Stephen and David *Hunter* and Christopher *Pollitt* (1992), The Dynamics of British Health Policy, London.

Health Matters, 20, Winter 1994-95, "Inequality set to widen in the NHS".

House of Commons (2006), Independent Sector Treatment Centres – Final Report of Session 2005-2006, Vol 1, Heath Committee, July 2006.

King's Fund (2005), Health care and the private sector, Briefing, 1 April 2005.

Klein, Rudolf (1995), The New Politics of the NHS, London.

Le Grand, Julian and Nicolas *May* and Joe-Ann *Mulligan* (1999), Learning from the NHS Internal Market: a review of the evidence, London.

Pollock, Allyson and Jean *Shaoul* and Neil *Vickers* (2002), Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?, in: British Medical Journal 2002, Vol. 324, 1205-1209.

Pollock, Allyson and David *Price* and Alison *Talbot-Smith* and John *Mohan* (2003), NHS and the Health and Social Care Bill: end of Bevan's vision?, in: British Medical Journal Vol. 327, 982-985.

Ranade, Wendy (1997), A Future for the NHS? London.

Rivett, Geoffry and Tony *Blair* (1998), From Cradle to Grave, London.

Soderlund, Neli (1999), Do managers pay their way? The impact of management input on hospital productivity in the NHS internal market, in: Journal of Health Service Research Policy, 4(1), 6-15.

Spurgeon, Peter (1998), The New Face of the NHS, London.

Timmins, Nicholas (1996), The Five Giants: A Biography of the Welfare State, London.

Wall, Ann and Barry *Owen* (2002), Health Policy, London.

Walshe, Kieran (2003), Foundation hospitals: a new direction for NHS reform?, in: Journal of the Royal Society of Medicine, Vol. 96, 106-110.

Warden, John (1995), New code announced for NHS appointments, in: British Medical Journal, Vol. 310, 486-87.

Monica Andersson

SWEDEN

INTRODUCTION

This paper presents an analysis of the Swedish health-care sector focusing on hospital care, concerning the change of market structures, regulations, actors and ownerships before and during the liberalisation/privatisation process.

The hospital/health sector is a complicated one because of the issues of financing, national/regional government control, role of primary/secondary care, etc. A reform within health care is embedded in a complex context shaped by the interchange between actors, content and process. This means that the results of a reform vary according to the settings, the period of time, different stages of monitoring and execution and the actions of different stakeholders (cf. Walt 1998). To summarise, it appears that a broad policy is not enough to change practice in health care; attention has to be paid to the macroeconomic and micro-economic factors as well as quality issues.

1. THE SWEDISH HOSPITAL SECTOR BEFORE LIBERALISATION

Post-war health-care development in Sweden followed the general enlargement of the Swedish welfare state. The period from 1945 to the 1980s was characterised by a rapid expansion of somatic hospitals and primary health care. The peak of the wave of nationali-sation took place during the 1960s. In combination with compulsory national health insurance for all citizens, the “Seven Crowns” reform eliminated private practitioners, as the private alternative became too expensive for patients. Thus, no private practice was carried out within the walls of public hospitals (cf. Immergut, 1999).

During the 1960s and the 1970s, Swedish health-care expansion showed a strong belief in big hospitals and the rational treatment of patients.[1] However, in the 1970s, as a result of the economic recession, there was a great divide in public administration that subsequently led to the first crisis of the welfare state. By this time, different levels of care had been introduced in order to keep up with the pace of technological development and attempt to eliminate increasing health costs. From the 1980s onwards, primary health care (the polyclinics) was formally considered the base of Swedish health care. After the peak year of 1982, Sweden was one of the OECD countries with the most vigorous cost-containment programmes built on cost-saving campaigns, wage freezes and cuts in budgets for equipment and buildings. These were followed by efforts to monitor and control clinical activities and to rationalise services by structural changes and mergers between units at

[1] The supply of medical service ranged from primary health care with general practitioners and district nurses to the highly specialist hospitals in the seven Swedish regions.

county-council level (cf. Harrison and Calltorp 2000). In the Göteborg and Stockholm areas, private providers of emergency and outpatient care were expanding their services under the name of “Cityakuten”, as well as Sophiahemmet and Carlanderska for in-patient care.

The wave of deregulation and introduction of competition for public services such as electricity, air transport, postal services, telecommunications and the railways started in the 1990s. Increased competition and the privatisation of previously public organisations, goods and services in general in order to increase efficiency naturally also had an influence on the health-care sector. Health care, however, was only partly privatised. With the right wing holding power in the government and in county councils from 1991 to 1994, a range of reforms was introduced concerning new payment schemes, internal markets, etc., and the focus was on decentralisation, efficiency, transparency and freedom of choice. Quasi-markets were created for both public and private actors. From 1990 onward, health-service providers and purchasers were split into different roles. Because of self-governance, different models of financing were developed, for instance the Stockholm, the Dala and the Bohus model.

Between 1992 and 1995, three major reforms took place, namely the ÄDEL reform (focusing on long-term elderly care), the handicap reform and the psychiatry reform, with the common aims of changing the institutional organisation of health care. As a result the accountability for patients with high caring needs (such as elderly, handicapped and patients with mental disorders) were transferred from hospitals, provided by the county councils, to the municipalities. As pointed out by Wärvik (2005), it is important to note that the reforms concerned people in great need of nursing care and/or rehabilitation, demanding supplementary medical treatments, but whose medical treatmentwas outsourced. S:t Görans is one of the oldest hospitals in Sweden. In 1994 S:t Göran was first converted into an independent subsidiary company (bolagisering) before it was sold to the Swedish private health-care multinational Capio in 1999.[2] Several hospitals, predominantly within the county of the capital of Stockholm, have followed the path taken by S:t Göran. Huddinge Hospital, Danderyds Hospital and S:t Erik’s hospital for ocular care are recent examples of conversions into independent subsidiary companies (cf. WHO 2005). However, these companies are still (2006) owned by the county council. Söder hospital and Karolinska Hospital were also scheduled to become independent companies in 2000, but the trend was reversed by the “Stop Law” of 31 December 2002 prohibiting the selling of emergency hospitals to commercial for-profit compa-nies. The main purpose of the Stop Law has been interpreted as halting the rising trend in priva-tised hospitals, but keeping already established agreements with private actors (cf. DI 2005-03-09). However, with the election of a conservative government in 2006 it remains to be seen what direction health-care reform in Sweden will take in the future. The new Minister of Health and Social Affairs, Göran Hägglund, has stressed that “it is the quality that has to guide, not the ownership of the providers” (SvD 2006-10-11).

1.1 Drivers of change and determinates of pace and directions

In the mid-1970s, a halt in a long phase of economic growth paved the way for the Thatcher

[2] Apart from Sweden, Capio operates hospitals in Norway, Denmark, Finland, France, Portugal, Spain and the UK. The company has recently also expanded its business to Germany. It has more than 14,500 employees a yearly turnover of 1.3 billion euro. It was recently bought by the British finance investor Apax (cf. Rümmele 2007, 43).

and Reagan era in the late 1970s and a wave of privatisation in Europe as well as in the entire Western world. The first step of marketisation in Sweden came about with the right-wing government in 1976.

The second step followed in the shadow of repeated problems (deflation, unemployment, loss of credit) caused by the major recession of the early 1990s. A political change from a Social Democrat to a right-wing majority government (1991-1994) led to a major shift in ideology.

The contemporary debate concerned alternative solutions and hence a shift towards regulation based on rules, directives and bureaucracy, to focus on operations based on competition. The main reasons for internal markets were the aim of increasing competition in order to improve access, cost-efficiency and maintaining high quality standards.

The drivers of change have been discussed in terms of a shift in the positions taken by powerful policy-makers, not only governmental level but also, and particularly, with the county councils. During the years between 1989 and 1996, the elections moved liberal and conservative politicians, who were the most enthusiastic supporters of competition, in and out of control of most county councils (cf. Harrison and Calltorp 2000). Their major concern was controlling health expenditure during a period of recession, at the same time as politicians were resisting taking measures to fix prices and distribution. Additionally, health-sector employment was considered a sacred cow and a very delicate issue (cf. Harrison and Calltorp 2000).The reforms in Sweden from 1989-1996 went from uncritical support by a broad spectrum of stakeholders to gradually escalating tensions over the goals, reform programmes and fundamental social and political values, unrealistic assumptions of the effect of competition as well as technical and organisational obstacles to implementation and the threats from interest groups. According to Harrison and Calltorp (ibid.), Sweden entered another stage of experimentation of market-oriented reforms in 1997.

The liberalisation and outsourcing debate continually comes back to the limited resources of 20th-century society. The lack of resources is described as putting bounds to the possibilities to directly and fully respond to the overwhelming needs and hopes of an ageing population.

In Sweden as well as elsewhere, the state seeks different ways to control public spending. According to Saltman et al. (1998), there has been a general perception since the 1980s that resources are not always deployed in an optimal fashion. In Sweden this has been linked to a desire to enhance patient choice and to make providers more responsive to patients as “consumers”. The background to these discussions can be related to the fundamental developments in society: rapid medical-technical development brings help, but these increased possibilities also raise people’s expectations. Demography is changing as well as health conditions (with an older population, multi-functional needs increase. At the same time as we are physically “healthier” we feel psychologically poorer). Different generations have different values; young people are much more used to rapid communication, autonomy and individual treatment (according to Ham’s analysis of the critical challenges for the future (1998). The old dilemma where the population’s needs seem limitless must again be set against society’s limited resources.

1.2 Future challenges

As a result of demands for increased productivity (efficiency and effectiveness), new methods of public administration such as New Public Management, and new financing models have come into being. The patient is supposed to be more empowered. The meaning of empowerment, however, is very hard to define bearing in mind that health care is a service characterised by asymmetric knowledge and high levels of uncertainty. Furthermore, the a main driving force for change in health care in the early years of the 21st century is the idea is that health care should be carried out at an adequate level, and consequently cost-efficiently as possible. A strong economic incentive is that the municipalities have to pay for patients' hospital care when the medical care is completed. This is expected to eliminate the risk of "over-caring" in expensive hospitals and a lack of beds, transferring patients to the cheaper municipality care. Many county councils, embracing their health-care providers, have more or less changed their economic control systems since the 1990s to be able to follow up care paths and to in a position to handle the situation as a question of rational decision-making.

The most important factors in the privatisation of health care seem to be the ideology of the government in power, followed by the political composition within the county councils and the local authorities. Between 1991 and 1994 the right wing introduced internal markets and the split between purchaser-provider into a model equally bearing the names of the actors in question. It was an entire range of concepts new to the health-care sector, involved with the changes concerning decentralisation, quasi-market efficiency, transparency, freedom of choice, public and private actors, etc. In Stockholm and in Malmö, (the third Swedish city by size), the right-wing majority has pushed privatisation in the area surrounding the capital and in the south of Sweden, whereas the left-wing majority in Göteborg has had a restrained attitude towards private actors in the west of Sweden. Different attitudes towards privatisation have provoked different liberalisation patterns within health care. According to the authors of the 2005 WHO report the reforms within the Swedish health-care sector have very much been targeted towards addressing unique and limited problems. For example, the transition of care for elderly people, the disabled and those suffering from psychological disorders from responsibility of the county council to that of the municipality relieved acute-care hospitals from so-called bed blockers. The elderly no longer stay in hospitals when their treatment is considered to be complete, and institutional nursing homes and long-term hospitals have therefore been created. But some problems have remained unsolved and new ones have appeared: the lack of physicians and their involvement in municipal care, poor access to nursing homes, poor coordination between county councils and municipalities necessary for ensuring patients' care and rights within the division of responsibility (cf. WHO 2005:98).

1.3 The European dimension

The European Union has indirectly been an important driver in the process of liberalisation.

Policy priorities have included the control of inflation and the pursuit of macro-economic stability, and thereby put a pressure on the nations concerned to implement a drastic reduction of fiscal deficits and overall government debt levels.

The major focus on private care concerns cost containment, budget control, targets and man-power, the reduction in the length of hospital stays and budget for doctors. Institutional changes are furthermore driven by new technology, cost efficiency, highly specialised staff and cost transferred to the community, etc.

Within the EU area there are three issues of major common concern. First, regarding the common actions toward infectious diseases and non-antibiotic management. Second the treatment of diabetes and diseases related to the central nervous system, to age and to factors of a psychosocial character. Third, problems related to diet, habits and lifestyle are considered very relevant.

In terms of a European perspective, health-care services in the near future will be generally available cross-border in the European market. But they have so far been excluded from the EU Service Directive, soon to become law. The EU Health and Consumer protection Commissioner Markos Kyprianou has declared three important things for the future. First, there will be legal regulation of cross-border care (reimbursement limits, matters of responsibility, etc.). Secondly, patient mobility is now a given and will grow with volumes and range of treatment. Third, there is the dimension of "health tourism" (cf. Hjertman 2006).

Consequently, the European Commission has the ambition to increase cross-border collaboration between highly specialised medical services and within areas for ICT and control of infectious diseases (cf. Vårdkonsumentindex 2006).

2. THE PROCESS OF LIBERALISATION AND PRIVATISATION

In its annual report on the finances and activities of the Swedish counties/regions, the Federation of County Councils (FCC) has collected statistics regarding private physicians and physiotherapists in outpatient departments reimbursed from publicfunds. In 1994, the responsibility for costs, including reimbursing private actors, was decentralised from the state to the counties/regions. In 2003, 1,151 private physicians (out of 26,873 in total) were reimbursed according to the national standard for 2.4 m. medical visits, and 1,509 physiotherapists with 3.4 m. visits. The majority of private physicians and physiotherapists are to be found in the county of Stockholm.

From June 2000, under the National Health-Care Plan, the Social Democratic government opened the health-care sector to liberalisation. According to the plan, multiple variations of management were to be encouraged. The then Social Minister, Lars Engqvist, drew the line at acute and emergency hospitals, which were not to be privatised. The "Stop Law" emergency care constituted an important part of total health care, and the government considered that those in need of immediate care should not have to decide on a hospital in the ambulance on their way to the hospital.

In Stockholm, where the privatisation is most extensive, one subsidiary of Praktikertjänst is responsible for parts of Löwenströmska hospital, and another subsidiary has been running a

major part of Nacka sjukhus since 1999-2000. S:t Göran's hospital was bought by the international health-care company Capio (former Bure) in 1999.

2.1 The private care sector

The turnover in the health-care sector is about 260 m. SEK. Excluding elderly care activities in the municipalities, it still amounts to 164 m. In 2006, 85% of providers are still public, but this will certainly change when the government opens the doors to private actors (cf. SvD 2006-10-11).

Table 1: Private health-care companies

Name	Owner	Yearly turn over (2005), billions	No of employees	National and international activities
Capio	Company on the stock market	SEK 2	2,500	The Nordic market, but also 20 highly specialised hospitals and one of the major providers in France, 12 hospitals in Spain + clinics for outpatient care
Aleris	High risk company EQT	SEK 1.5	1,500	One of the major private providers in Sweden, Norway and Denmark
Carema	High risk company 3i	SEK 2.8	5,500	Sweden, Norway and Finland Also a personnel agency
Praktikertjänst	Cooperative Minor providers	SEK 9	13,000	The Swedish market funded in 1960

Source: Svenska Dagbladet 2006-10-11.

2.1.1 Praktikertjänst AB

Praktikertjänst AB, in Stockholm, is the major private group and the oldest within Swedish healthcare. It covers nearly 50% of the outpatient care within primary care and more than 45% of the dental care within Sweden (cf. Konkurrensverket 2004). The group is run in the form of a producer cooperative and was founded in 1960 (then Medical Service, i.e. Läkartjänst AB). Praktikertjänst AB acquired its current name in 1977 after a merger with its counterpart, Dental Service (founded in 1966). The activities are described as entrepreneurial driven dental, health and personal care. The concept is based on small, local practices combined with the resources of a large company. Praktikertjänst provides the external conditions of a commercial enterprise, but the driving force is said to come from within; from the producers themselves. The practitioners managing the practices are entrepreneurs and they are responsible for running their own operations. This includes responsibility for the odontological and medical aspects as well as finances, human resources, business development, and ensuring that the practices are properly staffed and equipped. The entrepreneurs are employed by Praktikertjänst, as are the staff members at the practices. Wages and benefits are based on the practices' results and linked to part of the

group's overall wage policy. Praktikertjänst is particular important within dental care because of a reform of dental care since 1999, with 1,400 dentists connected to the group. 70% of the group's overall turnover derives from dental care. However, one third of the total 2,200 practitioners within Praktikertjänst (about 770 people) are physicians, physiotherapists, occupational therapists, psychoanalysts/therapists, nurses, midwives, certified social workers, chiropractors and dieticians, who develop and run their own practices throughout the country. Most of the businesses are operated under healthcare agreements with the local/regional authorities or through the national health system. The turnover in 2004 amounted to SEK 1.9 million (cf. Homepage for Praktikertjänst AB 2006).

2.1.2 Aleris

Aleris was founded in March 2005 and today is among the major healthcare companies, with activities in Sweden, Norway and Denmark operating in areas such as specialised care, audiology, physiological laboratories, radiotherapy medilab, elderly care and psychiatrics (www.aleris.se).

2.1.3 Carema

Carema is one of the other leading producers within medical services and social care in the Nordic Countries. It manages polyclinics, smaller local hospitals, specialised clinics for out-patient care, homes for the elderly, disabled and mentally ill on behalf of the counties and the municipalities. Carema is also the main actor regarding manpower and manning of health-care staff on the market. It operates in Sweden, Norway and Finland (www.carema.se).

2.1.4 Capio

Capio has approx. 18,000 shareholders. The foreign-owned proportion of the share capital was 44% (2006). In June, the shares on the stock market were based on high risk companies and minor posts on Swedish insurance, risk and pension funds (such as the Second Swedish AP Fund 6.3%, Fourth Swedish AP Fund 5.3%, Orkla ASA 5.1%, AFA Insurance 3.7%). The Nordic healthcare market is Capio's home market, especially the healthcare sectors in Sweden, Norway and Denmark. Their market share accounts for approximately 9% of each country's GDP. On their homepage, Capio says that "despite strained public finances and a partially unclear political direction, Capio's view is that there are considerable opportunities for further development in the Nordic countries". Besides the Nordic market, Capio also refers to itself as a leading actor in European healthcare, for instance in the UK, Spain, France, Portugal and Germany (www.capio.se).

2.1.5 S:t Göran

S:t Göran is one of the private hospitals under the portfolio of Capio. Jan Öhrming and Mats Sverke (2003) have analysed two hospitals in Sweden with a focus on all (management) employees. One of the hospitals, S:t Göran's Hospital Inc., was made a non-profit public stock company in 1994 and a for-profit private stock company in late 1999. The other

Södertälje Hospital remained a non-profit public administration unit over the course of the study. Both hospitals are a part of Stockholm county council, which is also the most privatised region in Sweden. The process started with S:t Göran in 1994.

However, apart from this longitudinal research study (1994-1999) carried out by a business economist and a psychologist, few studies of privatised Swedish hospital care have been undertaken. Their aim was to explore the private owners' organisation, the insecurity of health-care management and service provision and how problems were dealt with within this context (cf. Öhrming and Sverke 2001).

3. PROVISION, PLANNING AND FINANCING OF HOSPITALS

In Sweden, distributive justice was a leading vision in the 1970s and 1980s. According the fundamental Health and Medical Service Act of 1982, the overall aim of Swedish health and medical service is for the entire population to have equal access to good care service. In Sweden (as well as in other Nordic countries and in the UK), the emphasis is on equal access as opposed to freedom of choice (as, for instance, in the Netherlands).

A general overview furthermore exemplifies how the focus was on cost containment in the late 1980s and on efficiency in the early 1990s.The efficiency issues such as prospective payment schemes, purchasing-organisations and increased rights for patients came to the fore as a result of the introduction of new management systems and new organisational structures. In the latter part of the 1990s new delivery systems and new ways of organising healthcare were in focus. More recent reforms of the 2000s are again addressing a renewed concern about cost containment (WHO 2005, 95ff). Dalarna, Stockholm and Bohus were the first county councils to introduce reforms (using methods referred to as the Dala Model, the Stockholm Model and the Bohus Model) that included most issues discussed in the 1980s, i.e. resource allocation according to the needs of the residents, per-case payment schemes, total cost liability for departments, and interdependent transfer pricing systems (cf. WHO 2005, 65).

Accordingly, several county councils introduced solutions in which separate purchasing organisations were established. The hospitals became more independent in relation to political bodies and, in some cases, have been transformed into county-council-owned limited companies. In some county councils (Stockholm and Skåne), some of these companies were transformed back to county council boards after the 2002 general election. By 1994, 14 out of (at the time) 26 county councils had introduced the purchasing-provider models. The purchasing organisations vary among as well as within the county councils. Some county councils have introduced one large central county council purchasing organisation, while others have introduced purchasing organisations at district level (cf. WHO 2005, 50).

Contracting in practice is based on the purchasing organisations negotiations with the hospital healthcare providers in order to establish financial and activity contracts. These contracts are often based on fixed prospective per-case payments (based on diagnosis-

related groups) and complemented with price or volume ceilings and quality components. Prices are determined by historical costs and negotiations between purchasers and providers. The use of diagnosis-related groups and other classification systems, however, varies among regions and county councils. Per-case reimbursements for outliers, such as complicated cases that grossly exceed the average cost per case, may be complemented by per-diem payments (cf. WHO 2005, 51).

The fundamental law for Swedish healthcare is the Health and Medical Services Act. In the following, the overall framework regarding aims, scope and ethical considerations will be outlined. The three basic principles for public health and medical care are: the principle of human dignity, the principle of need and solidarity and the principle of cost-efficiency. These are also the terms for prioritisation of healthcare, meaning that it is most important that all individuals are treated with dignity and have the same rights, regardless of their status in the community. Second, those in greatest need should take precedence. Third, if a choice has to been made regarding different healthcare options, "there should be a reasonable relationship between the costs and the effects, measured in terms of improved health and improved quality of life" (WHO 2005, 1). These guiding principles have then been converted in four priority groups: The first group includes persons with life-treating diseases, palliative care and care for chronic diseases. The second group concerns prevention and rehabilitation. The third group cincludes those with non-acute and non-chronic diseases is included. Finally, the fourth group covers care for reasons other than illness and injury, e.g. cosmetic surgery, which is not financed by public funds (cf. WHO 2005, 101).

Contracting out is an example of a general liberalisation practice. However, scepticism among practitioners has been important. Accordingly, the Swedish purchaser-provider split was adopted with an incremental approach. Instead of a national reform package as in the UK, the Swedish counties have chosen different ways of provision and financing. In health care, the control over operations is important. One way to combine competition with the state government is based on tender procedures. The county or municipality in control have a procedure for bidding that is open to competition, i.e. in order to make it possible for private actors to provide a service within the framework of a subcontracting organisation. The state seeks to use the bidding process to guarantee the lowest cost.

There are small direct fees for medical attention to be paid by patients in the form of flat-rate payments. In 2003, the county councils received SKr 5,130 million in patients' fees and other fees (including those for dental care), which accounted for 2.8% of the county councils' total revenues (cf. WHO 2005, 45-46). The parliament has however set ceilings on the total amount that any citizen must pay in any two-month period. In 2004, the fee for consulting a physician in primary healthcare varied from SKr 100 to SKr 150 (approximately €11-€17) between county councils. In the same year, the fee for consulting a specialist at a hospital varied between SKr 200 and SKr 300. For inpatient care, normally a fee of SKr 80 per day is charged, but reductions are possible for pensioners and those in low-income groups (Federation of Swedish County Councils 2004). The government's ceiling for out-of-pocket payments means that an individual's total charges on healthcare for a period of two months, i.e. for visits to physicians, district nurses, physiotherapists, etc., cannot exceed SKr 900 (€100), not including inpatient care. After this cost ceiling has been reached, the patient pays no further charges for the remainder of the two-month period, which is calculated from the date of the patient's first visit to a physician. The exemption scheme is included in national

health insurance, financed by the Swedish Social Insurance Board and administered by the county councils.

Swedish citizens pay taxes to the local authority and to the counties/region, which accordingly have a great deal of freedom to organise the activities in their area. Supplementary grants from the state are provided in general and for specific targets. The general grants are paid per inhabitant, while target grants are provided to finance specific activities, and sometimes for a limited period of time (The Swedish Association of Local Authorities and the Federation of Swedish County Councils 2005). In addition, health care may be procured from public organisations as well as private companies. Only a minor part of healthcare is privately run. But private health centres and practitioners are relatively common in major Swedish cities and in urban regions. In 2002, 27% of all physician consultations in outpatient care with public funding were conducted at private facilities (Federation of Swedish County Councils 2004).

Private companies that carry out activities on behalf of the local authority, the county or the region are financed though public funds, i.e. as an outsourced department. Using the tax revenues, the private actors have to offer service equal to public service in terms and conditions, i.e. “citizens pay the same for a service irrespective of whether it is provided by the public sector or by a private company” (author’s translation from SALAR 2005, 7). The market for voluntary health insurance is growing in Sweden. However, it is still small in comparison with other European countries. In 2003, about 200,000 people (2% of the Swedish population) had some kind of supplementary insurance (cf. Swedish Insurance Federation 2004). It should be noted that the number of surgical operations that are privately financed is quite low. Even in the few private hospitals, an overwhelming proportion of the activities are financed by public money, i.e. they are purchased and contracted by county councils (cf. WHO 2005, 47). One of the reasons behind the growing market for voluntary private health insurance is the long waiting lists for elective treatment within the county councils. The main benefit of having supplementary insurance is the possibility of obtaining rapid access to a specialist in out-patient care when needed. Another benefit might be the chance of jumping waiting lists for elective treatment.

The private insurance company IF has reported that they believe there is a boom in private care. More and more Swedes are willing to spend money on their health. According to the IF CEO Torbjörn Magnusson, they want better and quicker access to healthcare. More people are exercising in gyms, signing private healthcare insurance and going to the Baltic countries for treatment. But it is still the employers and not the citizens who are driving this development, because employers are concerned by absences from work for health reasons and are thus signing up to private insurance schemes (cf. IF 17 Nov 2005).

3.1 Standardisation and instruments for comparisons

The possibilities of standardisation within the health-care sector are limited (despite TQM, medical audits, clinical guidelines, etc.) and the medical knowledge is ubiquitously in the hands of the medical professions. The Swedish system so far includes no national performance indicators for healthcare, no overall quality registers or private information systems (cf. Dr Foster) as it does in the UK or in the Netherlands.

The National Quality Register of intensive heart care and stroke care is the nearest equivalent to a national quality register concerning a national ranking of public care undertaken by the Swedish state. There are also guidelines, for example regarding diabetes (cf. Swedish Diabetes Index 2006). Both the national quality registers and the guidelines are made public and so one can note distinctive differences from one hospital to another as well as differences between counties. They also point to inequalities and weaknesses in Swedish diabetes care county by county. Not one single county follows the National Board of Health and Welfare's guidelines stipulating bi-annual eye check-ups. The following initiatives have been adopted gather peoples experience and attitudes:

- Information provided to the public on queues mainly for surgical treatment. This information about queues to all Swedish hospitals and special clinics is provided by the federation of county councils and municipalities (SKL).

- A Consumer Index has been developed by the EuroHealth company network in response to the demand for performance indicators for Swedish healthcare. The need is described to consider national, authorised, regular repetitive, multi-dimensional evaluations on healthcare quality and efficiency with the possibility of comparing healthcare nationally within different counties and internationally with other European and international performance indicators. The EuroHealth Consumer Index is a tool for ranking and comparing national healthcare systems across the EU from the consumer/ patient's viewpoint.

- The Swedish Health Care Consumer Index (VKI) compares the 21 Swedish county councils with each other, showing the extent to which consumer aspects have been taken into account in the design of publicly funded healthcare. Every county council in Sweden constitutes a regional healthcare system with extensive liberty to decide emphases, priorities and service according to its own needs and values. Accordingly, the degree of consumer adaptation says a good deal about the policy pursued.

- One continuously on-going survey is Vårdbarometern, which seeks to collect experiences with and attitudes towards healthcare without any rankings. However, there has been criticism that the respondents are "residents"/"citizens" rather than health-care consumers. Consequently, interviewees may have little experience of the health-care provisions. The public has taken first steps towards creating an information system similar to Dr Foster's. The Swedish Board *(Socialstyrelsen)* has a mission to collect and design users' information, although the consumer perspective is still lacking (cf. Vårdkonsument-index 2006).

CONCLUSIONS

This section seeks to summarise the description and analysis of the Swedish health sector with a focus on hospital care. Finally, the paper concludes by presenting some empirical findings and studies, where other researchers have attempted to answer the question of the impacts of liberalisation and privatisation on productivity, quality of service and employment. There is a lot of ideological disagreement concerning healthcare, such as centralisation

versus decentralisation and privatisation, the role of the state professionals and the market, etc. While centralisation is at the centre of the Social Democratic vision, the centre-right argues for a decentralisation of responsibility and for privatisation. Another great divide concerns state employees, entrepreneurs in their own practice versus healthcare companies, driven by high-risk funds on the stock market. Considering access as one of the major problems of Swedish healthcare, a reviewed and strengthened version of the Guarantee Act came into practice in 2005 (cf. WHO 2005). Unsatisfactory access to healthcare has also been discussed in terms of primary care centres/polyclinics versus family doctors. The Social Democrats' are in favour of primary care close to the residents (and close emergency department), while the right wing emphasises the need for family doctors and possibilities of visiting patients in their homes.

In Sweden, political changes in the various county councils and the government in power have affected the measures taken. The presence of various administrational levels in a decentralised model provides the opportunity for different political parties to hold power at municipality, county council/regional and national level, with large variations in the large geographical area of Sweden.

REFERENCES

Aftonbladet (2000-09-08), Var fjärde väljer privat vård; http://www.aftonbladet.se/nyheter/0009/08/varden.html accessed 2006-10-19.

Baumol, William Jan (1993), Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice, in: Public Choice 77, 17-28.

Bergman, Mats (2002), *Lärobok för regelnissar- en ESO-rapport om regelhantering vid avreglering.* Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet, Stockholm.

Dagens Industri (2005), DIdi.se/Index/Nyheter/2005/03/09 accessed 2006-10-20.

Dent, Mike (2003), Remodelling hospitals and health professions in Europe. Medicine, nursing and the State, Houndmills/Basingstoke.

Dent, Mike and Chris *Howorth* and Frank *Mueller* and Claudia *Preuschoft* (2004), Archetype transition in the German health service? The attempted modernization of hospitals in a North German State, in: Public Administration, Vol. 82, No. 3, 727–742.

Ham, Chris (1997, ed.), Health Care Reform: Learning from International Experience, Buckingham.

Health Consumer Powerhouse (2006), Vårdkonsumentindex 2006; http://www.vardkonsumentindex.se/2006/Rapport_VKI_2006.pdf.

Karlsson, Matilda (2005), *Avreglering, konkurrensutsättning och ekonomisk effektivitet - offentligt eller privat? En översikt av svensk empirisk forskning.* Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.

Öhrming, Jan and Mats *Sverke* (2001), Bolagisering av S:t Görans Sjukhus – en proaktiv organisering, Lund.

The National Board of Health and Welfare (2004), The national action plan for the Health care organisation/Socialstyrelsen. Nationell plan för hälso- och sjukvården. www. Socialstyrelsen.se; Accessed 04-11-04.

The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) (2006), *God vård på lika villkor" Geografi, demografi, volym och kvalitet.* Statens Offentliga Utredningar SOU.

Panfilova, Olga (2004), *Effekter av alternativa driftsformer. En studie av organisationsreformen i primärvården.* Utvärderingsprogrammet: Västra Götalandsregionen, Rapport 22, Göteborgs Universitet.

Rathwell, Tom (1998), Implementing health care reform: A review of current experience, in: Richard B. *Saltman* and Josep *Figueras* and Constantino *Sakellarides* (1998), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe,* Buckingham, 385-399.

Rosén, Per (2002), Attitudes to prioritisation. The view of citizien, patients, health care politicians, personnel, and administrators, Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap Doktorsavhandling.

SALAR and FCC (Swedish Association of Local Authorities and Swedish Federation of County Councils) (2004), Swedish Healthcare in Transition. Resources and Results with International Comparisons.

Saltman, Richard B. and Carl *van Otter* (1992), Planned markets and public competitions: Strategic reforms in Nothern European health systems, Buckingham.

Saltman, Richard B. and Josep *Figueras* and Constantino *Sakellarides* (1998), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham.

Thörnqvist, Christer (2006), Ekonomiska paradigm och människovårdande arbete i Sverige, in: Tidsskrift for Arbejdsliv 8 (1), 96-110.

Walt, Gill (1998), Implementing health care reform: A framework for discussion, in: Richard B. *Saltman,* and Josep *Figueras* and Constantino *Sakellarides* (1998), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham, 356-384.

World Health Organisation (2005), Health Systems in Transition. Sweden.

Niko Stumpfögger

PRIVATISIERUNG VON KRANKENHÄUSERN IN DEUTSCHLAND UND IHRE AUSWIRKUNGEN AUF DIE BESCHÄFTIGTEN

1. NIRGENDWO WERDEN MEHR KRANKENHÄUSER VERKAUFT ALS IN DEUTSCHLAND

Deutschland nimmt bei der Privatisierung seiner Krankenhäuser eine Sonderstellung ein, wie der Blick in andere Länder zeigt. Der größte Marktanteil privater renditeorientierter Krankenhäuser in einem europäischen Land findet sich in Frankreich (19,3%). Anders als in Deutschland sind in Frankreich in den vergangenen zwölf Jahren keine öffentlichen Krankenhäuser verkauft worden.[1] Das Wachstum der Krankenhauskonzerne vollzieht sich dort als Umstrukturierung innerhalb des privaten und freigemeinnützigen Sektors. Die privaten Konzerne sind auf kleine Häuser beschränkt. In Großbritannien liegt der Anteil privater Unternehmen an den Ausgaben für die allgemeine Krankenhausversorgung bei 2%. In Italien, den Niederlanden, Österreich oder den skandinavischen Ländern kommt ein Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern entweder nicht vor oder spielt keine nennenswerte Rolle. In Spanien gibt es in geringem Umfang private Krankenhäuser.

Die privaten Krankenhauskonzerne in Deutschland hatten am 30. 6. 2007 einen Marktanteil[2] von 13,2%. Deutschland ist damit auf dem besten Weg, die USA zu überholen. Die USA teilen mit Europa die Tradition, dass Krankenhäuser zum Non-Profit-Sektor gehören. Öffentliche Träger haben dort einen Marktanteil von 16%, freigemeinnützige[3] von 70%. Der Anteil renditeorientierter Krankenhäuser liegt bei 14% und ist seit vielen Jahren konstant (vgl. Stumpfögger 2007).[4] Deutschland ist im internationalen Vergleich das einzige Industrieland, das in großem Umfang öffentliche Krankenhäuser aller Größenordnungen und Aufgabenstellungen verkauft.

1.1 Treibsätze der Privatisierung

Die wesentlichen Gründe für die Privatisierung (vgl. Schulten 2006) liegen darin, dass in Deutschland die öffentlichen Kassen durch eine Serie von Steuerreformen „arm gemacht“ worden sind und gleichzeitig ein ordnungspolitischer Wandel stattfand. Die Politik zog sich zunehmend aus den Diensten im allgemeinen Interesse zurück. Anders als in anderen europäischen Ländern wurden in Deutschland auch die Krankenhäuser in diesen Prozess einbezogen.

---

[1] Der Marktanteil (Betten) der öffentlichen Akut-Krankenhäuser in Frankreich hat zwischen 1994 und 2004 sogar leicht zugenommen, der Anteil der privaten ging leicht zurück.
[2] Marktanteil gemessen in Betten.
[3] Freigemeinnützige Krankenhäuser: im amerikanischen Sprachgebrauch = nonprofit hospitals, bezeichnet wie in Deutschland auch einen steuerlichen Status.
[4] Marktanteile in Deutschland 30. 6. 2007: Öffentliche Träger 50,5%, freigemeinnützige 36,3%, private 13,2%.

Die erste Privatisierungswelle gab es in den 1990er Jahren im Osten Deutschlands. Die deutschen Krankenhauskonzerne kamen aus dem Westen und sind zunächst im Osten groß geworden. Die größten Privatisierungen sind von Koalitionen der Christdemokraten und Liberalen (CDU/FDP) in westdeutschen Bundesländern vorgenommen worden, darunter der Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser Hamburg (LBK) zum 1. 1. 2005.[5] Der LBK hatte zu diesem Zeitpunkt sieben Krankenhäuser, 12.400 Beschäftigte und einen Umsatz von rund 750 Mio. Euro. Seine Größe entsprach fast dem Umfang des gesamten schwedischen Konzerns Capio (vgl. Tabelle 1). Es war der größte Verkauf eines öffentlichen Krankenhausunternehmens in der Geschichte Europas. Auch der erste Verkauf eines kompletten Universitätsklinikums in Europa ist das Werk einer CDU/FDP-geführten Landesregierung aus Deutschland. Drei Bundesländer haben inzwischen auch ihre großen psychiatrischen Landeskrankenhäuser verkauft, zweimal waren daran auch die Sozialdemokraten (SPD) beteiligt.

Die Auszehrung der Steuereinnahmen ließ die öffentlichen Investitionen in Deutschland stärker einbrechen als irgendwo sonst in einem vergleichbaren Industrieland. Liegen die öffentlichen Investitionen im EU-Durchschnitt jährlich bei 2,5% des Bruttoinlandsprodukts, so sind es in Deutschland nur noch 1,4%, in den USA 2,7%, in Japan 3,4% (vgl. Europäische Kommission 2007, Tab. 71).[6] Die Bundesländer, die in Deutschland die Investitionen der Krankenhäuser finanzieren, fuhren ihre Mittel dramatisch zurück[7] und brachten die öffentlichen Krankenhäuser in eine strukturelle Investitionslücke, die heute auf 32 bis 50 Mrd. Euro geschätzt wird. Im Jahr 2006 wurde in Deutschland für die Investitionsförderung der Krankenhäuser real 44% weniger ausgegeben als 1991, das ist weniger als vor der deutschen Einheit in der alten Bundesrepublik (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft 2007, Tabelle 1).[8] Für einen Wirtschaftszweig, der schon durch den medizinischen Fortschritt einem hohen Innovationstempo unterliegt und der zusätzlich durch die Gesundheitsgesetzgebung unter Rationalisierungsdruck gesetzt wurde, ist es fatal, wenn Investitionsmittel fehlen.

1.2 Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt

Die vielen Verkaufsentscheidungen öffentlicher Träger führten zu einem enormen Konzentrationsprozess im privaten Krankenhaussektor Deutschlands. Während im öffentlichen und freigemeinnützigen Sektor eine Vielfalt von Trägern herrscht, bildet sich im privaten Segment ein Oligopol von vier großen Konzernen aus.

Tabelle 1 zeigt: Krankenhauskonzerne, die im Jahr 2003 an der Spitze lagen, waren drei Jahre später doppelt so groß. Konzerne mittlerer Größe expandierten deutlich langsamer. Kleine Mittelstandsunternehmen haben in diesem Konzentrationsprozess keine Startchance mehr. Im Jahr 2003 war die Générale de Santé in Frankreich das größte europäische Krankenhaus-

[5] 77% der Hamburger Bürgerinnen und Bürger stimmten in einem Volksentscheid gegen den Verkauf. Die Beteiligung betrug 65%. Der Hamburger Senat verkaufte trotzdem, sah sich lediglich veranlasst, den Verkauf in zwei Tranchen (49,9% und 25%) zu teilen.

[6] Im Jahr 2006 fielen die kommunalen Investitionen in Deutschland auf einen historischen Tiefstand.

[7] Der Rückzug aus der Finanzierung ist nach Bundesländern sehr unterschiedlich. Die beiden südlichsten Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern erfüllten ihre gesetzliche Aufgabe noch am besten – ihre Steuereinnahmensituation war vergleichsweise günstig.

[8] Realer Rückgang der Krankenhausinvestitionen: eigene Berechnungen aufgrund der Entwicklung der Verbraucherpreise.

Tabelle 1: Krankenhaus-Konzerne in Deutschland und Europa 2003 bis 2006

	2003			2006		
	Kliniken	Beschäft.	Umsatz	Kliniken	Beschäft.	Umsatz
Rhön-Klinikum AG	33	13.408	956	45	30.400	1.934
Helios Kliniken Gruppe	23	12.077	905	56	26.800	1.673
+ Wittgensteiner Kliniken	23	6.430	337			
+ Humaine Kliniken GmbH	11	2.100	151			
Asklepios Kliniken GmbH	38	10.635	707	72	25.700	1.600
Sana Kliniken	21	6.400	478	33	12.400	792
MediClin AG	27	5.572	360	30	6.900	370
Damp Holding AG	8	2.500	130	11	5.600	300
Paracelsus Kliniken GmbH	28	4.807	260	30	5.000	273
Summe	212	63.929	4.284	277	111.800	6.942
zum Vergleich						
Capio (Schweden)	125	10.808	965	100	14.150	1.229
Générale de Santé (Frankreich)	149	16.181	1.132	196	22.900	1.651
General Healthcare Group (Großbritannien)	k.A.	k.A.	k.A.	52	10.000	ca. 850

Quellen: Veröffentlichungen der Konzerne. Zum Herausrechnen von Geschäftsfeldern waren Schätzungen des Verfassers notwendig.[9]

unternehmen. Obwohl das Unternehmen seither ein beachtliches Wachstum erzielte, wurde es bis 2006 gleich von drei Konzernen aus Deutschland überholt.

2. AUSWIRKUNGEN AUF DIE BESCHÄFTIGTEN

Nach dem Kauf eines Krankenhauses beginnen private Konzerne umgehend mit der Umsetzung ihres Geschäftsmodells.[10] Da die öffentlichen Häuser vor ihrem Verkauf regelmäßig unter Investitionsstau leiden, sind Zusagen für Investitionen fast immer Bestandteil der Verkaufsverträge. Investitionen zielen vor allem auf die Optimierung der baulichen Infrastruktur und die dadurch erzielbare Rationalisierung der Prozessabläufe in der Krankenversorgung. Typisch

[9] Berücksichtigt ist die Krankenhausversorgung (Akutversorgung und Rehabilitation), andere Geschäftsfelder sind herausgerechnet. Kliniken in Minderheitenbeteiligung oder unter Managementvertrag sind nicht berücksichtigt. Générale de Santé: Angaben für Frankreich ohne ausländisches Engagement (welches minimal ist). Capio: Einrichtungen europaweit, einschließlich Diagnostik und ambulante Operationen. Umsätze auf der Grundlage von Veröffentlichungen der Konzerne, meist 2006, teilweise 2005.

[10] Die hier genannten Bestandteile des Geschäftsmodells markieren drei wichtige Gemeinsamkeiten der Konzernstrategien. Zu den Geschäftsstrategien gehören viele weitere Elemente, die unterschiedlich stark profiliert sind, dazu gehören beispielsweise „Profilierung als Qualitätsmarke“, „regional gestufte Klinikspezialisierung (Portal- und Zentralklinik-Konzept)“, „breitestes Leistungsspektrum“, „umsatzstärkster Konzern“, „einweisende niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an sich binden“, „beste Facharztweiterbildung“ usw.

ist, dass private Konzerne dem betriebswirtschaftlichen Management schnell Vorfahrt verschaffen. Unter anderem bedeutet das, dass die ärztliche Leitung „entmachtet“ und auf eine beratende Rolle in unternehmensstrategischen Entscheidungen reduziert wird.

In der Anfangsphase sollen schnell erfolgreiche Geschäftszahlen präsentiert werden. Der größte Beitrag dazu wird fast immer durch scharfen Personalabbau erzielt. Jüngstes Beispiel ist die Rhön-Klinikum AG: Eineinhalb Jahre nach dem Kauf des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH verkündete der Konzern am 30. 6. 2007, die Gewinnzone sei erreicht. Vor dem Kauf lag der Jahresfehlbetrag bei rund 15 Millionen Euro[11]. Von der schnellen Ergebnisverbesserung entfallen nach Einschätzung der Gewerkschaft ver.di zwischen 10 und 12 Millionen Euro auf einen scharfen Einschnitt bei den Personalausgaben. Befristete Verträge wurden in großer Zahl nicht verlängert. Außerdem wurden Personalstellen zum Land Hessen verlagert, das auch nach der Privatisierung Anstellungsträger für das Personal in Wissenschaft und Forschung geblieben ist. Der Betriebsrat des Universitätsklinikums berichtete, dass im Juni 2007 440 Menschen weniger beschäftigt waren als zum Zeitpunkt der Übernahme am 1. Februar 2006.[12] Gleichzeitig registrierte er 40.000 Überstunden. Das deutet darauf hin, dass die Personalkürzungen weniger durch rationelle Arbeitsabläufe als vielmehr durch „Personalabbau wo immer es geht“ erreicht wurden.

Bei fast allen Krankenhausverkäufen muss der private Eigentümer zusichern, für einen bestimmten Zeitraum keine betriebsbedingte Kündigungen auszusprechen. Trotzdem beginnt am Tag nach dem Verkauf der Personalabbau. Er geschieht über Fluktuation, Nichtverlängern befristeter Arbeitsverhältnisse, vorzeitiges Ausscheiden von älteren Beschäftigten und Abfindungen. Mehrfach beobachtete ver.di, dass die neuen Eigentümer unmittelbar nach dem Besitzerwechsel Unruhe und Angst in die Belegschaften trugen, was dazu führte, dass ein Teil der Beschäftigten dem Betriebsübergang zum neuen Besitzer widersprach und in den öffentlichen Dienst zurückkehrte. Der spektakulärste Fall spielte sich im Sommer 2007 in Hamburg ab, wo annähernd 2.000 von rund 11.000 Beschäftigten der Asklepios LBK Hamburg GmbH ihr Recht auf Rückkehr zur Stadt wahrnahmen. In diesem Fall spielten zwei Jahre schlechte Erfahrungen mit den Managementmethoden eine wichtige Rolle sowie der Arbeitsdruck, der es vielen unmöglich machte, dem eigenen beruflichen Anspruch gegenüber den Patientinnen und Patienten noch gerecht zu werden.

Die organisationelle Unruhe bereitet auch den Boden für die erste Welle des Ausscheidens mit Abfindungen. So wurde die Belegschaft im Helios-Klinikum Berlin-Buch während der Geltung des Ausschlusses betriebsbedingter Kündigungen von 3.200 Beschäftigten bei Übernahme im Juni 2001 auf 2.000 Beschäftigte im Dezember 2005 abgebaut. 260 von ihnen kehrten gleich zu Beginn zum Land Berlin zurück, 300 Beschäftigte wurden in Tochtergesellschaften ausgegliedert. Das Leistungsspektrum des Krankenhauses blieb in dieser Zeit gleich. Das Unternehmen erreichte diese Entwicklung durch wiederholte Ausgliederung von Funktionsbereichen (EDV, Logistik, Labore, Poliklinik, Pathologie) in neu gegründete Firmen sowie eine Serie von „Sprintprämien“-Aktionen. Sprintprämien sind Abfindungen, die umso höher ausfallen, je früher sie in Anspruch genommen werden. Sie können bis zu einer Jahreslohnsumme betragen.

---

[11] Jahresumsatz des Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH knapp 400 Mio. Euro.

[12] Das passt zu den Angaben in einer Pressemitteilung des Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst vom 14. 6. 07, in der über den Abbau von 280 Stellen (Vollkräften) von 7.000 berichtet wurde.

2.1 Löhne und Arbeitsbedingungen driften auseinander

Nach einem Kauf entwickeln sich die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten auseinander. Ärztinnen und Ärzte werden bei privaten Krankenhauskonzernen tendenziell besser bezahlt als im öffentlichen Bereich. Vor allem leitende Ärztinnen, Ärzte und Spezialisten werden von den Konzernen mit deutlich höheren Vergütungen ausgestattet. Fachärztinnen und -ärzte sind teilweise besser gestellt, doch beschränkt sich dies im Wesentlichen auf Ergebnisbeteiligungen. Angesichts von wachsenden Problemen bei der Gewinnung von ärztlichem Personal im ländlichen Raum und unter dem Eindruck von Arbeitsniederlegungen von Ärztinnen und Ärzten in Universitätskliniken und kommunalen Krankenhäusern im Jahr 2006 steigt die Bereitschaft privater Konzerne, die Vergütung für diese Gruppe anzuheben. Private Konzerne versuchen, den Personalbestand bei Ärztinnen und Ärzten so niedrig wie möglich zu halten.

Eine vergleichbare Entwicklung können die Angehörigen der Pflegeberufe und der medizinischen Assistenzberufe nach einer Privatisierung nicht verbuchen. Hier sichert oft eine Überleitungsvereinbarung den Besitzstand aus dem Tarifvertrag im öffentlichen Dienst zum Zeitpunkt des Verkaufs, jedoch sehr häufig ohne dynamische Anbindung an weitere Lohnsteigerungen. So stagnieren die Einkommen häufig und es tut sich eine Schere gegenüber Vergütung der Beschäftigten in öffentlichen Krankenhäusern auf, die sich mit den Jahren immer weiter öffnet.

Typisch für diese Berufe ist, dass es zu einem rapiden Personalabbau kommt. Die Arbeitsintensität in der Pflege und bei den medizinischen Assistenzberufen ist bei den privaten Konzernen noch höher als in den – ebenfalls schon arbeitsintensiven – öffentlichen Krankenhäusern, und auch der Personalbestand ist bei den privaten Konzernen noch knapper als dort. Ältere Beschäftigte leiden besonders unter dieser Entwicklung, was wiederum von den Konzernen dazu genutzt wird, über Abfindungsregelungen die Belegschaften zu verjüngen, ältere Beschäftigte aus dem Erwerbsleben auszugliedern und sie den sozialen Sicherungssystemen zu überantworten. Private Konzerne beschäftigten im Durchschnitt weniger ältere Beschäftigte als öffentliche Krankenhäuser. Noch offen ist, wann der Punkt erreicht wird, an dem die Personalknappheit spürbar negativ auf die Qualität der Krankenversorgung durchschlägt (vgl. Braun/Müller 2006). Bei der Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der Krankenhausleistungen[13] verzichtete der Gesetzgeber bewusst auf Regeln zur Personalausstattung. Damit wurde der Wettlauf um die Senkung der Personalkosten in Krankenhäusern aller Trägerschaften forciert. Dabei realisieren die privaten Krankenhausträger die größten Einschnitte.

Die Beschäftigten der Servicebereiche (Küche, Reinigung, Hol- und Bringedienste, Hausdienste) erleiden bei Privatisierungen die größten Verluste. Nach einem Prozess über mehrere Jahre finden sie sich meist auf dem Niveau von Armutslöhnen (weniger als 1.442 Euro brutto monatlich bei Vollzeitarbeit). Neueingestellte haben nur selten eine betriebliche Altersversorgung. Die Konzerne erreichen diese Entwicklung durch Auslagerung der Beschäftigten in neue Gesellschaften. Die Gesellschaften werden häufig umstrukturiert und eine fast permanente „Organisationsunruhe“ geschaffen. Beim Übergang von der einen zur anderen Gesell-

[13] Die DRG (Diagnosis Related Groups = Diagnosebezogenen Fallgruppen) wurden zum 1. 1. 2004 für alle Krankenhäuser verbindlich eingeführt. Die Krankenhausleistungen werden für jeden einzelnen Fall nach der Fallschwere vergütet.

schaft wird häufig mit Kündigungen gedroht, es werden schlechtere Arbeitsbedingungen angeboten und meist auch durchgesetzt. Zwar verfolgen auch öffentliche Krankenhausträger solche Strategien. Doch nirgends ist die Entwicklung so weit vorangetrieben, wie im privaten Bereich. Da in Deutschland ein gesetzlicher Mindestlohn fehlt und im System der Arbeitsbeziehungen auch sonst keine institutionellen Sicherungen gegen Armutslöhne vorhanden sind, haben Beschäftigte in einfachen Dienstleistungen – nicht nur bei den Krankenhäusern – einen Verlust von Arbeitsbedingungen, Lebensqualität und Zukunftschancen erlitten. Den meisten droht eine Zukunft in Altersarmut.

2.2 Tarifverträge und Arbeitsbeziehungen

Die privaten Krankenhauskonzerne sind nicht an einen Flächentarifvertrag gebunden. Ihr Arbeitgeberverband BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.) hat den bundesweit geltenden Tarifvertrag schon 1993[14] gekündigt und seither keinen neuen mit ver.di abgeschlossen. Die Mitgliedschaftsregeln des BDPK sind so gefasst, dass die Klinikkonzerne frei entscheiden können, für welches Krankenhaus sie Tarifverträge des BDPK anwenden wollen und für welche nicht.

Beim Verkauf von Krankenhäusern steht für die Beschäftigten die Sicherung des Arbeitsplatzes und ihrer Arbeitsbedingungen an erster Stelle. Fast immer gelingt es, den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und die Weitergeltung der materiellen Arbeitsbedingungen (Lohn, Arbeitszeit, Urlaub, betriebliche Altersvorsorge) für einen gewissen Zeitraum zu vereinbaren. Am häufigsten sind hier Laufzeiten von etwa zwei Jahren, auch längere Fristen kommen vor.

Dies gelingt, weil Krankenhausverkäufe in Deutschland nach wie vor unpopulär sind. Mit einem Krankenhausverkauf ist stets eine politische Auseinandersetzung im Kommunal- oder Landesparlament verbunden, nicht selten werden Bürgerbegehren eingeleitet. ver.di ist in der Regel mindestens Bündnispartner, oft auch Initiatorin von Bürgerbegehren. Die arbeitsrechtlichen Sicherungen für die Beschäftigten sind der „politische Preis“ für den Verkauf. Sie dienen zur Beruhigung der öffentlichen Diskussion und sie begrenzen den Widerstand im politischen Raum und unter den Betroffenen. Selten sind sie das Ergebnis von Arbeitskampfmaßnahmen.

In den großen Konzernen beträgt der Anteil an Krankenhäusern, in denen aufgrund von Überleitungsverträgen die Tarifsstandards des öffentlichen Dienstes gelten, 10% bis 25%. In einer Reihe von Fällen nehmen die Beschäftigten auch an künftigen Erhöhungen im öffentlichen Dienst teil, meist wird jedoch nur das Entgelt zum Zeitpunkt des Übergangs gesichert.

In der Tarifstrategie gibt es zwischen den Konzernen deutliche Unterschiede. Die Rhön-Klinikum AG verhandelt unmittelbar nach einer Übernahme über Haustarifverträge und löst so das öffentliche Tarifrecht ab. Inhaltlich wird in der Regel etwa der Standard zum Zeitpunkt des Übergangs vereinbart. Bestandteil dieser Strategie ist es, die Beschäftigten am betriebswirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg des jeweiligen Krankenhauses zu beteiligen, indem anstel-

[14] Tarifvertrag mit Gewerkschaften, die sich 2001 in der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft zusammengeschlossen haben.

le einer festen Jahressonderzahlung („Weihnachtsgeld“, „Urlaubsgeld“) ein ergebnisabhängiger Betrag gezahlt wird. Durch die Ergebnisbeteiligung wird der Blick der Beschäftigten auf den Konzernzusammenhang aufgelöst und auf den eigenen Betrieb gelenkt. Im Gesamtkonzern wurden in den vergangenen Jahren blendende Gewinne (2006: 109 Mio. Euro, davon 19 Mio. aufgrund einer Änderung der Unternehmensbesteuerung) eingefahren und in jedem Jahr mehr an die Aktionäre ausgeschüttet (2006: 26 Mio. Euro). Mit der Haustarifvertragsstrategie ist es der Unternehmensleitung in den meisten Krankenhäusern gelungen, die Tariferhöhungen unterhalb des Branchendurchschnitts zu halten. Der Konzern verfügt über einen paritätisch besetzten Aufsichtsrat nach dem deutschen Mitbestimmungsgesetz.[15] Die paritätische Besetzung musste die Gewerkschaft ÖTV in den 1990er Jahren gerichtlich erzwingen.

Die Helios Kliniken Gruppe schloss Anfang 2007 mit ver.di einen Konzerntarifvertrag, der für alle Akutkliniken des Konzerns gilt. Unterschiedliche Tarifniveaus der Häuser und Regionen werden bis 2009 im ganzen Konzern angeglichen. Die Tarifregelungen entsprechen mit minimalen Ausnahmen dem Tarifniveau des öffentlichen Dienstes und damit dem von ver.di angestrebten Branchenniveau.[16] Ärztinnen und Ärzte verdienen nach dem Tarifvertrag bei Helios 100 Euro monatlich mehr als im öffentlichen Dienst. Mit der Ärztegewerkschaft Marburger Bund schloss Helios einen weitgehend inhaltsgleichen Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte. Anders als im öffentlichen Bereich sind bei Helios die Beschäftigten der Servicegesellschaften aus wesentlichen Bereichen des Tarifvertrages ausgegrenzt. Zwar gelten für sie die Bestimmungen des Tarifmantels wie Arbeitszeit und Urlaub, doch die Vergütung und die betriebliche Altersvorsorge muss in jeder Gesellschaft vereinzelt ausgehandelt werden und bleibt umkämpft. Für das Personal in seinen Rehabilitationskliniken will der Konzern geringere Vergütungen durchsetzen mit der Begründung, die Gewinnsituation sei in diesem Branchensegment schlechter. Ärztinnen und Ärzte sollen besser gestellt werden, die Gewinne sollen aus den Vergütungen der Beschäftigten in der Pflege, den Assistenzberufen und dem Servicepersonal geholt werden. Die Verhandlungen laufen. Auch bei Helios existiert seit Beginn der 2000er Jahre ein paritätisch besetzter Aufsichtsrat. Er wurde vom Konzern ordnungsgemäß nach den gesetzlichen Bestimmungen gebildet.

Das Management der Sana Kliniken GmbH & Co. KGaA machte zum Jahresbeginn 2006 einen strategischen Schwenk auf die Gewerkschaft ver.di zu. Bis dahin hatte der Konzern den Abschluss von Tarifverträgen häufig vermieden. Die Konzernleitung setzte auf unterschiedliche Strategien zur Senkung des Tarifniveaus. So wurden nach dem Auslaufen von Übergangsbestimmungen die Arbeitsbedingungen in etlichen Häusern einseitig von der Arbeitgeberseite in „Arbeits- und Sozialordnungen“ festgelegt. In einem Fall wurde der Deutsche Industrie- und Handelsangestelltenverband (DHV) im christlichen Gewerkschaftsbund in den Dienst genommen, um die ver.di Tarifforderungen im Herzzentrum Dresden zu unterbieten. Der DHV erreicht mangels Mitgliedern nur dort Tarifverträge, wo er den Arbeitgebern gefällig ist. Erfolg hat er dort, wo ver.di keine ausreichende betriebliche Konfliktfähigkeit besitzt. Der

[15] Der Aufsichtsrat besteht aus je zehn Mitgliedern der Anteilseigner und neun der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und einem leitenden Angestellten. Bei Abstimmungen mit 10:10 Stimmen gibt die Stimme des Aufsichtsratsvorsitzenden den Ausschlag, der stets von den Anteilseignern stammt.

[16] Die beiden wichtigsten Flächentarifverträge für Krankenhäuser sind der TVöD- (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst), der u.a. für die Krankenhäuser der Kommunen gilt sowie der TV-L (Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder), der für die Einrichtungen der Länder (im wesentlichen Universitätskliniken und Psychiatrische Landeskrankenhäuser) gilt.

Konzern musste allerdings feststellen, dass er aufgrund seines schlechten Rufs im Umgang mit den Beschäftigten handfeste Nachteile beim Wettlauf um Krankenhauskäufe hatte. Die Unternehmensleitung leitete deshalb die überfälligen Wahlen zu einem paritätischen Aufsichtsrat ein und trat in Verhandlungen über einen Konzerntarifvertrag ein, die 2007 noch andauern.

Die Asklepios Kliniken GmbH gilt bis heute als schlechtester Arbeitgeber der vier großen Krankenhauskonzerne. Viele Betriebsräte klagen über Probleme im Alltagsgeschäft. Arbeits- und Sozialordnungen sind weit verbreitet. Es wurde eine konzerneigene Leiharbeitsfirma gegründet, die – mit Ausnahme von Ärztinnen und Ärzten – alle Berufsgruppen der Krankenhäuser zu billigen Arbeitsbedingungen einstellt und sie anschließend an die Konzernunternehmen ausleiht. Diese missbräuchliche Nutzung von Leiharbeit hat sich seit der Liberalisierung des Gesetzes Anfang der 2000er Jahre in vielen Branchen in Deutschland verbreitet. Einen lokalen ver.di-Arbeitskampf versuchte die Geschäftsführung im Herbst 2006 durch einen Gefälligkeitstarifvertrag des DHV zu unterlaufen – erfolglos. Der Konflikt brachte die Konzernleitung zum Umschwenken. Im September 2007 sind nun auch bei Asklepios Verhandlungen über einen Konzerntarifvertrag aufgenommen worden. Die Wahlen zu einem paritätisch besetzten Aufsichtsrat musste ver.di 2005 gerichtlich erzwingen. Bis heute hat die Konzernleitung keinen Frieden mit der Unternehmensmitbestimmung geschlossen.

Am Beispiel der Rhön-Klinikum AG, die in Deutschland Marktführer und ältester Klinikkonzern ist (gegründet 1970, erste Akutklinik 1984, Börsengang 1991) lässt sich am deutlichsten ablesen, wie die Kombination von langjährig scharfem Personalabbau mit Tarifverträgen unterhalb des Branchenniveaus wirkt (Tabelle 2). Im Jahr 2005 lagen die Personalausgaben, gemessen am Umsatz, um 8 Prozentpunkte unter dem Branchenniveau. Die Personalausgaben je Bett lagen sogar um 17% darunter. Das Jahr 2005 ist für den Branchenvergleich besser geeignet, weil im Jahr 2006 das neu hinzugekommene Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH die wirtschaftlichen Zahlen im Konzern gründlich beeinflusste. Das Uniklinikum ist nicht nur ein Betrieb mit relativ viel und teurem Personal, sondern auch mit den höchsten Umsatzerlösen (Einnahmen) pro Fall.

Tabelle 2: Personalkosten Rhön-Klinikum AG im Vergleich zum Branchendurchschnitt

	Krankenhäuser 2005 insgesamt*)	Rhön 2005	Rhön 2006 (mit Uniklinikum)
Personalkostenanteil am Umsatz	64,1%	56,1%	58,3% 53,9% (ohne Uniklinikum)
Beschäftigte je Bett	1,9	1,6	2,1
Personalausgaben je Beschäftigten in Euro	41.180 100%	37.388 90,8%	37.089**) 90%
Personalausgaben je Bett in Euro	78.254 100%	64.958 83%	76.708 98%

*) Allgemeine Krankenhäuser einschließlich Universitätskliniken ohne Psychiatrische Krankenhäuser.

**) „Nach dem Kooperationsvertrag werden der Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH von den beiden Universitäten die Kosten für die Mitarbeiter des wissenschaftlichen Dienstes, die nach wie vor im Landesarbeitsverhältnis stehen, erstattet." (Geschäftsbericht Rhön 2006).

Quelle: eigene Berechnungen ver.di auf der Grundlage der amtliche Krankenhausstatistik (destatis) und des Geschäftsberichts 2006 der Rhön-Klinikum AG.

3. ENTWICKLUNGSTRENDS

Für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und ihre Gewerkschaften ist auch der Einfluss der privaten Krankenhauskonzerne auf die Gesundheitspolitik bedeutsam. Während die Konzerne im Markt in Konkurrenz zueinander stehen, haben sie sich zum politischen Lobbying zusammengeschlossen. Eines ihrer Ziele ist es, die Regularien der EU-Liberalisierung auch auf den Krankenhausmarkt anwendbar zu machen. Da die EU-Kommission bislang die Auffassung vertritt, dass Regelungen für Krankenhäuser den Nationalstaaten vorbehalten sind, wird versucht, über Musterklagen die Position der EU-Kommission aufzubrechen. Der BDPK fordert, den freigemeinnützigen Krankenhäusern den Status der steuerlichen Gemeinnützigkeit zu entziehen und hält Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft für die Krankenversorgung für verzichtbar.

Zum ordnungspolitischen Rahmen für Krankenhäuser in Deutschland fordern die Konzerne, dass die Planungskompetenz der Bundesländer abgeschafft und durch einen bloßen Sicherstellungsauftrag ersetzt wird. Bisher legen die Bundesländer die Struktur der Krankenhausversorgung und der Fachabteilungen so fest, dass die Bevölkerung flächendeckend auf qualitativ gutem Niveau versorgt wird. Eine Änderung würde den Konzernen ermöglichen, über die Ausweitung von betriebwirtschaftlich lukrativen Leistungen und Verknappung von betriebswirtschaftlich „teuren“ Angeboten mit ihren Wettbewerbern zu konkurrieren. Wo durch Wettbewerb Unterversorgung entsteht, müsste die öffentliche Hand bei den Krankenhausträgern die fehlenden Leistungen „nachbestellen“ und bezahlen.

Das Geschäftsmodell der privaten Krankenhauskonzerne in Deutschland ist zurzeit geprägt durch externes Wachstum aufgrund von Krankenhauskäufen. Solange der Zukauf öffentlicher Krankenhäuser wesentlicher Teil der Konzernstrategien ist, ist ein arbeitnehmerfreundliches Image wichtig. Für die Gewerkschaften ist damit ein Fenster offen. Es könnte sich schließen, wenn der Kauf öffentlicher Krankenhäuser an Bedeutung verliert und andere Strategien in den Vordergrund rücken.

Stärker als die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser treiben die privaten Krankenhauskonzerne die Industrialisierung der Krankenversorgung voran. So soll Spielraum für den Erhalt oder die Steigerung der Rendite geschaffen und der Vorsprung vor den Wettbewerbern gesichert werden. Die Krankenversorgung soll von der „Manufaktur“ zur industriellen Arbeitsteilung voranschreiten. Ziel ist es, Ärztinnen und Ärzte einzusparen, indem ein Teil ihrer Tätigkeiten auf die Pflege verlagert und Dokumentationsaufgaben delegiert werden. Auch in der Pflege soll der Anteil qualifizierter und damit teurer Beschäftigter reduziert und die Arbeitsteilung tiefer gestaffelt werden. Auch hier werden Tätigkeiten auf unterstützendes Personal verlagert. Die privaten Krankenhauskonzerne haben eine Größe erreicht, die es ihnen ermöglicht, dafür konzerneigene Ausbildungen und Hilfsberufe zu entwickeln.

In den vergleichbaren Industrieländern sind die marktführenden privaten Krankenhauskonzerne von Finanzinvestoren gekauft worden (vgl. Stumpfögger 2007): Nur in Deutschland ist dieser Versuch bisher nicht erfolgreich gewesen.[17] Die Dynamik der globalisierten Finanzmärkte

[17] Als 2005 die Helios Kliniken an den Pharmakonzern Fresenius verkauft wurde, waren auch internationale Finanzinvestoren interessiert.

wird aber wohl kaum dauerhaft am deutschen Klinikmarkt vorbeigehen. So ist zu erwarten, dass der Weiterverkauf von privatisierten Krankenhäusern (von „privat an privat“) zunehmen wird. Auch in Deutschland werden neben die Krankenhausunternehmen vom Typ des großgewordenen mittelständischen Unternehmens andere Unternehmen treten. Wer heute sein Krankenhaus verkauft, weiß nicht, wem es morgen gehört.

BIBLIOGRAPHIE

Braun, Bernard und Rolf *Müller* (2006), Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten (= Gmünder Ersatzkasse (Hg.), GEK-Edition Bd. 46), Sankt Augustin.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2007), KHG-Investitionsförderung-Überblick; http://www.dkgev.de/pdf/1566.pdf.

Europäische Kommission (2007), Statistischer Anhang zu „Europäische Wirtschaft“, Frühjahr 2007; http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2007/statannex2007_de.pdf.

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.

Stumpfögger, Niko (2007), Krankenhausfusionen und Wettbewerbsrecht. Unternehmenskonzentration im deutschen Krankenhausmarkt 2003 bis 2007; http://www.gesundheit-soziales.verdi.de/krankenhaeuser/krankenhausmarkt-2007.pdf.

Helmut Ivansits

LIBERALISIERUNG UND PRIVATISIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS – URSACHEN, ERSCHEINUNGSFORMEN UND FOLGEN

In der Einleitung zu dieser Publikation wird vor dem Hintergrund des Diskurses „Markt versus Staat im Gesundheitswesen“ Liberalisierung – im Unterschied zur Sozialisierung – als Strategie zur Vermarktlichung des Gesundheitswesens definiert, die sowohl die Versicherungs- als auch die Ebene der Leistungserstellung erfassen kann. Voraussetzung dafür ist die Privatisierung der Akteure, also der Versicherer und/oder der Leistungsanbieter, ihre Folge zumeist die (Re)Privatisierung von individuellen Gesundheitskosten durch höhere Beiträge oder niedrigere Leistungen. Das Gesamtergebnis drückt sich in einer Deregulierung (d.h., weniger, v.a. aber weniger prohibitive staatliche Regelungen für Private) aus.

In einem marktfundierten privatwirtschaftlichen Gesundheitssystem gibt es definitionsgemäß weder eine Sozialversicherung noch einen staatlichen Gesundheitsdienst. Organisation, Verteilung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen erfolgen über „Wohlfahrtsmärkte“ (vgl. Nullmeier 2004; Hippe, 2007). Diesem liberalen Modell steht idealtypisch ein staatlich reguliertes Gesundheitssystem (staatlicher Gesundheitsdienst) gegenüber (vgl. Eekhoff 2007). Zwischen diesen beiden Polen bestehen sehr unterschiedliche Mischkonstruktionen.

Das österreichische Gesundheitssystem ist eine Mischform aus staatlichen (Spitalspflege, Planung, Behindertenwesen etc.) und privatwirtschaftlichen Elementen (v.a. im Bereich der niedergelassenen ÄrztInnen und der Medikamente). Es beruht auf dem Sozialversicherungsprinzip: Alle Erwerbstätigen und ihre Angehörigen sind bei öffentlich-rechtlichen Kassen ex lege gegen die finanziellen Folgen von Krankheit und Arbeitsunfähigkeit versichert und müssen vom Erwerbseinkommen einen, nach oben durch eine Höchstbeitragsgrundlage begrenzten, Versicherungsbeitrag entrichten. Als Gegenleistung können die Versicherten bei Eintritt des Versicherungsfalles unabhängig vom geleisteten Beitrag bedarfsgerechte Leistungen in Anspruch nehmen. Immanente sozialpolitische Ziele dieses Organisationsmodells („sozialpolitisches Bauprinzip“) sind der einkommensunabhängige Zugang zu allen benötigten Gesundheitsgütern- und dienstleistungen und die Finanzierung über einkommensproportionale Beiträge.

Einem ausschließlich marktwirtschaftlich fundierten Gesundheitssystem ist eine solche Abstimmung mit gesellschaftspolitischen Zielen der Versorgung mit Gesundheitsgütern- und dienstleistungen fremd. Der Markt ist vielmehr „blind“ gegenüber sozialpolitischen Anliegen (vgl. Österle 2003). Die neoklassische Theorie selbst erkennt mehrere Fälle an, in denen der Staat regelnd eingreifen muss, so etwa bei Auftreten von Monopolen und so genannten externen Effekten oder bei öffentlichen und meritorischen Gütern. Darüber hinaus gehende Gründe für Staatsinterventionen sind umstritten (z.B. staatliche Konjunktur- oder Umverteilungspolitik). Einige dieser Gründe – Monopole oder die Charakterisierung von Gesundheit bzw. Versorgung mit Gesundheitsleistungen als meritorisches Gut (an dessen „Konsumation“ der

Staat ein hohes Interesse hat) – spielen auch für das Gesundheitssystem und dessen Organisation eine große Rolle.

Ökonomen sprechen von „distributivem Marktversagen“, wenn die Ergebnisse von Marktprozessen fundamentalen gesellschaftlichen Verteilungs- oder Gerechtigkeitsvorstellungen widersprechen (wenn beispielsweise auch Personen geschützt werden, die wegen hoher Krankheitskosten keine Behandlung oder wegen Vorerkrankungen keine leistbare Risikodeckung erhalten). „Allokatives Marktversagen“ liegt dem gegenüber vor, wenn ein unvollkommener Markt besteht. Einem solchen Markt fehlen Wettbewerb und/oder das Informationsgleichgewicht zwischen den Akteuren.

Im Folgenden werden die Gründe für allokatives und distributives Marktversagen untersucht. Es geht dabei substantiell um die für die Zukunft des Gesundheitssystems wesentliche Frage, ob der Markt oder ob der Staat besser geeignet ist, die Verteilung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen vorzunehmen. Es geht demnach um nichts weniger als um die Frage, ob die Sozialversicherung oder ein staatliches Gesundheitssystem einem marktwirtschaftlichen Regime weichen sollen, weil letzteres bessere Ergebnisse hervorbringt.

Um diese Frage beantworten zu können, ist es sinnvoll, sich zunächst in eine „Welt“ zu versetzen, in der jegliches staatliche Engagement für das Gesundheitswesen fehlt. Auf Österreich bezogen heißt das, in einem Gedankenexperiment die gesetzliche Krankenversicherung gleichsam wegzudenken. Dann hätte man es mit einem marktwirtschaftlichen System zu tun, wie es vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung im 19. Jahrhundert auch in Österreich bestand.

In einem solchen Regime würde kranken Menschen nichts anderes übrig bleiben, als sich an ÄrztInnen oder Spitäler zu wenden, sich von diesen behandeln zu lassen und die geforderten Behandlungshonorare zu zahlen. Personen mit niedrigen Einkommen würden sich die Behandlung kaum leisten können, zumal sie für den Krankheitsfall entweder finanziell nicht angespart haben oder nicht vorsorgen konnten. Private Versicherungen könnten zwar zum Teil das Problem mangelnder Vorsorge lösen, aber auch hier bestünden objektive und subjektive Versicherungsschranken: Einkommensarmut und Mindereinschätzung des Zukunftsgutes „Gesundheit“ würden individuelle Versicherungen erschweren oder gar verunmöglichen. Sie wären somit vom Markt ausgeschlossen.

Ökonomisch gesehen handelt es sich um ein distributives Marktversagen. Zwar kommt ein Markt zustande, auch wenn die Armen von ihm nichts haben und von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen sind, aber ein solcher Markt respektive ein solches Gesundheitssystem würde als höchst unbefriedigend empfunden. Heute besteht in Österreich vielmehr ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass dieser Marktausschluss unerwünscht ist und einen sozialen Missstand darstellen würde. Niemand darf nur deshalb von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen sein, weil er/sie über kein Einkommen oder Vermögen verfügt. Gesundheitssicherung ist daher eine staatliche Aufgabe, die Bevölkerung muss im Krankheitsfall einen Rechtsanspruch auf alle notwendigen Versorgungsleistungen haben. In ganz Europa verstärkte sich daher seit Ende des 19. Jahrhunderts der Einfluss des Staates auf das Gesundheitswesen. Liberale Gesundheitssysteme wie jenes der USA sind daher eher die Ausnahme.

Allokatives Marktversagen im Gesundheitswesen liegt vor, wenn gravierende Informationsungleichgewichte zwischen ÄrztInnen, PatientInnen und Versicherern bestehen. Diese „asymmetrische Information“ beruht in erster Linie auf dem Wissens- und Erfahrungsvorsprung der ÄrztInnen, aber auch darauf, dass PatientInnen vor allem in Notsituationen kaum Handlungsalternativen haben, also sich im Allgemeinen auf die ÄrztInnen oder auf das Spital verlassen müssen und nur selten in der Lage sind, Preis und Qualität der Leistungen zu ihren Gunsten zu gestalten. Ein allokatives Marktversagen liegt auch vor, wenn durch das Verhalten Einzelner der Gemeinschaft (soziale) Kosten entstehen. Solche negative „Externalitäten“ treten auf, wenn der/die Einzelne keine Versicherung abschließen möchte, weil er/sie ohnehin weiß, dass staatliche Einrichtungen (allenfalls die Sozialhilfe) die Kosten dieser Leistungen übernehmen. Das Zustandekommen privater Versicherungen kann auch an adverser Selektion (eine allgemeine private Versicherung kommt deshalb nicht zustande, weil eine durchschnittliche Prämie nicht angenommen wird) scheitern. Adverse Selektion dürfte auch dafür verantwortlich sein, dass in den USA 45 Millionen Menschen keine Versicherung haben. Auch „moral hazard“[1] wird als Grund für Marktversagen im Gesundheitswesen genannt. „Moral hazard“ führt nach Meinung vieler Ökonomen zu Wohlfahrtsverlusten und sollte daher mit Selbstbehalten bekämpft werden. Andere Ökonomen (vgl. Rice 2004) wiederum verweisen auf die „angebotsinduzierte Nachfrage“ durch Health Professionals, die insgesamt zu weit größeren Ineffizienzen führt als „moral hazard“.

Alles in allem ist offensichtlich, dass es in erster Linie distributives Marktversagen ist, das sozialpolitische Interventionen notwendig macht – der Markt versagt weil die Marktergebnisse mit gesundheitspolitischen Zielen unvereinbar sind. Folgende Gründe des Marktversagens sind hier zu nennen:

- Personen mit zu geringem Einkommen haben keinen oder nur einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen – es fehlt ein universeller und gleicher Zugang zu den benötigten Leistungen (Bedarfsprinzip).

- Eine ausreichende Finanzierungsbasis kann nur durch die obligatorische Einbeziehung aller nach deren wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (solidarische Finanzierung) sichergestellt werden.

- Leistungsfähigkeitsprinzip in der Finanzierung und Bedarfsdeckungsprinzip führen zu einer, über die bloße intertemporale Umverteilung (Vorsorgesparen) und dem Risikoausgleich (Ausgleich unterschiedlicher Krankheitsrisiken nach dem „Prinzip der großen Zahl“) hinaus gehenden sozialen Umverteilung. Einkommensschwächere profitieren davon weil sie häufiger und länger krank sind. Das oberste Einkommensdrittel finanziert so das unterste Drittel, während das mittlere Drittel für die eigenen Versicherungsleistungen weitgehend selbst aufkommen muss.

Damit der Bestand der Einrichtungen nachhaltig gewährleistet werden kann, ist neben Versorgungsplanung eine staatliche Bestandsgarantie unerlässlich. Das gilt vor allem für die Spitalspflege, aber auch für den extramuralen Bereich.

[1] PatientInnen nehmen zu viel Leistungen in Anspruch, weil sie über unbegrenzten Versicherungsschutz verfügen.

Eine weitere wichtige staatliche Aufgabe im Gesundheitswesen ist die staatliche Qualitätssicherung (z.B. bei Medikamenten oder bei der Festlegung von Behandlungsstandards).

Anhand dieser Darstellung wird klar, dass das Gesundheitssystem in besonderem Maße staatlicher Regulierung bedarf, die vor allem verteilungs- und konsumentenpolitischen Zwecken dient. Liberalisierung und Privatisierung haben zur Folge, dass das Gesundheitssystem immer weniger soziale Funktionen erfüllen kann (vgl. Becker 2004).

Liberalisierung bedeutet zum einen den Umbau des sozialen Gesundheitssystems und zum anderen die Privatisierung von Gesundheitskosten („Zwei-Klassen-Medizin"). In diesem Zusammenhang ist ein Verweis auf die politische und wirtschaftliche Bedeutung sozialstaatlicher Leistungssysteme[2] erforderlich, da dieser Aspekt bei sozialen Reformen häufig viel zu kurz kommt. Von den Folgen der Verminderung des sozialen Ausgleichs in der Gesellschaft sind v.a. die unteren Schichten der Bevölkerung betroffen (vgl. Gerlinger 2004). Aber auch der Mittelstand würde davon in Mitleidenschaft gezogen. Die Abschaffung oder der „Rückbau" der Sozialversicherung würde ähnliche Zustände wie in den USA hervorrufen, auch wenn die Gesellschaft heute reicher und nicht mit jener des 19. Jahrhunderts vergleichbar ist. Soziologisch gesehen würde die Rückkehr zur „Risikogesellschaft" der Zeit hoher sozialer Sicherheit ein Ende setzen.

Freilich wäre es verfehlt, den gesellschaftlichen und individuellen Nutzen der Sozialversicherung nur am Extrem einer völligen Liberalisierung bzw. Reprivatisierung des Gesundheitswesens zu messen. Zum ordnungspolitischen Diskurs „Markt versus Staat" im Gesundheitswesen ist unbedingt anzumerken, dass sich heute wohl die meisten Liberalen gegen ein rein marktfundiertes Gesundheitssystem stellen würden. Viele treten für eine staatliche Gesundheits-Grundsicherung ein.

Aus finanzpolitischen Gründen, oft in Verbindung mit wirtschaftsliberalen Einstellungen, wird aber zunehmend eine umfassende „Ökonomisierung" des Gesundheitswesens hegemonial. Darunter soll zum einen eine Prüfung des Gesundheitswesens auf Effektivität und Effizienz verstanden werden. Solange die Effektivität im Vordergrund steht, kann daran nichts Negatives gesehen werden. Zum anderen werden unter „Ökonomisierung" aber auch Privatisierungs- und Liberalisierungsstrategien verstanden oder zumindest Maßnahmen, die in dieses strategische Konzept passen. Vielfach wird dies mit Finanzierungsproblemen, mit „Überversorgung" und der demografischen Entwicklung begründet, über deren Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben aber höchst unterschiedliche Auffassungen („Kompressions- versus Morbiditätsthese") herrschen. Hinter dem Begriff der Ökonomisierung des Gesundheitswesens verbirgt sich oft eine Politik der Privatisierung von Gesundheitskosten.

Auf der Versicherungsebene wird in einigen Staaten die Einführung einer Krankenversicherungspflicht bei privaten Unternehmen diskutiert. Dieses Modell steht seit Mitte der 1990er Jahre in der Schweiz und seit kurzem auch in Holland in Geltung. In Deutschland erfreute sich das Thema vor den letzten Bundestagswahlen unter dem Slogan „Kopfprämienmodell" eines regen Zuspruchs. Die GegnerInnen stellten dem das Konzept der „Bürgerversicherung" (alle EinkommensbezieherInnen sollen versichert sein) gegenüber. Die Ver-

[2] Kompensation der Unverwertbarkeit der Arbeitskraft, Sozialpolitik als Produktiv- und sozialer Friedensfaktor etc.

sicherungspflicht im Unterschied zur Pflichtversicherung (nach Vorbild der Bismarckschen Sozialversicherung) funktioniert im wesentlichen (bezeichnenderweise) wie eine Kfz-Versicherung: Es besteht zwar eine gesetzliche Verpflichtung zur Krankenversicherung, aber nicht bei öffentlichen Krankenkassen, sondern bei privaten Versicherern. Auch in einigen europäischen Staaten (z.B. in der Slowakei) wird eine Privatisierung des Krankenversicherungswesens forciert.

Im Ergebnis würde die soziale Krankenversicherung zur Individualversicherung mutieren, die versicherungsmathematischen Grundsätzen folgen würde, was wiederum zur Einhebung risiko- und altersabhängiger Kopfprämien führen würde. Da ein solcher Umbau aber nicht gleich die gänzliche Beseitigung des sozialen Ausgleichs bewirken soll, müssen sozial Schwächere staatliche Beitragssubventionen erhalten, was es wiederum schwierig macht, die Vorteile einer solchen Konstruktion zu erkennen. Sie wird mit ordnungspolitischen Überlegungen und der höheren Transparenz – die Auszahlung des Dienstgeberbeitrags an die Versicherten erhöht die Transparenz des Beitrags – begründet. Umgekehrt sind die Nachteile für einkommensschwächere Familien mit Kindern evident: Je stärker der Staat die Beiträge subventioniert, desto überflüssiger wird die auch administrativ überaus aufwendige Umstellung auf die Versicherungspflicht. In Österreich wurde 2000 die Einführung der Versicherungspflicht zwar von einer Regierungskommission abgelehnt, die Umsetzung in Deutschland würde die Diskussion aber mit Sicherheit wiederbeleben.

In den meisten Ländern wurden zuletzt Leistungen gekürzt, aus dem Leistungskatalog gestrichen oder „rationiert“. In vielen Ländern stehen Themen und Vorhaben wie der Vorrang des Geldleistungs- gegenüber dem Sachleistungsprinzip oder Abwahl-/Zuwahlmodelle, bei welchen zwischen unterschiedlichen Leistungspaketen gewählt werden kann, auf der Tagesordnung.

Argumentativ steht dabei das Prinzip der Eigenverantwortung im Vordergrund (vgl. u.a. Weinzierl 2007). Daraus sind auch die unterschiedlichen Werte erkennbar, die hinter den beiden gesundheitspolitischen Grundansätzen – Staat oder Markt – stehen: Solidarität, Bedarfsgerechtigkeit, Egalitarismus auf der einen und Individualismus, Eigenverantwortung und Leistung auf der anderen Seite (vgl. Hajek 1983; Friedman 1982). Eigenverantwortung setzt allerdings immer auch die entsprechende Ressourcenausstattung voraus.

Für das Leistungsangebot sind die Besitzverhältnisse wesentlich. Eine Privatisierung von Spitälern kann – wie Beispiele aus den USA zeigen – fatale Folgen für die Versorgungslage kranker Menschen haben. Gleiches gilt für Rehabilitationszentren und kasseneigene Einrichtungen (mit günstigeren Tarifen für sozial Schwächere).

Die Liberalisierung von Medikamenten kann, wie in den USA, die Heilmittelpreise massiv in die Höhe treiben. Die Reduktion von Spitalsambulanzen zugunsten niedergelassener ÄrztInnen schränkt das Leistungsangebot in der zeitlichen Dimension ein.

BIBLIOGRAPHIE

Becker, Irene (2004), Soziale Gerechtigkeit und Privatisierung von Sicherungssystemen, in: WSI Mitteilungen 9/2004, 474-481.

Eekhoff, Johann (2007), Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, in: Wirtschaftspolitische Blätter 2/2007, 343-352.

Friedman, Milton (1982), Capitalism and Freedom, Chicago/London.

Gerlinger, Thomas (2004), Privatisierung-Liberalisierung-Reregulierung – Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI Mitteilungen 9/2004, 501506.

Hajek, Friedrich von (1983), Verfassung der Freiheit, Tübingen.

Hippe, Thorsten (2007), Märkte, Wohlfahrtstaaten oder Wohlfahrtsmärkte, in: Deutsche Rentenversicherung, 8-9/2007, 492-503.

Nullmeier, Frank (2004), Vermarktlichung des Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen 9/2004, 495-500.

Österle, August (2003), Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung, Wien, 173-206.

Weinzierl, Rupert (2007), Das Verhältnis zwischen Staat und privat, in: Zukunft 3/2007, 8-13.

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.

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

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.

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.

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.

Peter Hoffmann

HUMAN FACTORS IM SPITALSBETRIEB – IM GETRIEBE VON VERÄNDERUNGSPROZESSEN

Gesundheit bzw. der Gesundheitssektor ist bereits heute ein großes Geschäft und etliche behaupten, dieser Sektor würde in den nächsten 50 Jahren zu einem der zentralen Träger eines neuen langen wirtschaftlichen Aufschwungs werden. Gesundheit wird als einer von insgesamt fünf wesentlichen Trägern des 6. Kondratieffzyklus genannt, wobei die verbleibenden vier „Information", „Umwelt", „Biotechnologie" und „Optische Technologien (einschließlich Solartechnik)" sind (vgl. Nefiodow, 2000).

Neben dem herkömmlichen Gesundheitswesen entsteht ein neu aufkommender Gesundheitssektor der sich aus Umweltschutz, Biotechnologie, Naturheilverfahren, Wellness, Psychologie und Psychotherapie, Personal- und Managementberatung und der Beteiligung der Krankheitsverursacher an den Behandlungskosten zusammensetzt (vgl. Nefiodow, 2000).

Wie sich das konkret im „herkömmlichen Gesundheitswesen" niederschlägt, zeigen Beispiele von Krankenhausgruppen, die sich an Unternehmen in verschiedenen Bereichen beteiligen und u.a. auf den Gesundheitstourismus setzen.

Dass es bereits jetzt viele Krankenhäuser gibt, die längst keine einzelagierenden regionalen bzw. nationalen Organisationen mehr sind, sondern Bestandteile von großen nationalen und internationalen Verbünden bzw. Konzernen mit teilweise riesigen Expansionsdrang zeigt sich an folgenden Beispielen:

- Da die französische Klinikkette Générale de Santé im Großraum Paris bereits einen Marktanteil über 30% und in Lyon sogar über 40% hat, drängt sie auf eine Ausdehnung über Gesamtfrankreich und will 20% des französischen Marktes erobern. Bis 2011 will der Konzern in drei Viertel aller EU-Staaten eine führende Rolle einnehmen, um auf diese Weise weiterzuwachsen und das Risiko zu streuen (vgl. Financial Times Deutschland/FTD, 2007).

- Mc Kinsey prognostiziert, dass 2015 rund 45% der deutschen Kliniken privat geführt werden und rund 60% der Gewinne machen. Die schwedische Capio Gruppe hat bereits die Deutsche-Klinik-Gruppe übernommen und weitere ausländische Betreiber zeigen Interesse am deutschen Klinikmarkt.

- Die amerikanische HCA, mit rund 25 Mrd. $ die größte private Klinikkette der Welt, betreibt Häuser in London und Genf und könnte sich durchaus einen Einstieg in Deutschland vorstellen (vgl. FTD, 2007).

- Auch spanische Klinikketten haben Appetit auf Expansion. So will die Grupo Hospitalario Qurion gemeinsam mit der portugiesischen Jose de Mello Saude den zentraleuropäischen Markt erobern (vgl. FTD, 2007).

Im Gegensatz dazu sind deutsche Klinikketten eher vorsichtig was ihren Einstieg in den internationalen Markt betrifft. So besitzt Asklepios vier Kliniken in den USA und ist an einer griechischen Klinikkette beteiligt. Manager von Rhon-Klinikum und dem Gesundheitskonzern Fresenius hingegen sehen ihr Wachstumspotenzial in Deutschland als ausreichend an.

Die logische Folge solcher privatwirtschaftlicher Entwicklungen ist, dass, etwas überspitzt formuliert, Gesundheit an der Börse gehandelt wird. Ein Beispiel dafür ist die mögliche Übernahme des australischen Gesundheitsdienstleisters Symbion durch den Krankenhausbetreiber Healthscope der dafür 1,7 Mrd. Euro bietet. Bei dem von Healthscope vorgeschlagenen Geschäft erhielten die Symbion-Aktionäre zwischen 4,36 australischen Dollar und 4,56 australischen Dollar je Aktie, einschließlich der Dividende für 2007 von 5 Cent (vgl. FTD, 04. 09. 2007).

All das macht deutlich, dass es sich bereits heute bei vielen Krankenhäusern um komplexe (inter)nationale Wirtschaftskomplexe mit einer medizinischen Infrastruktur handelt, in welchen ökonomisch-logistische aber auch marktwirtschaftliche Aspekte eine immer stärkere und dominantere Rolle spielen.

Die Frage ist, wer sind dabei die VerliererInnen und die GewinnerInnen?

Obwohl der Gesundheitssektor als beschäftigungsintensiver und zukunftsträchtiger Wirtschaftszweig gesehen wird (vgl. z.B. Strategien der Wirtschaftskammer Österreich, präsentiert in Alpbach 2003), wird der privatwirtschaftliche Druck in den Krankenhäusern in Form von Personalmangel und Personalreduktion schlagend. Die damit verbundenen Effekte sind oft Zeitdruck, Stress, Fehleranfälligkeit, Burn-Out bei den Beschäftigten. Eine der Folgen davon ist das steigende Fehlerrisiko für die PatientInnen.

Wie dieses aussieht kann man immer wieder in den Medien mitverfolgen. Beispiele brauchen hier nicht extra erwähnt zu werden, da sie in der Öffentlichkeit zur Genüge bekannt sind.

Im Jahr 2006 wurden an die Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft 2.187 Anliegen herangetragen, von denen 808 Fälle als Schäden durch Behandlungsfehler behauptet wurden (das entspricht ca. 37% aller Prüffälle, 2005 waren es 38,4%). Von diesen behaupteten Schäden konnten im Jahr 2006 im Wege von Haftpflichtversicherungen oder durch sonstige Einrichtungen (dazu gehören auch Entschädigungen z.B. im Wege der Schiedsstelle der Ärztekammer oder seitens der Pharmaindustrie, etc.) sowie im Wege des Wiener Krankenanstaltenverbundes in 59 Fällen finanzielle Entschädigungen ausgehandelt werden.

Sieben Fälle der behaupteten Schäden wurden im Jahr 2006 in den Wiener Härtefonds, 58 Fälle in den Wiener Patientenentschädigungsfonds eingebracht.

In den Fällen, in denen Behandlungsfehler behauptet wurden und die im Jahr 2006 (noch) nicht entschädigt wurden, haben sich im Rahmen der Überprüfung durch die WPPA entweder keine Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler ergeben bzw. war auch keine Behandlung des Patientenanliegens im Härtefonds oder Patientenentschädigungsfonds möglich, oder ist die Überprüfung dieser Fälle durch die WPPA noch nicht abgeschlossen (vgl. Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, 2006).

Im Jahr 2006 wurden in 360 Fällen Entschädigungen (von Versicherungen, Krankenanstaltenverbund u.a.) in der Gesamthöhe von 2,432.726 Euro erwirkt. Diese Zahlungen stammen aus dem Wiener Patientenentschädigungsfonds, der dann „einspringt“, wenn eine Haftung des Rechtsträgers nicht eindeutig gegeben ist oder eine bislang unbekannte oder sehr seltene, zugleich aber schwerwiegende Komplikation aufgetreten ist, welche zu einer erheblichen Schädigung geführt hat (vgl. Tätigkeitsbericht der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft 2006, 57f).

Verschiedenste internationale Studien zeigen, dass ein Krankenhausaufenthalt auch mit einigem Risiko verbunden ist.

Kohn et al. (1999) zeigten in ihrer Studie, dass in den USA zwischen 40.000 und 100.000 US-BürgerInnen jährlich an den Folgen medizinischer Behandlungsfehler sterben. Damit waren medizinische Behandlungsfehler die achthäufigste Todesursache in den USA. Die nationalen Kosten durch medizinische Behandlungsfehler beliefen sich auf etwa 17-29 Mrd. US-Dollar jährlich.

In der „Australian Health Care Study“ (1995) wurde geschätzt, dass die vermeidbaren Gesundheitsschäden infolge medizinischer Fehler für jährlich 3,3 Millionen Krankenhausbehandlungstage verantwortlich sind, von denen 1,7 Millionen (das sind etwa 8% aller Krankenhaustage) vermeidbar wären (vgl. Ollenschläger 2001).

Leape (1994) hat in einer Studie die Ursachen für diese Fehler erhoben. Dabei spielten neben technisch vermeidbaren Fehlern auch Human Factors bezogene Fehler eine wichtige Rolle: so wurden 71,1% vermeidbare Fehler in der Diagnostik festgestellt, 52,6% Fehler durch Versäumnisse in der Kommunikation und 37,1% Fehler bei der Pharmaka-Dosierung/-Anwendung.

In Österreich gibt es noch keine umfassenden Aufzeichnungen von „Fehlern“ im österreichischen Gesundheitssystem. Dies ist ein großes Manko. Quantitative Angaben über die Fehlerhäufigkeit basieren daher auf Schätzungen, wobei die Situation in anderen Ländern auf Österreich umgelegt wird (vgl. Endel 2004).

In Österreich wurden laut Datawarehouse DIAG im Jahr 2002 2,265.667 Krankenhausaufenthalte gemeldet. Daher wird geschätzt, dass in Österreich ca. 245.000 Zwischenfälle in Krankenanstalten und ca. 2.900 bis 6.800 iatrogene Todesfälle in Krankenanstalten vorgekommen sind (vgl. Endel 2004).

Im Jahr 2006 kündigte die österreichische Zeitschrift „Die Ärztewoche“ (20. Jahrgang, Nr. 17) das Jahr 2007 als „Jahr der Patientensicherheit“ an. In dieser Publikation wird auch darauf hingewiesen, dass die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe seit einiger Zeit am Schweizer „Critical Incident Reporting System“ (CIRS), das auf der Anästhesie am Universitätsspital Basel ihren Ausgang nahm, teilnimmt.

Laut dem deutschen Journal „Med“ vom 27. 04. 2006 passierten in deutschen Krankenhäusern jährlich bis zu 680.000 Behandlungsfehler. So berichtete der Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG), Matthias Schrappe, dass es bei 2% bis 4% der rund 17 Mio. Behandlungen pro Jahr zu „vermeidbaren uner-

wünschten Ereignissen“ komme. Zu solchen Fehlern gehören nach Angaben der GQMG etwa Wundinfektionen bei mangelnder Hygiene. Als ein Risikofaktor für Behandlungsfehler bei Ärzten wurde die weit verbreitete Haltung „Wir machen keine Fehler“ benannt. Fehler seien aber auch die Folge einer Verkettung ungünstiger Umstände.

Der Experte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Bernhard Gibis, befürchtet eine Verschlechterung der Situation, da die Behandlungsabläufe immer komplexer werden. Deutschland liegt bei der Patientensicherheit nach einer GQMG-Studie im internationalen Durchschnitt.

Diese Befürchtungen sind verständlich, wenn man den eingangs beschriebenen Ökonomisierungsdruck in den letzten zehn Jahren beobachtet und die Expandierungspläne der internationalen und nationalen Gesundheitskonzerne in den kommenden 10 bis 15 Jahren ins Auge fasst.

Der verstärkte Einsatz von neu entwickelten Medizintechnologien und die verstärkten Restrukturierungsmaßnahmen und die damit verbundenen Veränderungsprozesse stellen nicht nur eine Herausforderung für die in diesen Gesundheitseinrichtungen tätigen Menschen dar, sondern auch für die davon betroffenen PatientInnen.

Die Maßnahmen die zu einer Qualitätsverbesserung im Gesundheitsbereich und besonders in den Krankenanstalten führen sollen, sind umfangreich und den ExpertInnen bekannt. Das Problem dabei ist, dass viele dieser Maßnahmen personal- und zeitintensiv sind und somit einen Kostenfaktor darstellen der v.a. in kapital- und gewinnorientierten Unternehmen als erstes „unter die Räder von Einsparungsmaßnahmen kommt“. Wie wir wissen steht diesbezüglich auch in nicht gewinnorientierten Krankenhäusern nicht alles zum Besten, weil knappe öffentliche Budgets auch hier nicht selten zu einem überzogenen Einsparungsdruck führen. Klar ist aber, dass mit der Ausbreitung von gewinnorientierten „Gesundheitskonzernen“ das Gefährdungspotenzial eine neue Dimension erreicht – v.a. für diejenigen, die nicht in der Lage sind, aus eigener Tasche teure Behandlungskosten zu zahlen.

In der Bundesrepublik Deutschland regt sich bereits Widerstand und es beginnen sich Betriebsgruppen im Gesundheitswesen zu vernetzen. Beim östlichen Nachbarn Slowakei wurden die Privatisierungsbestrebungen im Gesundheitsbereich gestoppt und den Krankenkassen verboten Gewinne zu machen.

In der Bundesrepublik Deutschland hat sich im April 2005 ein „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ gegründet. In diesem haben sich VertreterInnen der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände und VertreterInnen der Patientenorganisationen zusammengeschlossen. Ziel ist es eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen.

Eine kontinuierliche und transparente Kontrolle der Entwicklung der PatientInnensicherheit ist auch im österreichischen Gesundheitswesen wichtig. Mit der auch bei uns zu beobachtenden Entwicklung hin zu mehr Markt gewinnt sie zusätzlich als Korrekturhebel an Bedeutung.

BIBLIOGRAPHIE

Endel, Gottfried (2004), Patientensicherheit und medizinische Fehler; http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/77461.pdf.

Die Ärztewoche (2006), 2007: Jahr der Patientensicherheit, 20. Jahrgang, Nr. 17; http://www.aerztewoche.at/viewArticleDetails.do?articleId=4573.

Financial Times Deutschland (FTD), diverse Ausgaben.

Gibis, Bernhard (2006), Patienten erleiden bis zu 680.000 Schäden durch Fehler in Klinik, in Med Journal, 27.4.2006; www.journalmed.de.

Kohn, Linda T. and Janet M. *Corrigan* and Molla S. *Donaldson* (1999, eds), To err is human. Building a safer health system, Washington, DC.

Leape, Lucian L. (1994), The Preventability of Medical Injury, in: Marily Sue *Bogner* (ed.), Human Error in Medicine, Hillsdale.

Nefiodow, Leo A. (2000), Der Sechste Kondratieff, Sankt Augustin.

Ollenschläger, Günter (2001), Medizinische Risiken, Fehler und Patientensicherheit, in: Schweizerische Ärztezeitung/Bulletin des médicins suisses, 1404-1410.

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft (2006), Bericht über das Jahr 2006, Wien.

Wirtschaftskammer Österreich (2003), Sozialsysteme bis 2050: Megatrends und Reformbedarf. Strategien der Wirtschaftskammer Österreich, präsentiert in Alpbach.

Helmut Ivansits

NATIONALE GESUNDHEITSSYSTEME, GRUNDFREIHEITEN UND PATIENT/INNENMOBILITÄT IN DER EU

EINLEITUNG

Thema dieses Beitrags ist die europarechtliche Dimension von Liberalisierung und Privatisierung im Spitalssektor. Vielfach wird befürchtet, dass die EU die nationale Kompetenz zur Ausgestaltung der Gesundheitssysteme früher oder später aufgeben wird. Und selbst wenn die EU politisch daran nicht rütteln wollte, wird die Gefahr gesehen, dass der EuGH im Wege einer stärker an wirtschaftlichen EU-Zielen als an sozialen Gesichtspunkten orientierten Auslegung der EU-Grundfreiheiten staatliche oder auf das Sozialversicherungsprinzip beruhende Gesundheitssysteme zu unterminieren beginnt oder gar abschafft. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass gemeinschaftsrechtliche Kategorien wie die Souveränität der Mitgliedstaaten bei der Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme, aber eben auch die Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit, die Geltung der EU-Wettbewerbsregeln eine wichtige Rolle für das nationale Gesundheitswesen spielen (können).

1. ÜBERSICHT ÜBER DAS EU-PRIMÄRRECHT

Der Artikel 3 des EG-Vertrages (EGV) enthält die vier Grundfreiheiten der EU:

- den freien Verkehr von Personen (Freizügigkeit)
- den freien Verkehr von Dienstleistungen
- den freien Verkehr von Kapital
- den freien Verkehr von Gütern.

Allgemeine Freizügigkeit

Die allgemeine Freizügigkeit ist in Artikel 18 EGV geregelt. Demnach hat jede/r UnionsbürgerIn (vgl. Art 17 EGV) das Recht, sich im Hoheitsgebiet der Mitgliedsstaaten vorbehaltlich der im EGV oder in den Durchführungsvorschriften vorgesehenen Beschränkungen und Bedingungen frei zu bewegen und aufzuhalten. Die allgemeine Freizügigkeit ist die Voraussetzung für die Erbringung von Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU als dem Heimat- oder Ursprungsstaat. Sie räumt das Recht ein, den Ursprungsstaat verlassen und in einen anderen Mitgliedstaat einreisen zu dürfen, um sich dort aufzuhalten (siehe dazu die RL 2004/38).

Im Unterschied zur allgemeinen Freizügigkeit des Art 18 EGV regelt Art 39 EGV die Arbeitnehmerfreizügigkeit ein. Sie umfasst die Abschaffung jeder auf der Staatsangehörigkeit beruhenden unterschiedlichen Behandlung der ArbeitnehmerInnen der Mitgliedsstaaten in Bezug auf

Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen. Sie gibt – vorbehaltlich der aus Gründen der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit gerechtfertigten Beschränkungen – den ArbeitnehmerInnen das Recht, sich um angebotene Arbeitsplätze zu bewerben, sich zu diesem Zweck im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei zu bewegen, sich in einem Mitgliedstaat aufzuhalten und dort eine Beschäftigung auszuüben und nach Beendigung einer Beschäftigung zu verbleiben (Verbleiberecht).

Von der Arbeitnehmerfreizügigkeit zu unterscheiden ist die Dienstleistungsfreiheit des Art 49 EGV. Unter Dienstleistungen werden gewerbliche, kaufmännische und handwerkliche Tätigkeiten verstanden, soweit sie nicht den Vorschriften über die Freizügigkeit der ArbeitnehmerInnen unterliegen. Art 49 EGV verbietet Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der EU für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als denjenigen des Leistungsempfängers ansässig sind.

Davon zu unterscheiden ist das Niederlassungsrecht. Die Freiheit der Niederlassung umfasst nach Art 43 EGV das Recht von UnionsbürgerInnen, sich im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaates niederzulassen bzw. Agenturen, Zweigniederlassung oder Tochtergesellschaften zu gründen. Die Niederlassungsfreiheit bezieht sich auf die Aufnahme und Ausübung selbständiger Erwerbstätigkeiten und die Gründung und Leitung von Unternehmen und Gesellschaften nach den Bestimmungen des Aufnahmestaates. Die Literatur fasst die Arbeitnehmerfreizügigkeit und die Niederlassungsfreiheit als „Freizügigkeit“ i.S. des Titels III des EGV zusammen, nennt diese „Freizügigkeit“ und die Dienstleistungsfreiheit auch „Personenverkehrsfreiheit“. Darunter werden jedoch nicht auch die sog. Korrespondenzdienstleistungen“ subsumiert, bei denen lediglich die Dienstleistung, nicht aber der/die ErbringerIn die Grenze überschreitet (vgl. auch „Produktverkehrsfreiheit“).

2. DIENSTLEISTUNGSFREIHEIT

Die Dienstleistungsfreiheit hat zwei Seiten: Die aktive Dienstleistungsfreiheit ist das Recht des Unternehmens, überall in der EU Dienstleistungen zu erbringen, während die passive Dienstleistungsfreiheit das Recht der KonsumentInnen (EmpfängerInnen von Dienstleistungen) ist, uneingeschränkt die angebotenen Dienstleistungen sowohl im In- als auch im EU-Ausland nachfragen zu können.

Der EGV statuiert ein sehr weit reichendes Diskriminierungsverbot nicht-nationaler Anbieter von wirtschaftlichen Dienstleistungen. Zu beachten ist, dass es sich bei den europäischen Grundfreiheiten um „Verkehrsrechte“ handelt, also um spezifische Grundrechte einer Staatengemeinschaft, die grenzüberschreitende Sachverhalte in Verbindung mit der Erbringung von unselbständigen und selbständigen Dienstleistungen zum Gegenstand haben. Die Grundfreiheiten sind (noch) kein supranationaler Grundrechtskatalog mit unmittelbarer Wirkung auch auf innerstaatliche Sachverhalte.

Zum besseren Verständnis der Dienstleistungsfreiheit sei darauf hingewiesen, dass der Erwerbsfreiheit auch in nationalen Rechtsordnungen v.a. im Bereich der infrastrukturellen und sozialen Daseinsvorsorge Grenzen gesetzt sind. So hat das Sozialrecht durch die gesetzliche

Kranken- und Alterssicherung ein privates Versicherungswesen in diesen Marktsegmenten erheblich eingeschränkt und private Dienstleister und potenzielle EmpfängerInnen von privaten Versicherungsleistungen mit der Begründung ausgeschlossen, dass der Markt bei der Herstellung sozialer Sicherheit versage und staatlicher Regulierung bedürfe. Andere Bereiche sind die Abfallbeseitigung, die Versorgung mit Wasser oder Postdiensten, das Verkehrsnetz oder die Telekommunikation. Die Funktion der europäischen Grundfreiheiten besteht – zumindest solange kein europäischer Grundrechtskatalog als Teil einer neuen EU-Verfassung vorliegt – darin, zwischen den Mitgliedsstaaten einen einheitlichen Binnenmarkt herzustellen.

2.1 Grundsätze der Dienstleistungsfreiheit im EG-Vertrag

Nach Art 49 EGV sind Beschränkungen des freien Dienstleistungsverkehrs innerhalb der Gemeinschaft für Angehörige der Mitgliedstaaten, die in einem anderen Mitgliedstaat als jenem des Leistungsempfängers ansässig sind, nach Maßgabe der Art 50 ff EGV verboten. Art 49 EGV ist unmittelbar anwendbares Recht. Die Dienstleistungsfreiheit ist somit ein subjektives Recht. Die Bedeutung der Dienstleistungsfreiheit ist gegenüber der Niederlassungsfreiheit („Dienstleistungsgesellschaft", Zunahme grenzüberschreitender Dienstleistungen) stark gestiegen.

Für die Berufung auf Art 49 müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein: Es muss sich beim Dienstleistungserbringer um eine/n Angehörige/n eines Mitgliedstaates handeln, der/die in einem anderen Mitgliedstaat ansässig ist. Auch der/die LeistungsempfängerIn muss Angehörige/r eines Mitgliedstaates sein. DienstleistungserbringerIn und -empfängerIn müssen im jeweils anderen Mitgliedstaat ansässig sein. Auf die Staatsangehörigkeit des/der Empfängers/Empfängerin kommt es nicht an. Ebenso unerheblich ist es, ob der/die DienstleistungserbringerIn die Dienstleistung aus dem Heimatstaat oder in einem anderen Mitgliedstaat erbringt. In diesem Zusammenhang ist die Abgrenzung zur Niederlassungsfreiheit wichtig. Während die Dienstleistungsfreiheit nur einen vorübergehenden Charakter hat, ist die Niederlassungsfreiheit auf Dauer angelegt (siehe dazu RS Factortame I, Slg.1991).

Die Dienstleistungsfreiheit untersagt nationale Beschränkungen, die die Erbringung von Dienstleistungen zwischen Mitgliedstaaten gegenüber der Erbringung allein innerhalb eines Mitgliedstaates erschwert. Art 49 schützt gegen Beschränkungen sowohl des Heimat- als auch des Empfängerstaates („Ausgangsfreiheit", vgl. RS Ciola, Slg. 1999, I-2517). Beschränkungen solcher Art sind Inländervorbehalte, Gegenseitigkeits- bzw. Ansässigkeitserfordernisse, „Ausgangsbeschränkungen" und „Doppelregulierungen", aber auch versteckte Formen von Diskriminierung. Der EuGH hält aber auch Vorschriften für problematisch, die „allgemeine Beschränkungen" regeln (vgl. u.a. RS Broede, Slg. 1996, I-6511, RS Calfa, Slg. 1999, I-11).

2.2 Die wichtigsten Fallkonstellationen der Dienstleistungsfreiheit

Im Folgenden werden die wichtigsten Fallkonstellationen dargestellt:

1. „klassischer Fall": Ein/e in einem Mitgliedstaat ansässige/r Wirtschaftstreibende/r (UnternehmerIn, DienstleisterIn) begibt sich über die Grenze, um Dienstleistungen in einem anderen Mitgliedsstaat zu erbringen.

2. „Korrespondenzdienstleistung“: Ein/e in einem Mitgliedstaat ansässige/r DienstleisterIn erbringt von diesem Mitgliedstaat Dienstleistungen für LeistungsempfängerInnen im anderen Mitgliedstaat. Hier überschreitet die Dienstleistung, nicht aber der/die LeistungserbringerIn die Grenze (z.B. bei Telekommunikations- und Versicherungsdiensten, Rundfunksendungen).

3. „auslandsbedingte Dienstleistung“: Dienstleistungen werden in einem anderen Staat angeboten bzw. erbracht, aber einem/r EmpfängerIn, der/die im gleichen Staat wie der/die ErbringerIn ansässig ist (vgl. EuGH RS Kommission/Griechenland, Slg. 1991, I-727).

4. passive Dienstleistungsfreiheit: Der/die LeistungsempfängerIn verlässt seinen/ihren Heimatstaat, um sich in einem anderen Mitgliedstaat Dienstleistungen erbringen zu lassen. Während die aktive Freiheit immer an eine/n erwerbstätige/n LeistungserbringerIn anknüpft, kann der/die LeistungsempfängerIn auch ein/e Nicht-Erwerbstätige/r sein.

3. WETTBEWERBSRECHT DER EU UND SOZIALVERSICHERUNG

Eine besondere gesellschaftspolitische Brisanz geht von der Frage aus, ob staatliche Dienstleistungsmonopole gegen die Dienstleistungsfreiheit bzw. das Wettbewerbsrecht der EU verstoßen oder – politisch formuliert – ob Art 49 EGV nicht ein Liberalisierungsgebot enthält, das auf eine nachhaltige Entmonopolisierung der Daseinsvorsorge hinauslaufen soll.

Damit sind die Wettbewerbsregeln der EU angesprochen. Sie umfassen zwei grundlegende Verbotsregelungen: Art 81 EGV enthält ein allgemeines Kartellverbot, Art 82 EGV befasst sich mit dem Missbrauch einer marktbeherrschenden Stellung (Missbrauchsverbot), wenn diese dazu führt, dass der Handel zwischen den Mitgliedstaaten beeinträchtigt wird. Von entscheidender Bedeutung für die Anwendbarkeit des Wettbewerbsrechts ist der staatliche Einfluss auf die Wettbewerbsbeschränkung. Ist nämlich die öffentliche Hand aufgrund ihrer Vorschriften dafür verantwortlich und nicht Unternehmen, können die Art 81 und 82 EGV nicht herangezogen werden. Beide Verbote sind an Unternehmen (siehe Art 81ff: „Unternehmen“, „Unternehmensvereinigungen“) adressiert. Damit rückt der Begriff des Unternehmens in den Vordergrund der wettbewerbsrechtlichen Beurteilung von Sachverhalten.

Nach ständiger Rechtsprechung des EuGH umfasst der Begriff des Unternehmens im Rahmen des Wettbewerbsrechts jede, eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit unabhängig von der Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung (vgl. u.a. RS Pavlov, C-180/98 bis C-184/98, auch RS Höfner und Elser, C-41/90, wo Arbeitsvermittlung als wirtschaftliche Tätigkeit qualifiziert wird). Der EuGH verwendet somit einen funktionalen Unternehmensbegriff (unabhängig davon, ob natürliche oder juristische Personen UnternehmerInnen sind). Entgeltlichkeit setzt der EuGH zwar voraus, aber nicht Gewinnerzielungsabsicht. In mehreren Entscheidungen (vgl. RS Bokken, Slg. C-219/97; RS Albany, C-67/96) sieht der Gerichtshof explizit von der Erfordernis der Gewinnerzielung ab.

V.a. in der Rechtssache Inail (C-218/00) stellt der EuGH klar, dass eine wirtschaftliche Tätigkeit jede Tätigkeit ist, um Güter oder Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt anzubieten. Damit stellt sich die Frage nach der Abgrenzung wirtschaftlich von nichtwirtschaftlich tätigen Unternehmen, weil die europäischen Wettbewerbsregeln nur gegen „Wirtschaftsunternehmen“ Wirksamkeit entfalten können. Der EuGH vollzieht die Grenzziehung nach einem strengen Maßstab. In der Rechtssache Inail geht es um die Geltung der Wettbewerbsregelung im Zusammenhang mit der gesetzlichen Arbeitsunfallversicherung Inail in Italien. Es wird die gemeinschaftsrechtliche Unzulässigkeit jedes „Sozialversicherungszwanges“ behauptet. Schon in der Rechtssache Poucet (C 159/91) und Pistre (C-160/91) hat es der EuGH mit einem Basisrentensystem zu tun bekommen und in seinem Urteil die Unternehmensqualität des Versicherers wegen des ausschließlich sozialen Charakters des Unternehmens verneint. In der Rechtssache Federation Francaise des Societes d’Assurances (freiwilliges Zusatzrentensystem) bejahte er die Unternehmenseigenschaft. Grund dafür war, dass dieses System im Wettbewerb mit privaten Versicherungsanbietern stand und nach dem Kapitalisierungssytem (Kapitaldeckung) und nicht nach dem solidarischen Umlageprinzip arbeitete.

Auch in der Rechtssache Inail betonte der EuGH, es genüge der soziale Zweck eines Versicherungssystems als solcher nicht, um eine Einstufung der betreffenden Tätigkeit als wirtschaftliche Tätigkeit auszuschließen. Ein solcher Ausschließungsgrund liege vielmehr nur dann vor, wenn das (streitige) Versicherungssystem dem Grundsatz nach solidarisch (Risikounabhängigkeit und Einkommensbezogenheit der Beiträge, staatliche Aufsicht und Festsetzung von Leistungen nicht ausschließlich nach den entrichteten Beiträgen) ist, mithin eine „Aufgabe rein sozialer Natur“ wahrnimmt.

Einen Schwerpunkt widmete der Gerichtshof in diesem Urteil auch der „staatlichen Aufsicht“ (staatliche Festsetzung der Beiträge und der Leistungen). Alles in allem verneint der EuGH die Geltung der Art 81 und 82 EGV für diese Sachverhalte wegen des Vorliegens von staatlicher Aufsicht und der Umverteilung durch das Solidarprinzip. Mit diesen Judikaturgrundsätzen nimmt der Gerichtshof soziale Dienstleistungsmonopole wie die Sozialversicherung respektive deren Träger von der Geltung der Wettbewerbsrechts aus.

In der Rechtssache Federacion Nacional de Empresas (FENIN, C-244/94) musste sich der EuGH mit zwei Kernfragen befassen. Die erste entspricht jener in der Rechtssache Inail (Fällt die Tätigkeit eines Sozialträgers in den Anwendungsbereich des Art 81 EGV?), die zweite aber betrifft den Einkauf dieser Träger zur Erfüllung ihrer Aufgaben bei privaten Wirtschaftssubjekten, konkret von spanischen Gesundheitsbehörden beim privaten Branchenverband „FENIN“ und deren Verhältnis zu Leistungserbringern der privaten Wirtschaft. Der Verband brachte eine Klage wegen Marktmissbrauchs ein, der EuGH wies sie ab, weil die für das Wettbewerbsrecht relevanten Merkmale eines „Unternehmens“ fehlten.

Die Überlegungen des EuGH dazu sind durchaus konsistent. Er verneint das Vorliegen einer wirtschaftlichen Tätigkeit hinsichtlich seiner Einkaufstätigkeiten mit der Begründung, dass der Einkauf nicht getrennt von seinen sozialen Hauptaufgaben betrachtet werden könne. Nicht das privatwirtschaftliche Einkaufen, sondern das Anbieten von Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt kennzeichne eine wirtschaftliche Tätigkeit (vgl. RS Kommission/Italien, Slg. 1998, I-3851). Auf dieser Grundlage überträgt er die in den Rechtssachen Poucet und Pistre entwickelten Grundsätze über den wettbewerbsfreien sozialen Unternehmenscharakter auch

auf diese Fälle. Derzeit ist die RS Stahlbau Kattner (C-350/07) beim EuGH anhängig (Zulässigkeit einer Pflichtversicherung in der deutschen Unfallversicherung?).

3.1 Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse

Öffentliche bzw. staatlich privilegierte Unternehmen sind nicht a priori vom Geltungsbereich der Wettbewerbsregeln ausgeschlossen, für sie gilt jedoch die Einschränkung des Art 86 Abs. 2 EGV für öffentliche und private Unternehmen, die mit der Erbringung von Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse durch Hoheitsakt betraut sind. Grundlage ist das Interesse der Mitgliedstaaten, Unternehmen als Instrumente staatlicher Politik einzusetzen (z.B. öffentlich-rechtliche Rundfunkanstalten, Luftverkehrsunternehmen, öffentliche Strom- und Gasversorgung).

Da der EuGH Einrichtungen, deren Tätigkeit ausschließlich sozialen Zwecken dient, die Unternehmensqualität versagt, kann Art 86 EGV nicht zur Anwendung kommen. Es sind somit rein wirtschaftliche Dienstleistungen, Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse (DAWI) und Dienstleistungen von allgemeinem Interesse zu unterscheiden. Die beiden letztgenannten Kategorien fallen aus den EU-Wettbewerbsregeln heraus.

3.2 Passive Dienstleistungsfreiheit und nationale Sozialversicherung

Der EuGH wurde mehrfach mit Beschwerden über die staatliche Organisation des Gesundheitswesens befasst und unter dem Gesichtspunkt der passiven Dienstleistungsfreiheit untersucht. Ausgangspunkt seiner Prüfungen war der staatliche „Sozialversicherungszwang“, der von Versicherten abgelehnt wurde, die aus finanziellen Gründen nicht als Pflichtmitglieder in eine redistributiven Versicherung einbezogen werden wollten. In der RS Garcia hat der EuGH die vom Kläger behauptete Unzulässigkeit von Pflichtversicherungssystemen (in diesem Fall der französischen Krankenversicherung für selbständig Gewerbetreibende) verneint und sie einerseits über die „Befugnis der Mitgliedstaaten, ihre Systeme der sozialen Sicherheit auszugestalten“, andererseits über den das europäische Wettbewerbsrecht regelnden Art 86 EGV zu begründen versucht.

Das Wettbewerbsrecht – insbesondere jener Teil, der staatliche Dienstleistungsmonopole regelt – gehört thematisch ebenfalls zur Dienstleistungsfreiheit. Materiell enthält auch das Wettbewerbsrecht Beschränkungen, die geeignet sind, die Dienstleistungsfreiheit zu verletzen. Art 86 EGV wird allerdings gegenüber Art 49 EGV vom EuGH als die speziellere Vorschrift (siehe RS Corsica Ferries II, Slg. 1998 I-3949) herangezogen. Implizit bedeutet das, dass gegen Art 49 verstoßende staatliche Dienstleistungsmonopole nach Art 86 beurteilt werden (vgl. aber RS Mediawet, Slg. 1991, I-4069, wo der Gerichtshof seine Position bezüglich der Maßnahmen von Monopolunternehmen modifiziert hat). Das heißt aber auch, dass der Gerichtshof – würde er seine Beurteilung auf Art 49 EGV stützen können – zum Ergebnis kommen müsste, dass ein Verstoß gegen die passive Dienstleistungsfreiheit vorliegt.

4. WETTBEWERBSRECHT DER EU UND GESUNDHEITSWESEN

Der Europäische Gerichtshof setzte sich in einigen Entscheidungen mit der Frage auseinander, ob die gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsregeln auf Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen Anwendung finden. Der Begriff des Unternehmens im Sinne der Art 81 und 82 EGV umfasst jede, eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung.

Eine wirtschaftliche Tätigkeit ist jede Tätigkeit, die darin besteht, Güter oder Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt anzubieten. Die bei der Verwaltung der öffentlichen Aufgabe der sozialen Sicherheit mitwirkenden Krankenkassen und Einrichtungen, die eine Aufgabe mit ausschließlich sozialem Charakter erfüllen und eine Tätigkeit ohne Gewinnzweck ausüben, sind von den Wettbewerbsregeln ausgeschlossen, da diese keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Diese Tätigkeit beruht auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität und wird ohne Gewinnzweck ausgeübt. Die Leistungen werden von Gesetzes wegen und unabhängig von der Höhe der Beiträge erbracht. Hingegen hat der EuGH in der Rechtsache Federation Francaise des Societes d'Assurance (C-244/94) erkannt, dass eine Einrichtung ohne Gewinnerzielungsabsicht, die ein zur Ergänzung einer Grundpflichtversicherung durch Gesetz geschaffenes, auf Freiwilligkeit beruhendes Rentenversicherungssystem verwaltet, das insbesondere hinsichtlich der Beitrittsvoraussetzungen, der Beiträge und der Leistungen aufgrund einer Verordnung nach dem Kapitalisierungsprinzip arbeitet, ein Unternehmen i.S. der Art 81ff EGV ist. In der RS Albany (C-67/96) hat der EuGH festgestellt, dass ein Betriebsrentenfonds, der die Höhe der Beiträge und der Leistungen selbst bestimmt, nach dem Kapitalisierungsprinzip arbeitet, eine wirtschaftliche Tätigkeit im Wettbewerb mit anderen Versicherungsgesellschaften ausübt, und daher trotz des Fehlens eines Gewinnerzielungszwecks und des Vorliegens von Solidaritätselementen den gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsbestimmungen unterliegt. Nach Ansicht des EuGH ist nicht ausgeschlossen, dass die Krankenkassen und die sie vertretenden Einheiten außerhalb ihrer rein sozialer Aufgaben im Rahmen der Verwaltung des Systems der sozialen Sicherheit, Geschäftstätigkeiten ausüben, die keinen sozialen, sondern einen wirtschaftlichen Zweck haben. In diesem Fall sind die von ihnen zu treffenden Entscheidungen als Beschlüsse von Unternehmen anzusehen.

5. SOZIALVERSICHERUNG UND NATIONALE GESTALTUNGSKOMPETENZ IN DER EU

Der EuGH hat zur Frage der europarechtlichen Zulässigkeit von Sozialversicherungen in einer Reihe von Entscheidungen auf die in Art 137 Abs. 4 EGV verbriefte „Befugnis der Mitgliedstaaten, die Grundprinzipien ihres Systems der sozialen Sicherheit festzulegen", und auf die in Art 152 Abs. 5 EGV verankerte Verantwortung der Mitgliedstaaten für die „Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung" hingewiesen. Zu beachten ist, dass der EGV nicht nur eine nationale Gestaltungskompetenz enthält, sondern die Vorschriften über soziale Sicherheit systematisch den Art 39ff EGV unterworfen sind und gerade nicht unter die Dienstleistungsfreiheit des Art 49 fallen. Allerdings hat der Gerichtshof schon relativ früh (vgl. RS Duphar, Slg: 1984,523) die Souveränität der Mitgliedstaaten insofern zu hinterfragen begonnen, als er die Sozialversicherung zunehmend aus der Perspektive der Dienst-

leistungsfreiheit bzw. der – spezielleren – Wettbewerbsregeln prüfte. Diese Haltung mündete bekanntlich in die beiden Entscheidungen Kohll und Decker, auf die noch näher einzugehen sein wird.

5.1 Aktive Dienstleistungsfreiheit von Leistungserbringern

Unter dem Gesichtspunkt der Dienstleistungsfreiheit fallen vor allem Sachverhalte, in denen ausländische Erbringer medizinischer Dienstleistungen (also nicht „Versicherer") Leistungen für Sozialversicherte erbringen wollen, aber von inländischen Normen daran gehindert werden. Das ist der Fall, wenn ausländische LeistungserbringerInnen als FreiberuflerInnen oder Selbständige nicht zur Ausübung des Berufes zugelassen werden oder durch staatliche Regulierung gegenüber InländerInnen benachteiligt werden.

In der Rechtssache Sodomare (Slg. 1997) – hier geht es um die Bewerbung einer AG um öffentliche Leistungen der Sozialhilfe in Italien – weicht der EuGH auf die nationale Gestaltungskompetenz im Bereich der sozialen Sicherheit aus, statt sich mit der Dienstleistungsfreiheit auseinanderzusetzen. Auch hier verstärkt er die Ablehnung des Klagebegehrens durch eher diffuse Zwecküberlegungen, wie etwa, dass die „Sozialhilfe ihren (sozialen) Zweck nur erreichen kann, wenn nicht nur Unternehmen mit Erwerbszweck zugelassen werden, die eher in den Bereich der Zugangsbeschränkungen durch das Wettbewerbsrecht gehören als zur Dienstleistungsfreiheit (wo „allgemeine Beschränkungen" durchaus auch eine Möglichkeit gewesen wären, die Dienstleistungsfreiheit zu relevieren).

Der Grundsatz der Inländergleichbehandlung für ausländische ErbringerInnen ergibt sich aus Art 49 EGV. Die Zugangserfordernisse für selbständige LeistungserbringerInnen in qualifizierten („reglementierten") medizinischen Berufen sind durch die Berufsanerkennungsrichtlinie (RL 2005/36/EG) „koordiniert". Es gilt der Grundsatz der automatischen Anerkennung der Ausbildungsnachweise. Begibt sich somit der/die in der RL angeführte DienstleisterIn in einen anderen Mitgliedstaat, so unterliegt er/sie im Aufnahmestaat den berufsständischen, gesetzlichen oder verwaltungsrechtlichen Berufsregeln wie ein/e gleich qualifizierte/r InländerIn (vgl. Art 5 Abs. 3 der RL). Für aus dem Ausland kommende Angehörige anderer Gesundheitsberufe (in Österreich z.B. eine Pflegehelferin) gilt das Berufsrecht des jeweiligen Aufnahmestaates, für Nicht-UnionsbürgerInnen ist (in Österreich) ein Nostrifikationsverfahren vorgesehen.

ZUSAMMENFASSUNG

Die konkrete Ausgestaltung des Gesundheitswesens fällt in nationale Zuständigkeit. Trotzdem schlagen Grundfreiheiten der EU in unterschiedlichster Weise auf die nationale Rechtslage durch. In mehreren Judikaten hatte sich der EuGH mit Fragen der europarechtlichen Zulässigkeit von Sozialversicherungssystemen zu befassen, welche er zumindest bisher bejaht hat. Es kann ihm also zumindest in diesem Zusammenhang keine liberalisierende Rechtspolitik vorgeworfen werden.

Bis zum Vertrag von Maastricht aus dem Jahre 1992 spielte Gesundheitspolitik in der EG nur

eine untergeordnete Rolle. Erst mit dem Maastrichter Vertrag wurde der europäische Gesundheitsschutz im Gemeinschaftsrecht mit Aufnahme des Art 129 in den EG-Vertrag verankert. Art 129 EGV ist eine selbständige Rechtsgrundlage in der Gesundheitspolitik für die Gemeinschaft. Der Vertrag von Amsterdam aus dem Jahr 1997 fasst diese Vorschrift in Art 152 EGV inhaltlich teilweise neu (Sander, VSSR 5/2005, 448ff). Später erweiterte der Amsterdamer Vertrag die Kompetenzen der Europäischen Union.

Laut Abs. 5 des Art 152 EGV bleibt die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt. In Ermangelung einer Harmonisierung auf Gemeinschaftsebene bestimmt somit das Recht eines jeden Mitgliedsstaats, unter welchen Voraussetzungen ein Recht auf Teilhabe an einem System der sozialen Sicherheit, allenfalls auch eine Verpflichtung hierzu, und Ansprüche auf Leistungen bestehen. Gleichwohl müssen die Mitgliedstaaten bei der Ausübung dieser Befugnis das Gemeinschaftsrecht, insbesondere die Grundfreiheiten der EU beachten. Somit stellt sich die Frage, was der EuGH unter „Beachtung des Gemeinschaftsrechts“ versteht.

Der EuGH hat – zuerst in den RS Kohll und Dekker, zuletzt in der RS Watts – ein gemeinschaftsrechtliches Zugangssystem zu medizinischen Dienstleistungen geschaffen, das sich auf die europäischen Grundfreiheiten des Dienstleistungs- und Warenverkehrs stützt. Es berechtigt auch dann zur Inanspruchnahme grenzüberschreitender Dienstleistungen, wenn der zuständige Sozialversicherungsträger die Leistung gemäß Art 22 der Verordnung 1972/1408/EG nicht genehmigt.

Das bedeutet, dass österreichische Versicherte nunmehr ein Wahlrecht zwischen Leistungen der Sozialversicherung in Österreich und entsprechenden Leistungen im Ausland haben, wobei die Versicherten die Leistung im Ausland vorfinanzieren müssen. Später werden ihnen die Auslagen gegen Vorlage des Behandlungshonorars höchstens im Umfang des österreichischen Vertragstarifes (immer vorausgesetzt, die Leistung ist überhaupt im Leistungskatalog der österreichischen Sozialversicherung enthalten) von den Kassen ersetzt.

Nicht erfasst von dieser Zugangsregelung sind mit Ausnahme der medizinischen Rehabilitation stationäre Leistungen. Nach Auffassung des EuGH würden besondere Planungserfordernisse und die Gefahr der Überlastungen nationaler Gesundheitsbudgets durch den „Gesundheitstourismus“ Einschränkungen in der Ausübung der Grundfreiheiten rechtfertigen. Daher besteht im Fall der stationären Versorgung auch weiterhin ein Genehmigungsvorbehalt der Kassen. Die Genehmigung darf allerdings nur verwehrt werden, wenn PatientInnen im Inland nicht rechtzeitig die erforderliche Behandlung erhalten würden. Finanzielle und qualitative Gesichtspunkte spielen für den EuGH jedenfalls bei der ambulanten Behandlung keine Rolle.

Diese Judikatur des EuGH bringt sowohl PatientInnen als auch Leistungsanbietern erhebliche Vorteile. Sie ermöglicht, dass PatientInnen innerhalb der EU zumindest dann die für sie wirtschaftlich günstigste ambulante Behandlung bekommen – sofern sie über die nötigen Informationen verfügen. Die Leistungsanbieter wiederum können ihre Dienste auch PatientInnen aus anderen EU-Staaten anbieten. Den Kassen erwachsen daraus keine finanziellen Nachteile; die im Ausland erbrachten Leistungen müssen nicht in vollem Umfang (zu Marktpreisen) abgegolten werden.

PatientInnenmobilität nützt vor allem PatientInnen aus den „alten“ EU-Staaten. Derzeit kon-

zentriert sich grenzüberschreitende Behandlung und Gesundheitsprojekte insbesondere auf Grenzregionen zu den neuen Mitgliedsstaaten. Medizinische Dienstleistungen gleicher Qualität sind in diesen Staaten billiger und ziehen PatientInnen aus reicheren Staaten an. Davon abgesehen ist in Zukunft in Anbetracht steigender Gesundheitsausgaben europaweit von einem erheblichen Entwicklungs- und Expansionspotential für gemeinschaftliches Handeln im Gesundheitswesen auszugehen. Zu denken ist hier v.a. an Maßnahmen zur Harmonisierung und Steigerung der Qualität im Gesundheitswesen (z.B. im Bereich der Strukturqualität) bis hin zur europäischen Zulassung und Preisregelung von Medikamenten.

Besonderes Potential steckt in der Errichtung von gemeinsamen Kompetenz- oder Referenzzentren und einer gemeinsamen Leistungsangebotsplanung (speziell in Grenzregionen). Geradezu unverzichtbar dürfte angesichts der europaweiten Angebotsknappheit an Pflegekräften eine gemeinsame Bedarfsplanung (Planung, Ausbildung und Verteilung) für Gesundheitsberufe sein. Zu überlegen sind auch „Assessments“ für die Zulassung von neuen Technologien und zur Prüfung der Kosteneffektivität von Medikamenten in einer europäischen Qualitätssicherungsagentur. Schließlich sollten Richt- oder Leitlinien für die Sicherheit von persönlichen Gesundheitsdaten erarbeitet werden. Auch ein europäisches Haftungsrecht für Behandlungsfehler ist zu entwickeln.

Bei allen diesen Vorhaben ist jedoch darauf zu achten, dass keine neuen bürokratischen Anforderungen die Effizienzzuwächse wieder zunichte machen. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung findet dort ihre Grenzen, wo die Versorgung der PatientInnen des Aufnahmelandes gefährdet ist. Sie darf nicht dazu führen, dass Versorgungsleistungen aus Kostengründen ins Ausland verlagert werden (davon ausgenommen sind seltene Erkrankungen, deren Behandlung aus Qualitäts- und Effizienzgründen nur in einigen Kliniken innerhalb der EU sinnvoll erscheint).

AUTOR/INNEN

Monica Andersson, Department of Work Science, Universität Göteborg

Christoph Hermann, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien

Ines Hofbauer, Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt (FORBA), Wien

Peter Hoffmann, Klinischer Psychologe/Gesundheitspsychologe/Arbeitspsychologe, Abteilung Sozialpolitik, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien

Helmut Ivansits, Leiter der Abteilung Sozialversicherung, Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien

Richard Pond, Working Lives Research Institute (WLRI), Metropolitan University, London

Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitswesen, Kammer für Arbeiter und Angestellte Niederösterreich

Thorsten Schulten, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

Niko Stumpfögger, Bereichsleiter Konzernbetreuung Gesundheitswirtschaft, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Fachbereich Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen

Impressum:
Herausgeber und Verleger: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22.
Printmarketing: Johann Polonyi, 1180 Wien. Druck: Druckerei Hans Jentzsch & Co GmbH, 1210 Wien.

DIE WICHTIGSTEN ERGEBNISSE IM ÜBERBLICK

Christoph Hermann:

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

Ines Hofbauer:

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

Thorsten Schulten:

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

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

Richard Pond:

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

Monica Andersson:

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

Niko Stumpfögger:

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

Helmut Ivansits:

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

Bernhard Rupp:

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

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

Peter Hoffmann:

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

Helmut Ivansits:

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

Bisher erschienen

1 Ulrich Schönbauer, Ältere im Betrieb (Februar 2006)

2 Ursula Filipič (Hg.), Neoliberalismus und Globalisierung (September 2006)

3 Ursula Filipič (Hg.), Arbeitsmarktpolitik in Europa (März 2007)

4 Kai Biehl und Norbert Templ (Hg.), Europa altert – na und? (August 2007)

ISBN 978-3-7063-0351-4

Publikationen aus dieser Reihe bestellen Sie bitte unter Tel. (01) 501 65 401
AK Wien, 1040 Wien, Prinz-Eugen-Straße 20-22

Artikelnummer: 226

AK WIEN

wien.arbeiterkammer.at