

Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen

Martin Rümmele

Abstract

Der Finanzierungsdruck der Gesundheits- und Sozialsysteme und wachsende Ausgaben durch demographische Entwicklungen und den technischen Fortschritt zwingen Europas Sozialstaaten zunehmend zum Rückzug aus der Versorgung. Selbstbehalte werden eingeführt oder erhöht, die Leistungen in Grundversorgung und Zusatzversorgung getrennt und der Wettbewerb unter Leistungserbringern und Versicherungen forciert.

Als Therapie setzen immer mehr Regierungen auch auf die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen. Spitäler werden ausgelagert oder verkauft. Denn immerhin verursachen Krankenhäuser bis zur Hälfte der gesamten Gesundheitsausgaben und der Investitionsbedarf ist enorm. Der Systemwandel wird allerdings massive Auswirkungen auf die Beschäftigten im gesamten Gesundheitsbereich und nicht zuletzt auf die Versorgung der PatientInnen haben.

Ursachen und Hintergründe

Rund 82 Prozent der Menschen fürchteten im Oktober 2004 in einer Umfrage einen Zusammenbruch des österreichischen Gesundheitssystems (»Die Presse« 16. 10. 2004). Anlass waren öffentliche Debatten über die künftige Finanzierung der Versorgung, über Leistungsreduktionen und vermeintliche Anstiege bei den Gesundheitsausgaben. Für ein Land, das sich nach wie vor als Musterbeispiel für einen funktionierenden Sozialstaat rühmt und in dem verantwortliche PolitikerInnen nicht müde werden, das Gesundheitssystem als eines der besten der Welt zu rühmen, ist das doch ein überraschendes Umfrageergebnis. Es unterstreicht Debatten über den zunehmenden Rückzug der öffentlichen Hand aus der Gesundheitsversorgung und -finanzierung. Mehr als 30 Prozent der Gesundheitsausgaben zahlen die Menschen in Österreich bereits aus der eigenen Tasche.¹ Im OECD-Vergleich liegt Österreich gemessen am Privatanteil der Gesundheitsausgaben damit im absoluten Spitzenfeld.

Gleichzeitig kam es zwischen 1995 und 2004 zu Veränderungen in der Finanzierung, die nun verstärkt Privatisierungsentwicklungen im Bereich der Gesundheitseinrichtungen auslösen. So stieg der Anteil der über Steuern finanzierten Gesundheitsausgaben von 21,5 auf 25,1 Prozent. (Hofmarcher/ Rack 2006, 76). Das ist überwiegend jener Teil, der von Ländern und Gemeinden für die Finanzierung von Krankenanstalten ausgegeben wird. Zusammen mit Mitteln der Krankenversicherungen entfallen auf die Krankenhäuser fast 40 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben. Tendenz steigend.

Die Ursachen dafür liegen einerseits in der demographischen Entwicklung und andererseits im medizinisch-technischen Fortschritt. Die Zahl älterer Menschen steigt an. Und Studien aus Deutschland zeigen, dass PatientInnen, die älter als 60 Jahre sind, 40 Prozent der KrankenhauspatientInnen stellen. Die durchschnittliche Verweildauer im Spital lag bei der Altersgruppe 60 – 80 im Jahr 2002 knapp 50 Prozent über der von PatientInnen unter 40 Jahren (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2006). Gleichzeitig sind in allen Bereichen der Medizintechnik in den vergangenen Jahren neue Produkte eingeführt worden, die zwar den Komfort und die Aussagekraft alter Untersuchungsmethoden verbessern, gleichzeitig jedoch auch die Kosten erhöht haben (Silvers 2001, Schmidt u. a. 2004).

»Beispielhaft ist hier der Bereich der bildgebenden Diagnostik zu nennen, wo Innovationen fast ausschließlich additiver Natur waren: Mit der Einführung der Computertomographie (CT) wurde die konventionelle Röntgendiagnostik nur ergänzt und mit der Einführung der Magnetresonanztomographie (MRT) die CT nicht ersetzt.« (Klauber u. a. 2006). Weil die HerstellerInnen aber alle Geräte laufend weiterentwickeln, liegen die Halbwertszeiten für derartige Geräte bei fünf Jahren. Der technische Fortschritt führt so einerseits zu einem Wettbewerb um die neueste und beste Technologie und damit nicht nur zu steigenden Kosten sondern auch zu einem zunehmenden Investitionsbedarf (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2005).

Parallel verschlechtert sich die Finanzsituation der Kommunen aufgrund des Standortwettbewerbs in der Wirtschaft, der Globalisierung, dem internationalen Kampf um niedrigere Unternehmenssteuern und nicht zuletzt der hohen Arbeitslosigkeit. Als Reaktion ziehen sich die Kommunen zunehmend teilweise oder ganz aus dem Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeheimen zurück oder suchen Kooperationen mit privaten AnbieterInnen oder Investoren. Für viele BürgermeisterInnen stellt sich schlicht die Frage, ob sie die Löcher in den Straßen nicht mehr flicken, die Kanalisation nicht ausbauen oder ihr Krankenhaus abgeben bzw. dessen Ausbau mit privaten PartnerInnen finanzieren. Ähnlich ist die Situation bei den defizitären Sozialversicherungen in Österreich. Auch für sie stellt sich die Frage, ob sie eigene Einrichtungen noch selbst führen oder diese aus Geldmangel verkaufen müssen. Durch die angespannte Haushaltsslage von Ländern und Kommunen werden Investitionsmittel kontinuierlich gekürzt. »Als Folge ist [in deutschen Kliniken, Anm.] ein Investitionsstau von etwa 50 Milliarden Euro entstanden, der bisher nur von privaten Krankenhausträgern adäquat bedient werden kann«², die sich Finanzmittel leichter am Kapitalmarkt beschaffen können.

Umbrüche in der Trägerstruktur in Deutschland

Und so besetzen immer mehr Privatunternehmen Schlüsselpositionen und nutzen die Lücken im boomenden, aber nicht mehr öffentlich finanzierbaren Gesundheitswesen. Für sie, aber auch für Finanzinvestoren gewinnt der neue Krankenhausmarkt zunehmend an Attraktivität. Vor allem mit Blick auf die langfristig stabilen Wachstumsaussichten infolge der Bevölkerungsalterung. In Deutschland gehören bereits rund 20 Prozent aller öffentlichen Krankenhäuser privaten Konzernen. Tendenz steigend. Mit der Einführung der Fallpauschalen in der Abrechnung von Spitalsleistungen, so genannter DRGs, hat in Deutschland eine Privatisierungswelle den Spitalsbereich

erfasst, die in Europa einzigartig ist. Bezogen auf die Bettenzahl lag der Marktanteil privater Spitalsträger 2006 bei 11,5 Prozent. Bis 2015 soll er auf bis zu 38 Prozent steigen, schätzt die DZ-Bank in einer Analyse. Andere Berechnungen erwarten sogar einen Marktanteil von 40 Prozent (Schmidt u. a. 2003). Gleichzeitig kommt es auch zu Schließungen unrentabler Kliniken. Etwa 2000 Spitäler gibt es in Deutschland. 500 stehen vor der Schließung, weitere 500 sollen verkauft werden. Betroffen davon sind sogar Unikliniken, wie die zuerst fusionierte und dann privatisierte Uniklinik Marburg/Gießen.

Der jährlich erscheinende deutsche Krankenhausreport, der sich im Jahr 2006 dem »Krankenhausmarkt im Umbruch« widmete, diagnostizierte darin, dass die stationäre Versorgung nicht nur in Deutschland sondern auch in vielen anderen Ländern unter enormem Kosten- und Reformdruck steht. »Als Folge wächst weltweit der Anteil privater Anbieter an der Leistungserbringung in den nationalen Systemen. Dies gilt für Staaten mit Gesundheitsversorgung nach dem »Beveridge-Modell« genauso wie für Staaten, die nach dem »Bismark-Modell« organisiert sind« (Klauber u. a. 2006, 22).

Private-Public-Partnership in Österreich

In Österreich sind Privatisierungen im Gesundheitsbereich derzeit noch seltener als so genannte Private-Public-Partnership-Modelle (PPP). Die Akteure sind private, zum Teil auch deutsche, Spitalsgruppen oder deren Tochterunternehmen. Gleichzeitig entstehen auch in Österreich Privatunternehmen, die auf das Privatisierungskarussell aufspringen. Ein zentrales Datum markiert dabei der 7. Juni 2001. An diesem Tag setzten nach langen Verhandlungen und Konsultationen mit Bundesregierung und WirtschaftsprüferInnen Horst Wendling, Bürgermeister der Stadt Kitzbühel, und Uwe Drechsel, Vorstand des privaten deutschen Krankenhauskonzerns Helios Kliniken, die Unterschrift unter insgesamt zehn Verträge, die der Gemeinde 242.000 Euro sowie den Ausbau des Spitals um 1,9 Millionen Euro brachte. Bürgermeister Wendling verkaufte damals 74 Prozent des Kitzbühler Krankenhauses an Helios und unterschrieb damit die erste Privatisierung eines öffentlichen Krankenhauses in Österreich (Rümmele 2005, 34).

Kitzbühel hatte damit eine Diskussion eröffnet. Ins Zentrum der Debatte rückten rasch die Einrichtungen der defizitären Sozialversicherungen, etwa als der Rechnungshof 2002 vorschlug, dass sich die Unfallversicherungsanstalt von ihren sieben Spitälern trennen sollte. Gleich mehrmals – 2002 und 2004 – brachen Privatisierungsdiskussionen über das Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse aus, das zuletzt auch im Regierungsprogramm 2007 als Veränderungskandidat genannt wird.³ Das Spital wird von der WGKK als Referenzkrankenhaus und Kompetenzzentrum für alle anderen Kassen geführt, um Erfahrungen zu gewinnen, wie es in Krankenhäusern so zugeht.

Wirbel löste im Jahr 2003 die Suche nach einem neuen Management für die landeseigene steirische Krankengesellschaft Kages aus. Erstmals wurden nicht neue ManagerInnen gesucht, sondern eine private Spitalsgesellschaft, die die Führung des Unternehmens übernehmen sollte. Eigentümer der 21 Krankenhäuser mit 13.000 MitarbeiterInnen sollte aber weiterhin das Land Steiermark bleiben. Erst unter dem Druck der Öffentlichkeit schränkte das Land die Ausschreibung etwas ein. Das neue

Management dürfe ohne Zustimmung des Landes keine Standorte schließen. Außerdem sollte die Personalhoheit beim Land verbleiben. Bei Kürzungen sollte also ohne das Land nichts gehen.

Motor dieser Teilprivatisierung, wie es viele KritikerInnen formulierten, war neben der damaligen Regierungspartei ÖVP auch der aktuelle steirische Landeshauptmann Franz Voves (SPÖ).⁴ Kurz nach Veröffentlichung der Ausschreibung gab es auch bereits Namen für mögliche Favoriten. Immer wieder tauchte die private deutsche Klinikette Sana auf, deren Vorstandsvorsitzender Ulrich Bosch in den Jahren 1985 bis 1989 bei der Kages als Geschäftsführer gearbeitet und die Kages zu einem einheitlichen Krankenhausriesen geformt hatte.⁵ Gemeinsam mit Boschs Sana bewarb sich die österreichische Humanomed-Gruppe um den Auftrag. Beide Klinikgruppen gehören privaten Krankenversicherungen und betreiben deren Spitäler. Dieser Hintergrund ließ KritikerInnen laut über diverse Unvereinbarkeiten nachdenken. Immerhin war Voves bis zu seinem Wechsel in die Landesregierung 2002 als Vorstand der Merkur-Versicherung tätig gewesen, der drittgrößten österreichischen Privatkrankenversicherung, die Miteigentümer der Humanomed-Gruppe ist.⁶ Zudem war er Geschäftsführer der PKB Privatkliniken BeteiligungsGmbH.⁷

Die Diskussionen und der eingeschränkte Handlungsspielraum für das private Management führten dazu, dass sich neben Sana/ Humanomed lediglich drei Interessenten für den international ausgeschriebenen Auftrag meldeten. Neben einem Arzt waren das der Spitalsdienstleister Vamed und die HCC Krankenanstaltenbetriebs AG. Die Vamed ist aus den Wirren um den Bau des Wiener AKH entstanden, hat dieses fertig gebaut und macht heute die technische Betriebsführung. Das Unternehmen gehört mehrheitlich dem deutschen Medizintechnikkonzern Fresenius, der über seine Tochterfirmen Helios-Kliniken und Wittgensteinkliniken in Deutschland einer der größten privaten Krankenhausbetreiber ist. Hinter der 2001 gegründeten HCC wiederum stecken im Wesentlichen der Gesundheitsökonom und Berater Christian Köck, der Baukonzern Strabag und die Raiffeisenlandesbank Niederösterreich-Wien. Weil sich im Bieterverfahren aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten bis auf die HCC alle Bieter zurückzogen, wurden am Ende für die 21 Krankenhäuser wieder angestellte Geschäftsführer eingesetzt. Die HCC erhielt einen mehrjährigen, gut dotierten Beratungsvertrag.

Seit damals kam es in Österreich zu mehreren PPP-Projekten beim Bau und Betrieb von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Beispiele sind etwa das neurologische Rehabilitationszentrum am Wiener Rosenhügel, das der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gehört. Es wurde mit Hilfe der Vamed gebaut bzw. umgebaut und wird von ihr nun gemanagt. Im Sommer 2006 wurde fixiert, dass das Stadtspital Klosterneuburg von der HCC und deren Mitbewerber Humanomed gemanagt wird. Der Wiener Krankenanstaltenverbund kündigte an, alte Spitalsimmobilien verkaufen zu wollen und mit privaten Partnern ein Großkrankenhaus im Norden der Stadt zu bauen. Ebenfalls 2006 wurde die Teilprivatisierung des Reha-Zentrums Bad Gleichenberg der SVA der Bauern an die HCC und die Humanomed-Beteiligung Hospitals fixiert. Die Vamed wiederum baute und finanzierte mit Finanzpartnern den Bau mehrerer Krankenhäuser, wie in Schladming, Vöcklabruck oder Steyr. Die Stadt Wien und die Gebietskrankenkasse haben 2006 mit dem privaten Ordensspital der Barmherzigen Brüder eine Firma gegründet, um ein Dialysezentrum zu bauen. Gemanagt wird dieses vom Orden, obwohl er nur zwei Prozent

an der neuen Firma besitzt. Grund dafür: im Privatbereich sind die Kollektivverträge deutlich günstiger für den Arbeitgeber.

Zuletzt gab es bei den Bemühungen zur Marktöffnung Rückschläge. Begonnen haben diese im Frühjahr 2006 in Kitzbühel. Als das Land Tirol im Krankenanstaltenplan beschloss die Geburtsstation aufzulassen, zogen sich die Helios-Kliniken, die diesen Bereich ausgebaut hatten, zurück. In der Folge übernahm die landeseigene Tiroler Spitalsgesellschaft Tilak das Krankenhaus, um es dann komplett zuzusperren. Mitte Jänner 2007 wurden 150 Mitarbeiter, darunter 20 Ärztinnen und Ärzte, im Rahmen des Frühwarnsystems beim Arbeitsmarktservice zur Kündigung angemeldet. Das Haus sollte als Rehabilitationszentrum weitergeführt werden. Betreiber sollten die Humanomed-Schwester Humanocare sowie die Hospitals Projektentwicklungs-GmbH sein. Im März 2007 brach die Stadt allerdings die Gespräche ab und versuchte das Spital redimensioniert doch wieder alleine zu führen.

Ebenfalls im März 2007 wurde bekannt, dass der Vertrag in Klosterneuburg überraschend vorzeitig gekündigt wird. Grund für die Vertragsauflösung durch die Gemeinde ist, dass diese ihr Spital nicht wie erhofft Anfang 2009, sondern schon Anfang 2008 an die Spitalholding des Landes Niederösterreich übergeben wird. Damit spare die Stadt mehr, als es das beste Management je hätte schaffen können, sagen auch die privaten Partner (Rümmele, 2007). Deren Ziel war es, die Zuschüsse der Stadt in 30 Monaten um insgesamt 1,15 Millionen € zu reduzieren. Allein im Vorjahr wurde der Abgang um 800.000 € gesenkt, teilte der Bürgermeister mit, der sich mit dem PPP-Projekt in der Belegschaft und der Bevölkerung freilich wenig Freunde gemacht hat. Laut Betriebsrat wurde eine halbe Million durch das Verschieben von Investitionen erreicht, die nun wohl das Land wird tragen müssen. Für die privaten Manager liegt die Investitionsverschiebung im Verantwortungsbereich der Stadt.

Kein Glück hatten private Interessenten auch beim medizinischen Großprojekt Medauston in Wiener Neustadt. Weil sie während der Ausschreibung für ein PPP-Projekt eine Reduktion der Risiken gefordert hatten, entschied das Land Niederösterreich das Projekt allein durchzuführen. Im Landtag wurde eine Risikoübernahme in der Höhe von 120 bis 150 Millionen € beschlossen. Hintergrund war, dass der medizinische Bedarf für das neuartige Krebsbehandlungs- und Forschungszentrum in ExpertInnenkreisen umstritten ist. Das Protonen- und Ionentherapiezentrum benötigt zur Auslastung 1200 PatientInnen pro Jahr. Das geht aber nur, wenn aus ganz Österreich alle in Frage kommenden PatientInnen nach Wiener Neustadt geschickt werden und zudem auch ausländische PatientInnen behandelt werden. Derzeit entstehen aber in Grenznähe vor allem in Deutschland ähnliche Zentren, die umgekehrt auf österreichische PatientInnen hoffen.

Weil sich das Karussell in Österreich also erst langsam dreht, nutzen die privaten Unternehmen die Zeit, um international Erfahrungen zu sammeln und engagieren sich im Ausland. So hat die HCC etwa eine öffentliche Frauen- und Geburtsklinik in Budapest sowie die drei Krankenhäuser im tschechischen Bezirk Karlsbad übernommen. Zwar könnten diese Häuser auch künftig einmal österreichischen PatientInnen offenstehen, sagt Vorstand Köck – allerdings erst nach einer weitreichenden, noch Jahre dauernden Modernisierung (Rümmele, 2006). Der Baukonzern Strabag baut wiederum in einem PPP-Projekt mit der Deutschen Bank und der Fortis Bank Brussels S.A. für das Universitätsklinikum Essen ein Protonentherapiezentrum. Die privaten Partner werden die 300 Millionen Euro teure Einrichtung auch betreiben.

Dünnere Forschungsstand zu den Auswirkungen

Welche Auswirkungen die Privatisierungstendenzen auf die Versorgung der PatientInnen, auf die Angebotslandschaft und auf die Beschäftigten in den Einrichtungen selbst haben, lässt sich allgemeingültig nicht sagen. Entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen liegen international bisher kaum vor. Vor allem deshalb, weil die einzelnen Projekte und Betreibermodelle sehr unterschiedlich sind. Der Präsident der deutschen Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, kritisierte zwar bereits 2005 wortgewaltig, dass private Klinikbetreiber PatientInnen lieber blutend auf die Straße setzten, als ihre Gewinnmarge zu gefährden. Belege dafür gibt es aber bisher nicht – im Gegenteil: Während öffentliche Kliniken erst langsam begonnen haben, Berichte über Art und Volumen der erbrachten Leistungen vorzulegen, tun dies private Unternehmen schon seit Jahren. Nichts sei schlechter fürs Geschäft, sagte einmal Bert Uwe Dressel, Chef der Helios-Kliniken, als unzufriedene PatientInnen und ein mieser Ruf. Beobachtet man genau diese Entwicklungen in Deutschland, so lassen sich allerdings doch einzelne Trends erkennen (Ärztekammer Wien, 2007).

Bei einer wachsenden Nachfrage aber gleichzeitig begrenzten Ressourcen müssen Spitäler nach neuen Wegen der Leistungserbringung suchen. Und so versuchen Kliniken in ganz Europa die Liegezeiten zu reduzieren. Dieser Druck führt dazu, dass in weniger Betten mehr PatientInnen in kürzeren Zeiträumen behandelt werden müssen. Und daraus resultiert wiederum eine massive Arbeitsverdichtung. Einen guten Überblick gibt darüber eine Aufstellung der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Dabei wird die von den verschiedenen Personalgruppen jeweils versorgte Anzahl von Betten bzw. Fällen nach unterschiedlicher Trägerschaft analysiert. Auffallend dabei ist etwa, dass bei privaten oder gemeinnützigen Trägern (meist Orden) über 25 Prozent mehr Betten bzw. Fälle pro Arzt/ Ärztin versorgt werden als bei öffentlich betriebenen Trägern. Ähnliches gilt für den medizinisch-technischen Dienst. Lediglich im Pflegedienst liegen alle Träger etwa gleich auf (Klauber u. a. 2006). Die Folgen wurden wissenschaftlich bisher kaum untersucht. Allerdings nehmen die Meldungen über den wachsenden Druck auf das Personal zu. Und ab und zu führen ÄrztInnen auch Fehlbehandlungen an PatientInnen darauf zurück.

Systematisch diskutiert wurde dies im Frühjahr in Österreich, als es innerhalb eines Jahres zum insgesamt sechsten Todesfall eines Kindes nach einer Mandeloperation gekommen war. Grund waren in allen Fällen starke Blutungen einige Tage nach dem Eingriff. Die Österreichische Gesellschaft für HNO, Kopf- und Halschirurgie schlug in der Folge Änderungen in der Behandlung von Kindern unter sechs Jahren und längere Aufenthaltszeiten vor. Die Ärztekammer forderte generell längere Aufenthaltszeiten. Grund dafür ist, dass es nach Angaben der ExpertInnen bis zum 14. nachoperativen Tag zu Nachblutungen kommen kann. In 1 bis 4 Prozent können diese schwerwiegend sein. Zuletzt war es aber üblich PatientInnen bereits 24 Stunden nach einer derartigen Operation zu entlassen. Wie deutlich die Todesfälle über der statistischen Wahrscheinlichkeit liegen zeigt ein Zahlenvergleich: Laut HNO-Gesellschaft kommt es in einer von 15.000 bis 50.000 Mandeloperationen zu lebensbedrohlichen Situationen. In Österreich werden pro Jahr 14.000 derartige Operationen durchgeführt. Die jüngsten sechs Todesfälle lagen somit signifikant über dem Durchschnitt. Dennoch sind sich die ExpertInnen nicht einig darüber, ob es einen Zusammenhang zwischen der Verkürzung der Aufenthaltsdauer und dem Anstieg der Mortalität gibt.⁸

In Deutschland haben die Unternehmensberater Roland Berger Strategy Consultants berechnet, dass die Kosten für das Pflegepersonal – immerhin etwa 25 Prozent der gesamten Spitalskosten – um zehn Prozent gesenkt werden können, wenn Dienstpläne besser gesteuert werden und das Personal flexibler eingesetzt wird.⁹ Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund beobachtet, dass zunehmend solche modernen Managementmethoden in Spitälern Einzug halten. Als Folge einer Privatisierungswelle öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland werde versucht, durch Prozessoptimierung und eine veränderte Arbeitsorganisation Personal einzusparen oder effizienter einzusetzen, werden Bereiche ausgelagert, und »natürlich versuchen die Privaten, das Gehaltsniveau, zumindest der nicht ärztlichen Mitarbeiter, zu begrenzen« (Ärztammer Wien, 2007). Ende November warnte die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di Kommunen davor, Spitäler an den privaten Asklepios-Konzern zu verkaufen. Nicht die Sorge um PatientInnen und Beschäftigte stehe im Mittelpunkt der Konzernpolitik, sondern Gewinnmaximierung um jeden Preis. »Asklepios begeht Tariffucht, betreibt Lohndumping und nimmt die Beschäftigten in Geiselhaft«, kritisierte das ver.di-Bundesvorstandsmitglied Ellen Paschke in einer Aussendung im Zusammenhang mit einem Tarifkonflikt in Hessen.

Daneben versuchen die deutschen Krankenhausketten oder Verbände verstärkt die Organisation der Spitäler zusammen zu führen. So wird versucht Aufgaben zu bündeln und Kernbereiche zu zentralisieren (Management, Controlling, Qualitätssicherung, Einkauf). Roland Berger Strategy Consultants schlägt etwa Krankenhäusern vor, die Produkte zu standardisieren und dann übergreifend auszuschreiben. In Deutschland wären hier Einsparungen von 15 Prozent drin und in Österreich sei es kaum anders.¹⁰ Im medizinischen Bereich kommt es ebenfalls zur Bündelung von Aktivitäten etwa in der Telemedizin. Dafür sind allerdings wieder Investitionen notwendig, was private Anbieter eher bevorzugt. Die Vergütung mittels DRGs führt in deutschen Spitälern auch zu neuen Strukturen der Kostenkontrolle, um den Ressourceneinsatz transparenter zu machen. »Neben dem verstärkten Einsatz neuer EDV-Systeme versuchen die Krankenhäuser zu analysieren, mit welchen Behandlungsfällen künftig profitabel gewirtschaftet werden kann.« (Klauber u. a. 2006).

Daneben wird versucht, Leistungen in den ambulanten Bereich zu verlagern. »Der insgesamt steigenden Nachfrage nach Krankenhausleistungen stehen begrenzte Ressourcen gegenüber. Daher muss es zwangsläufig zu einer verstärkten Auslagerung von medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor kommen« (Klauber u. a. 2006) Neben verschiedenen Behandlungsformen ist dies nicht zuletzt auch bei medikamentösen Therapien möglich. Studien aus den USA gehen davon aus, dass diese so genannten drug based disease management strategies in Zukunft dazu führen, dass die Ausgaben für Pharmazeutika die Aufwendungen für Krankenhausaufenthalte in den USA übertreffen werden (Kongstvedt, 2003). In vielen Krankenhäusern werden zudem Leistungen wie Kantine, Wäscherei, Gebäudemanagement, technisches Service, Reinigung, Labor und Sterilisation ausgelagert bzw. gebündelt. Teilweise haben diese Entwicklungen in der Umsetzung dann aber auch negative Auswirkungen. So berichtete etwa im März die Zeitung »Hamburger Morgenpost« über massive Hygiene-Mängel in privatisierten städtischen Kliniken, nachdem diese massiv beim Reinigungspersonal gespart hatten (Hamburger Morgenpost, 2007). In München stoppte die Gewerkschaft ver.di wiederum Tarif-Verhandlungen mit den städtischen Krankenhäusern, weil man bei 700 »ausgliederten« Beschäftigten aus

dem Servicebereich Gehaltskürzungen von bis zu 40 Prozent befürchtete (Münchner Merkur, 2007). Zu beobachten ist auch die Lösung, dass die Leistungen zwar weiter selbst erbracht, aber auch Dritten angeboten werden, um so zusätzliche Einnahmen zu lukrieren.

Beispiele dafür gibt es auch in Österreich. Der gelernte Chirurg Michael Havel hat etwa zusammen mit Finanzinvestoren die Futurelab Holding GmbH gegründet, die 2009 an die Börse gehen soll. Das Unternehmen soll bis dahin zu einem europäischen Laborkonzern wachsen. Havels Unternehmensgruppe betreibt bereits in sechs Ländern niedergelassene Labors mit insgesamt 1700 MitarbeiterInnen und einem Umsatz von zuletzt 100 Millionen Euro. Futurelab führt dabei nicht nur ein Netz von Laborstellen, deren Proben dann in Zentralen ausgewertet werden, sondern übernimmt und führt auch die Labors von Spitälern. Ähnliches könnte in absehbarer Zeit auch im bildgebenden Bereich Schule machen.

Auch die Klinik-Konzerne selbst expandieren in den niedergelassenen Bereich. Einer davon ist der Klinik- und Medizintechnikriese Fresenius. Der Konzern ist mit Produkten und Dienstleistungen für die Dialyse groß geworden. Er stellt nicht nur Geräte her, er betreibt in Nordamerika, Europa, Asien, Lateinamerika und Afrika auch mehr als 2000 Dialyse-Kliniken. Erst Anfang Jänner dieses Jahres wurde eine Gruppe von Dialyse-Kliniken in Taiwan übernommen.

Gleichzeitig findet auch ein Konzentrationsprozess innerhalb der privaten Krankenhauskonzerne statt. So hat etwa 2004 Fresenius für 1,5 Milliarden Euro die Helios-Kliniken übernommen. Der schwedische Klinik- und Diagnostikriese Capio wiederum ließ sich im August 2006 den Markteinstieg in Deutschland und den Kauf der verhältnismäßig kleinen Deutschen Klinik GmbH 34 Millionen Euro kosten. Capio führt Spitäler in Norwegen, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Frankreich, Spanien und Portugal. Die Gruppe erzielt mit 14.500 Angestellten einen Gesamtumsatz von 1,3 Milliarden Euro. Mit der Deutsche Klinik GmbH als Plattform will Capio in Deutschland weiter wachsen. »Wir sind der Überzeugung, dass auch durch weitere Übernahmen öffentlicher Krankenhäuser Werte für unsere Aktionäre geschaffen werden«, sagte Capio-Vorstandschef Ulf Mattsson. Einen Monat nach dem Deal war Capio selbst Objekt der Begierde. Allerdings nicht von einem Konkurrenten sondern dem britischen Finanzinvestor Apax. Der Deal trieb die Aktie von 123 auf über 170 schwedische Kronen und Apax zahlte für Capio rund 1,8 Milliarden Euro. Nach Capio interessiert sich nun auch Générale de Santé, Marktführer unter den privaten französischen Klinikketten, für den Kauf eines deutsche Krankenhauses oder gleich einer ganzen Klinikette. Das Beispiel Apax zeigt wiederum, dass zunehmend auch Finanzinvestoren in den Klinikmarkt drängen. So kaufte etwa zuletzt die Beteiligungsgesellschaft Cinven für 800 Millionen Euro den führenden britischen Träger psychiatrischer Kliniken, Partnerships in Care.

Die Investoren trauen sich zu mit ihren Managementmethoden die meist unprofitablen Krankenhäuser nach der Übernahme zu sanieren und später wieder gewinnbringend weiter zu verkaufen. Den Optimismus schöpfen die Analysten aus dem Vergleich großer privater Ketten wie Rhön und Helios. Während diese beim Ergebnis vor Abzug von Steuern und Zinsen 2005 Margen von zehn Prozent erzielten (Kreiss, 2007: in Financial Times Deutschland), schaffen selbst bei den positiv wirtschaftenden Kliniken die meisten nur Ergebnisse von einem Prozent. Weil das wachsende Interesse der Investoren aber den Preis treibt, gehen die deutschen Klinikketten ih-

rerseits ins Ausland auf Akquisitionstour. So kündigte etwa die private Klinikgruppe Asklepios im Jänner 2007 an, sich auch im Ausland umsehen zu wollen.

Schlussfolgerungen

In seinem Bericht »Grenzen der Privatisierung« analysiert der Club of Rome, dass Privatisierungen dann von Erfolg gekrönt sind, wenn sie genau geregelt und die Risiken für beide Seiten gleichmäßig verteilt werden. Die öffentliche Hand habe sich aber immer die Frage zu stellen, ab welcher Grenze mehr Schaden als Nutzen zu erwarten sei und wie soziale Gerechtigkeits- und Verteilungsfragen gelöst würden – nicht zuletzt deshalb, weil die Auswirkungen »nicht nur die heute Lebenden, sondern auch künftige Generationen zu spüren« bekommen (von Weizsäcker u. a., 2006). Bei der Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen werden diese Fragen nicht einmal ansatzweise gestellt. Es geht schlicht ums Geld für die finanzmaroden Kommunen und es geht um rettende Lösungen für jene teuren Denkmäler, die sich übereifrige Bürgermeister in den vergangenen Jahrzehnten gesetzt haben. Überall wird der Ruf laut, Kapazitäten zu reduzieren oder gar Spitäler zu schließen. Weil dies aber die politische Überlebensfähigkeit der Verantwortlichen nicht lange garantieren würde, wird eben ausgelagert, verkauft oder zumindest ein privater Finanzierungspartner gesucht.

Gleichzeitig werden dadurch auch weitreichende Umwälzungen ausgelöst. Wer sich etwa damit abgefunden hat, in Spitäler zu gehen, die von privaten Unternehmen geführt werden, erachtet es vielleicht bald auch als kein Problem mehr, dass er dort einen Teil selbst zahlen muss. Einige werden das vielleicht nicht zahlen können. Die Basisversorgung oder extrem teure Einzelbehandlungen sollen dann in öffentlichen Spitälern gemacht werden. Private Anbieter beschränken sich auf standardisierbare und lukrative Behandlungen. Diese Spezialisierung hat auf den ersten Blick auch Vorteile für die Patienten. Höhere Behandlungszahlen führen zu mehr Routine und so zu besserer medizinischer Qualität bei niedrigeren »Stückkosten«. Zudem versuchen private Anbieter die Servicequalität zu verbessern. Eugen Münch, Gründer und Großaktionär der Rhön-Kliniken AG formulierte die Devise im Februar in einem »Stern«-Interview so: »Eine alternde Gesellschaft kann sich eine gute medizinische Versorgung doch nur über die Industrialisierung der Medizin leisten« (Der Stern, 2007). Dem Gesamtsystem bringt das aber wenig, wenn die Einsparungen nicht an das Gesamtsystem weitergegeben werden müssen. »Wir können uns auf die Kostenoptimierung beschränken, da die Nachfrage per staatlichem Reglement zugeteilt wird«, schrieb der deutsche Klinikkonzern Helios in eigenen Broschüren (Rümmele, 2005).

Literatur

- Ärztammer für Wien (Hg.) (2007) Medizin geht an die Börse; in: Doktor in Wien 2/2007, 18-25
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.) (2005) Studie zur Situation der Medizintechnik in Deutschland im internationalen Vergleich, Berlin
- Der Stern, 21. 2. 2007
- Hamburger Morgenpost, 6. 3. 2007
- Hofmarcher, Maria/ Rack, Herta (2006) Gesundheitssysteme im Wandel – Österreich, European Observatory on Health Systems and Policies, Berlin

- Klauber, Jürgen/ Robra, Bernt-Peter/ Schellschmidt, Henner (Hg.) (2006) Krankenhausreport 2006 – Schwerpunkt Krankenhausmarkt im Umbruch, Stuttgart
- Kongstvedt, Peter (Hg.) (2003) Essentials of Managed Care (4th Edition), Maryland
- Kreiss, Stefanie (2007) Eigenkapitaltherapie; in: Financial Times Deutschland 9. 3. 2007 Münchner Merkur, 10. 3. 2007
- Rümmele, Martin (2005) Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit. Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen, St. Pölten
- Rümmele, Martin (2006) Köck übernimmt Führung von drei Spitälern; in: Wirtschaftsblatt 25. 1. 2006, S. 3
- Rümmele, Martin (2007) Krankenhaus kündigt privates Management; in: Wirtschaftsblatt 23. 2. 2007, S. 6
- Salfeld, Rainer/ Wettke Jürgen (2001) Die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens. Perspektiven und Konzepte, Berlin
- Schmidt, Christian/ Möller, Johannes (2003) Investoren im Krankenhausmarkt. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Stuttgart
- Schmidt, Christian/ Möller, Johannes (2004) Krankenhauslandschaft in Deutschland – Ein Markt im Umbruch. Deutsche Medizinische Wochenschrift, Stuttgart
- Silvers, John Byron (2001) The role of the capital markets in restructuring health care, Journal of Health Politics, Policy and Law, Durham
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2006) Fachserie 12/ Reihe 6.1. und 6.1.1. Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser, Bonn
- Von Weizsäcker, Ernst Ulrich/ Young, Oran/ Finger, Matthias (Hg.) (2006) Grenzen der Privatisierung. Wann ist es des Guten zu viel? Bericht an den Club of Rome, Stuttgart.

Anmerkungen

- 1 Größte Teile davon sind mit 13,5 Prozentpunkten indirekte Kostenbeteiligungen aufgrund nichtsozialversicherter Leistungen und direkte Kostenbeteiligungen in Form von Selbst-behalten, die 7,6 Prozentpunkte ausmachen.
- 2 Salfeld/ Wettke 2001 in Klauber 2006, S. 11
- 3 Die Regierung regt an, zu prüfen, ob das Hanusch-Krankenhaus nicht an den Kranken-anstaltenverbund der Stadt Wien übertragen werden soll. Die Stadt und die Wiener Gebietskrankenkasse lehnen dies allerdings ab.
- 4 Presseaussendung Ärztekammer Steiermark 4. 9. 2003
- 5 Kleine Zeitung Steiermark, 1. 5. 2003, S. 16
- 6 Ebenda
- 7 Compnet-Firmencompass
- 8 vgl. Presseaussendung der Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken BetriebsgmbH, Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, 2. 4. 2007
- 9 Die Experten des Beratungsunternehmens präsentierten diese Analysen im Oktober 2006 bei einem Workshop in Wien
- 10 Ebenda