
Auswirkungen der Liberalisierung des Gesundheitswesens in Österreich

Agnes Streissler

Dieser Artikel befasst sich mit dem Ausmaß und den Auswirkungen der Liberalisierung im Gesundheitswesen. Es soll dabei gezeigt werden, dass die zunehmende Ökonomisierung kein unumkehrbarer Weg sein muss. Der Finanzierungskrise des Gesundheitswesens kann auch mit solidarischen Methoden begegnet werden.

Zunächst wird eine Bestandsaufnahme des österreichischen (öffentlichen) Gesundheitswesens gemacht. Danach wird die zunehmende Ökonomisierung, international – und dabei insbesondere auf EU-Ebene – ebenso wie in Österreich, kritisch dargestellt. Und schließlich sollen einige Alternativen zu diesem Trend, die auf dem Solidarprinzip beruhen, dargestellt werden.

1. Das österreichische Gesundheitswesen heute

In den EU-15-Staaten gibt es überall ausgebaute Gesundheitssysteme. Sie unterscheiden sich allerdings in der Finanzierungsform: Österreich, Deutschland und die Niederlande haben Sozialversicherungssysteme, während die skandinavischen Länder und Großbritannien nationale Gesundheitsdienste haben. Ein internationaler Vergleich zeigt dabei, dass zumindest innerhalb Europas die Finanzierungsform nicht der entscheidende Faktor für den Gesundheitszustand der Bevölkerung ist: In allen EU-15-Ländern kann der Gesundheitszustand der Bevölkerung, gemessen an gängigen Indikatoren, als gut bis sehr gut bezeichnet werden. Die USA hingegen, mit einem hohen privaten Finanzierungsanteil, haben vor dem Hintergrund hoher Einkommensdisparitäten und hoher Armutsraten durchgehend schlechte Ergebnisse.

Auch das österreichische Gesundheitswesen liegt in vielen Indikatoren von *public health* deutlich über dem OECD-Durchschnitt.

1.1 Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

In Diskussion stehen seit Jahren in Österreich die Kosten des Gesundheitswesens. Wie schauen diese im internationalen Vergleich nun tatsächlich aus?

Nach internationaler Definition liegen die Kosten des österreichischen Gesundheitswesens eher im Mittelfeld (siehe auch Tabelle 1): Im Jahr 2000 wurden nach OECD-Definition 7,7% des BIP für Gesundheit ausgegeben, 5,4% des BIP waren dabei öffentliche Ausgaben. Allerdings waren gerade diese Ausgaben in den vergangenen Jahren Streitpunkt einer heftigen Diskussion. Aufgrund der vorgegebenen Definitorik sind nämlich die Kosten der Krankenhäuser nur unzureichend abgebildet. Es gibt Schätzungen, die die Kosten auf bis zu 10,8% des BIP ansetzen, am realistischsten (da nämlich Doppelzahlungen weitgehend ausgeschlossen sind) dürfte die Schätzung des IHS mit 8,0% sein – diese Zahl hält aber wie gesagt keinem internationalen Vergleich stand, daher werden in Tabelle 1 die von der OECD genannten Zahlen ausgewiesen.

Tabelle 1 zeigt dabei deutlich, dass entgegen weitverbreiteter Vorurteile seit Anfang der achtziger Jahre in Österreich ebenso wie in vielen europäischen Gesundheitssystemen kein übermäßiges Ausgabenwachstum erkennbar ist. Die Anteile der Ausgaben am BIP blieben konstant. Lediglich in Ländern, die bereits seit langem ein stark privatisiertes Gesundheitswesen haben, stieg der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP auch in den vergangenen Jahren deutlich an.

Betrachtet man die öffentlichen Gesundheitsausgaben (Tabelle 2), so zeigt sich, dass sie als Anteil an den Gesamtausgaben in jenen Ländern, die nach dem Sozialversicherungssystem organisiert sind, seit Anfang der achtziger Jahre weitestgehend konstant blieben. Die Länder mit nationalen Gesundheitsdiensten haben zwar durchgehend höhere Anteile der öffentlichen Ausgaben, diese Werte sind aber seit Anfang der achtziger Jahre deutlich gesunken.

Insofern kann man zwar einige Faktoren nennen, warum Gesundheitsausgaben steigen (wobei für den Gesundheitsbereich der demographische Faktor nicht so bedeutend ist wie im Pensions- und im Pflegebereich), die oft zitierte Finanzkrise der öffentlichen Gesundheitssysteme resultiert aber hauptsächlich aus Problemen auf der Einnahmenseite. Während die Ausgaben sich in etwa parallel zum BIP entwickelten, bedeuteten eine fallende Lohnquote, gepaart mit regressiven Wirkungen von Sozialbeiträgen, dass die Krankenversicherungsbeiträge sich deutlich langsamer entwickelten.

Fast ein Drittel der Gesundheitsausgaben in Österreich werden privat bezahlt. Dies liegt vor allem an Selbstbehalten, an Privatversicherungen und an rezeptfreien Medikamenten.

Tabelle 1: Gesundheitsausgaben in % des BIP

	1970	1980	1990	2000
<i>Sozialversicherungssysteme</i>				
Österreich	5,3	7,6	7,1	7,7
Deutschland	6,2	8,7	9,9	10,6
Niederlande	6,9	7,5	8	8,6
<i>Nationale Gesundheitsdienste</i>				
Schweden	6,7	8,8	8,2	8,4
Dänemark	8	9,1	8,5	8,3
Großbritannien	4,5	5,6	6	7,3
<i>Systeme mit hohem privaten Anteil</i>				
Schweiz	5,6	7,6	8,5	10,7
USA	6,9	8,7	11,9	13,1
OECD-Durchschnitt	5,3	7	7,6	8,4

Quelle: OECD (2003) Tab 3.2.

Tabelle 2: Anteil der öffentlichen Ausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben in Prozent

	1970	1980	1990	2000
<i>Sozialversicherungssysteme</i>				
Österreich	62,26%	68,42%	73,24%	70,13%
Deutschland	72,58%	78,16%	77,78%	74,53%
Niederlande	60,87%	69,33%	67,50%	63,95%
<i>Nationale Gesundheitsdienste</i>				
Schweden	86,57%	93,18%	90,24%	84,52%
Dänemark	83,75%	87,91%	82,35%	83,13%
Großbritannien	86,67%	89,29%	83,33%	80,82%
<i>Systeme mit hohem privaten Anteil</i>				
Schweiz	n.a.	n.a.	52,94%	55,14%
USA	36,23%	41,38%	39,50%	44,27%
OECD-Durchschnitt	69,81%	77,14%	75,00%	72,62%

Quelle: OECD (2003) Tab 3.3. Eigene Berechnungen.

Die vergangenen Jahre waren durch eine vielfältige Reformdiskussion gekennzeichnet. Im Folgenden sollen kurz die wichtigsten Entwicklungen dargestellt werden.

1.2 Der stationäre Bereich

In den neunziger Jahren wurden Reformen im Spitalsbereich durchgeführt. Hier gibt es seit 1997 die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung, wo nicht mehr nach Belegtagen abgerechnet wird, sondern nach Diagnosepauschalen. Dies führte zu einer Reduktion der Belegsdauer und damit zu einer Eindämmung des Kostenwachstums (1991-96 wuchsen die Gesamtkosten der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten um 7,73% p. a., 1997-2002 waren es nur mehr 3,74% p. a.). Die angewandten Vergütungsmechanismen setzen die Anreize dabei in die Richtung, dass es zu Leistungsrationierungen kommt und PatientInnen vorzeitig in den ambulanten Bereich „ausgelagert“ werden, was insbesondere bei der mangelnden Integration von stationärem und ambulantem Sektor als Qualitätsverlust gesehen werden muss.

Dennoch sind die Spitäler nach wie vor der teuerste Bereich im Gesundheitswesen: 44% der öffentlichen Ausgaben gehen in den stationären Sektor. Die jährlichen Wachstumsraten sind zwar seit 1997 deutlich gesunken, betragen aber noch immer im Durchschnitt 3,7% im Jahr. Einsparungen gab es vor allem beim Personal: Während die Zahl des Personals 1991-96 um 7,53% p. a. stieg, betrug das Wachstum im darauf folgenden Zeitraum 1997-2002 nur mehr 0,61% p. a. (In Wien kam es sogar zu Rückgängen.) Dies hat zur Folge, dass das vorhandene Pflegepersonal in zunehmendem Ausmaß über Überlastung klagt.

Die Spitalsreformen können folgendermaßen eingeschätzt werden: Die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung LKF hat zu Kosteneindämmungen geführt, Produktivitätssteigerungen konnten allerdings kaum erreicht werden.¹ Aufgrund des Auseinanderfallens von Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortlichkeit und der fehlenden Integration von ambulantem und stationärem Bereich kommt es aber nach wie vor zu Fehlallokationen. In den Spitälern besteht noch dazu ein Anreiz zu überhöhter Kapitalintensität: Während Personal eingespart werden muss, ist für das einzelne Spital Kapital praktisch kostenlos. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen der LKF können daher nur sehr schlecht beurteilt werden, und es steht zu befürchten, dass es gesamtwirtschaftlich gesehen zu keinen bzw. zu deutlich geringeren Kosteneinsparungen gekommen ist.

1.3 Der niedergelassene/ambulante Bereich

Für den ambulanten Sektor werden seit Jahren verschiedene Reformideen diskutiert, ohne dass es zu größeren Änderungen gekommen wäre. So werden beispielsweise Gruppenpraxen zur Verbesserung der PatientInnenbetreuung gefordert. Die Sozialversicherung steht dieser Idee aber aus Kostengründen skeptisch gegenüber, da sie dadurch eine erhöhte Nachfrage nach medizinischen Leistungen befürchtet. Eine andere Diskussion betrifft die Honorierungsform. Die derzeitige Form der Grundleistungspauschale (Krankenschein pro Quartal unabhängig von der Frequenz der Inanspruchnahme) birgt das Risiko in sich, zu viele PatientInnen aufzunehmen und zu wenig Behandlungen für diese zu erbringen. Andere Möglichkeiten wären eine Diagnosefallvergütung (wo analog zur Abrechnung im Krankenhaus die Honorierung entsprechend der Diagnosegruppe erfolgt, also nicht nach tatsächlich erbrachten Einzelleistungen) oder eine Vergütung nach der Zahl der eingeschriebenen PatientInnen. Dieses Modell, das zwar die Möglichkeiten einer freien Arztwahl stark einschränkt, bietet für den Arzt den Anreiz, dazu beizutragen, dass seine PatientInnen möglichst gesund bleiben.

An vorderster Stelle müsste allerdings eine Verbesserung der Kooperation und Integration zwischen ambulantem und stationärem Sektor stehen (Schnittstellen-Problematik). Solange es hier verschiedene Verantwortlichkeiten und Finanzierungsträger gibt, PatientInnen hin- und hergeschoben werden, wird es zu Doppeluntersuchungen und -befundungen kommen und wird insgesamt hier Geld „verschleudert“ werden.

Trotz aller Überlegungen nach mehr Effizienz sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor darf allerdings die Zuwendungsmedizin nicht auf der Strecke bleiben. Bereits heute ist es so, dass Beziehungen und „Kuventmedizin“ sowie das Wahlarztsystem dazu führen, dass diejenigen, die es sich leisten können, deutlich besser betreut werden, mehr Wertschätzung erhalten und mehr Möglichkeiten der aktiven Mitbestimmung haben.

Trotz eines nahezu hundertprozentigen Krankenversicherungsschutzes gibt es soziale Gradienten in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Einerseits korreliert der Gesundheitszustand mit dem Einkommen, womit erhöhte Kostenbeteiligungen Angehörige schwächerer Einkommensgruppen stärker treffen. Andererseits nehmen Besserverdienende das Gesundheitssystem anders in Anspruch: NiedrigverdienerInnen nehmen zwar aufgrund ihres schlechteren Gesundheitszustandes häufiger als der Durchschnitt AllgemeinmedizinerInnen in Anspruch, sie gehen aber deutlich seltener zum Facharzt und unterziehen sich seltener einer Gesundheitsuntersuchung. Der Zugang zu ambulanten Gesundheitsdienstleistungen ist für Ärmere häufiger mit längeren Weg- und Wartezeiten verbunden als für sozial besser gestellte Menschen.²

1.4 Der Arzneimittelbereich

Die höchste Dynamik in den vergangenen Jahren wiesen die Ausgaben für Medikamente auf. Die Steigerungen sind dabei ganz klar auf einen Preiseffekt zurückzuführen. Die seit Jahren laufenden Bemühungen, hier eine Kosteneindämmung zu erreichen, sind – wenn überhaupt – immer nur von kurzzeitigem Erfolg gekrönt. Wenngleich es sich beim Pharmabereich um einen privatwirtschaftlichen Bereich handelt, kann nicht von marktwirtschaftlicher Wettbewerbs-Preisbildung ausgegangen werden. Dies liegt einerseits an der Marktstruktur: Große Unternehmen dominieren den Markt, außerdem koalieren sie häufig mit ÄrztInnen und ApothekerInnen und können so ihre Anbieterdominanz ausspielen. Andererseits liegt es am Patentschutz: Innovation muss sich lohnen, und daher werden neu entwickelte Medikamente geschützt. Hier gilt es, die „optimale“ Patentdauer zu eruieren, um zu vermeiden, dass zu hohe Renten abgeschöpft werden. Die Bestrebungen der EU in Richtung Ausweitung der Patentdauer muss äußerst kritisch betrachtet werden. Untersuchungen bei amerikanischen Pharmafirmen zeigen nämlich deutlich, dass die hohen Medikamentenkosten nur zu einem Teil durch Forschungsausgaben verursacht werden, ebenso wichtig ist inzwischen der Anteil der Marketingkosten.³

1.5 Die volkswirtschaftliche Bedeutung des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen ist einer der größten volkswirtschaftlichen Produktions- und Konsumsektoren mit herausragenden Wachstums- und Beschäftigungschancen. Es ist damit ein bedeutender Standortfaktor: Ein funktionierendes Gesundheitssystem ist eine ebenso wichtige Produktionsvoraussetzung wie Verkehrs-, Energie-, Telekommunikations- und Bildungsinfrastruktur.⁴

Wenngleich die Zahlen zur Erwerbstätigkeit im Gesundheitsbereich sehr vage sind, kann man schätzen, dass sich der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen an der Gesamtsumme aller Beschäftigten in den vergangenen drei Jahrzehnten etwa verdoppelt hat: laut Statistischen Handbüchern der Sozialversicherung von 2,5% Mitte der siebziger Jahre auf 5,2% 2004.

Die Einkommensentwicklung lässt sich aufgrund statistischer Umklassifizierungen nur seit 1995 verfolgen. Das Medianeinkommen der Männer, die im Gesundheitswesen unselbstständig beschäftigt waren, stieg von 1995 auf 2003 um 14,8%, jenes der Frauen um 12%. Diese Steigerungsraten sind geringer als die durchschnittlichen Medianeinkommen über alle Wirtschaftsklassen (Männer +19,3%, Frauen +16,6%). Während aber die Medianeinkommen der Männer im Gesundheitswesen unter dem Ge-

samtmedianeinkommen für Männer liegen, sind sie bei Frauen etwas höher. Darin spiegelt sich, dass es sich um ein sehr stark frauendominiertes Berufsfeld handelt:

„Gemessen an Fraueneinkommen insgesamt, bietet dieses Berufsfeld überdurchschnittliche Einkommenschancen. Die Geschlechtsdiskriminierung wird aber daran deutlich, dass die Durchschnittseinkommen im Gesundheitsbereich niedriger sind als die allgemeinen Durchschnittseinkommen – die wenigen Männer müssen sich in diesem Bereich an die Fraueneinkommen „nach unten“ anpassen.“⁵

2. Zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen

In zunehmendem Ausmaß wird eine Ökonomisierung im Gesundheitswesen festgestellt. Dies lässt sich an mehreren Tendenzen festmachen:

So hat die starke Betonung der EU-Wettbewerbs- und Binnenmarktpolitik selbstverständlich massive Auswirkungen auf die Sozial- und Gesundheitspolitik. Nur vordergründig sind diese noch nationalstaatliche Angelegenheit.

Die vier Grundfreiheiten des Binnenmarktes können dabei in vielfältiger Weise ins Gesundheitswesen hineinspielen:⁶

- Freier Personenverkehr → Arbeitsmarkt: Ärzte, Zahnärzte, Pflege- und Gesundheitsberufe;
Kurzzeit- und Langzeitaufenthalt;
Datenverkehr und Datenschutz;
- Freier Güterverkehr → Pharma-Markt, Medizinprodukte-Markt;
Öffentliche Beschaffung von Gütern;
Patientenwahl von Gütern;
- Freier Dienstleist.verkehr → Private und gesetzliche Krankenversicherung;
Öffentliche Beschaffung von Dienstleistungen;
Patientenwahl von Dienstleistungen;
- Freier Kapitalverkehr → Krankenhausinvestitionen.

So ist beispielsweise im Zuge des freien Personenverkehrs inzwischen die nachträgliche (teilweise) Kosten-Erstattung von Gesundheitsleistungen, die im Ausland in Anspruch genommen wurden, bei der heimischen Krankenkasse gestattet. Auch wenn bis 2004 der Medizintourismus keine größere Dimension angenommen hatte (bis 2002 wurden im Jahresdurchschnitt 850 Genehmigungen erteilt⁷), dürfte er infolge der EU-Erweiterung an Bedeutung gewinnen.

2.1 Die EuGH-Rechtsprechung der letzten Jahre

In den vergangenen Jahren haben gerade EuGH-Entscheidungen im Gesundheitswesen vermehrt zu Änderungen beigetragen. Problematisch dabei ist, dass diese aktive Rolle des Gerichtshofs „nicht auf Grundlage politischer Entscheidungsprozesse basiert. Mittels Binnenmarkt- und Wettbewerbsrecht wird eine marktorientierte Transformation der Gesundheitssysteme vorangetrieben.“⁸

Die beiden wichtigsten Urteile Ende der neunziger Jahre betreffend das Gesundheitswesen waren Kohl-Decker (1998) und Geraets-Smits und Peerbooms (1999). Sie beziehen sich darauf, dass ärztliche Dienstleistungen, sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich, im Ausland in Anspruch genommen werden können und von den heimischen Krankenkassen vergütet werden müssen (auch ohne vorherige Genehmigungen bzw. mit gemildertem Genehmigungsvorbehalt), soweit dadurch das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit nicht gefährdet wird. (Das dürfte für Einzelpersonen ja praktisch nie der Fall sein, in der Summe kann es aber natürlich zu erheblichen Problemen führen, insbesondere wenn die medizinrelevante Wertschöpfung, wie Operationen, im Ausland erfolgt, die Belastung des Systems in Form von Krankenständen dann aber im Inland.)

Es wurde im Zuge dieser Arbeit untersucht, wie die EuGH-Rechtsprechung in den vergangenen beiden Jahren aussah:

In der EuGH-Datenbank finden sich in den Jahren 2003 und 2004 insgesamt 31 Urteile, die mit dem Gesundheitswesen zu tun haben: Fünf Urteile gehen dabei in Richtung Qualitätssicherung und „Harmonisierung nach oben“, die anderen 26 tendieren eher in die Richtung Binnenmarktfreiheiten:

Zwei Urteile betreffen die Regelung von Arbeitszeiten, jeweils zugunsten der ArbeitnehmerInnen (das betrifft RettungsdienstfahrerInnen und ÄrztInnen im Bereitschaftsdienst), ein Urteil betrifft die Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz).

Wohl das wichtigste Urteil der vergangenen beiden Jahre stellt fest, dass die deutschen Krankenkassen keine Unternehmen nach Art 81 EG sind, daher auch keine marktbeherrschende Stellung missbrauchen können. Im Speziellen wird ihnen dadurch gestattet, Festbeträge bei der Arzneikostenerstattung festlegen zu dürfen (AOK und andere, C-264/01, Urteil vom 16. März 2004).

Der Kern des Urteils liegt im Folgenden:

Im Bereich der sozialen Sicherheit hat der Gerichtshof entschieden, dass bestimmte Einrichtungen, die mit der Verwaltung gesetzlicher Kranken- und Rentenversicherungssysteme betraut sind, einen rein sozialen Zweck verfolgen und keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben. Dies ist der Fall bei

Krankenkassen, die nur die Gesetze anwenden und keine Möglichkeit haben, auf die Höhe der Beiträge, die Verwendung der Mittel und die Bestimmung des Leistungsumfangs Einfluss zu nehmen. Denn ihre auf dem Grundsatz der nationalen Solidarität beruhende Tätigkeit wird ohne Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt, und die Leistungen werden von Gesetzes wegen und unabhängig von der Höhe der Beiträge erbracht.

Ein weiteres bedeutendes Urteil (DocMorris) stellt fest, dass ein Mitgliedstaat den Internet-Versandhandel mit rezeptpflichtigen Arzneien untersagen kann (C-322/01, Urteil vom 11. Dezember 2003).

Demgegenüber steht eine Flut an Erleichterungen bzw. Liberalisierungen: In elf Fällen geht es um die teilweise Erleichterung von grenzüberschreitender Anerkennung von Arzneimitteln und Generika, in sechs Fällen werden Krankenversicherer in Erweiterung des Kohll/Decker-Urteils dazu verpflichtet, die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen unter bestimmten Bedingungen zu ersetzen (das betrifft u. a. die Pflegeversicherung, Heilkuren, biomedizinische Laboranalysen, Krankenhausaufenthalte und ambulante Leistungen), und in einem Fall geht es um die Anerkennung von Ärzteausbildungen im Ausland. Dann gibt es noch acht weitere Urteile, die nur am Rande das Gesundheitswesen betreffen, da es um die Liberalisierung von Nahrungsergänzungsmitteln geht.

Die EuGH-Rechtsprechung leistet also tendenziell der Entwicklung Vorschub, dass die nationalen Gesundheitssysteme als lukrative Zukunftsmärkte gesehen werden, die profitable Betätigungsfelder für Versicherungskonzerne und private Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen bieten.⁹ Nicht in Frage gestellt ist dabei (noch) die Selbstverwaltung der Krankenkassen: Solange sie sich auf den Solidargedanken stützen, werden sie nicht als Unternehmen und damit auch nicht als Nachfragekartell aufgefasst. Das bedeutet aber im Umkehrschluss, dass ein Abbau von Solidarelementen (wie zum Beispiel Wettbewerb zwischen Krankenkassen, Aufsplittung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen, aber auch vermehrte Selbstbehalte) die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass auch die Krankenkassen selbst dem Binnenmarktrecht unterworfen werden.

Dies wird auch von Mühlenbruch und Schmidt (2004, S. 174) bestätigt: „Festgehalten hat der EuGH aber auch an dem Grundsatz, dass es keine generelle Befreiung von den Bindungen des EGV im Bereich des Sozialen gibt, sondern dass nur bei Erfüllung bestimmter Kriterien hinsichtlich der Ausgestaltung eines Systems der sozialen Sicherung bestimmte Bindungen entfallen. Damit hängt die Zulässigkeit monopolistisch organisierter Sozialversicherungssysteme von der konkreten Ausgestaltung ab und kann sich hinsichtlich der Krankenkassen in Abhängigkeit von den zugewiesenen Aufgaben und der Art und Weise ihrer Organisation verändern. Orientiert sich die Aufgabenwahrnehmung künftig stärker an marktlichen Elementen, kann es zu einer anderen Einschätzung kommen.“

2.2 Vorrang des betriebswirtschaftlichen Denkens

Die Sparzwänge, die aus dem Maastrichter Vertrag und dem Stabilitäts- und Wachstumspakt resultieren, tun ihr Übriges, um die Ziele Wirtschaftlichkeit und Effizienz gegenüber Solidarität und Gerechtigkeit zu priorisieren.

Neben der EU-Liberalisierungspolitik sind es auch die Bemühungen im Rahmen von WTO und GATS, die veränderte Bedingungen für Gesundheitsdienstleister und -konsumentInnen schaffen:

„The changing conditions of global trade have raised important challenges for public health, including privatization and reduction of public services; reduced sovereignty of governments in regulating services, medications, equipment, and economic activities that affect occupational and environmental health; and enhanced power of multinational corporations and international financial institutions in policy decisions. Processes that link global trade and health often occur silently, with little attention or representation by legislators, the public media, and health professionals.“¹⁰

So werden rentable öffentliche Einrichtungen privatisiert, Leistungen ausgegliedert, es wird rationalisiert, und Eigenbeteiligungen werden erhöht.¹¹

Die medizinische Arbeit wird verbetrieblacht, sie wird in Schemata, Richtlinien etc. standardisiert. Dadurch werden medizinische Dienstleistungen zunehmend formalisiert und bürokratisiert, die patientInnenbezogenen Tätigkeiten nehmen zugunsten Management und Verwaltung ab.

Fallpauschalen, Globalbudgets etc. sollen zu effizientem Ressourceneinsatz führen. In der Realität bedeutet der dadurch entstehende Druck häufig Personalabbau, Qualitätsminderung, Risikoselektion, zu frühe Entlassungen etc.

2.3 Privatisierung – Liberalisierung – Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Österreich

Auch wenn es wenig thematisiert wird, so ist es inzwischen eine Tatsache, dass die Ökonomisierung auch in Österreich Einzug gehalten hat: Insbesondere der Krankenhaussektor wurde in Österreich in den vergangenen Jahren wesentlich marktnäher gestaltet. So wurden in vielen Spitälern die Zuleistungen (wie Küche, Wäscherei, Putzdienste etc.) ausgelagert, Spitäler wurden in privatrechtliche Gesellschaften umgewandelt usw.

„Die Vamed Krankenhaus Management und Betriebsführungs-GesmbH (KMB), eine Tochter des österreichischen Spitalsdienstleisters Vamed, betreibt schon jetzt in öffentlichen Krankenhäusern wie dem Wiener AKH die komplette Infrastruktur wie Reinigung, Telefon, Energieversorgung und

Fuhrpark. Mietwäsche-Unternehmen machen bereits fast die Hälfte ihrer Umsätze im Gesundheitsbereich.¹²

Die zunächst sinnvoll erscheinenden Kostenreduktionen führen ihrerseits aber häufig wieder zu einem Konzentrationsprozess auf der Zuliefererseite:

„Im März 2004 erwarb etwa die Wiener Städtische Versicherung für rund 10 Millionen Euro 50 Prozent an der Diana-Gruppe, einer Betriebsgesellschaft von medizinisch-technischen Labors. Die Gruppe, die später in Futurelab umbenannt wurde, betreibt mehrere diagnostische Labors in Wien, ist auch in Tschechien tätig und will in Richtung Osteuropa expandieren. Diese Strategie passt zur Erwartung von Experten, die davon ausgehen, dass über kurz oder lang grenzüberschreitende Spitalsdienstleister entstehen, die aufgrund von Monopolstellungen ihrerseits den Druck auf die Krankenhausträger erhöhen können.“¹³

Aber auch Spitäler selbst werden verkauft bzw. ausgelagert.¹⁴ 2001 wurde das Kitzbühler Krankenhaus von der Gemeinde zu 74% an Helios verkauft. 2003 wurde versucht, für die steirische Krankenhausgesellschaft eine private Spitalsgesellschaft zu finden, die die Führung des Unternehmens übernehmen sollte. Seit Jahren läuft eine Debatte um die Privatisierung des Hanusch-Krankenhauses der Wiener Gebietskrankenkasse. In Österreich sind die aktivsten Konsortien die Vamed AG, die Humanomed-Gruppe, die HCC Krabag sowie Raiffeisen. Vielfach gibt es dann recht undurchschaubare Verflechtungen zu privaten Versicherungen, zu Baukonzernen, zu ausländischen Gesundheitskonzernen (wie Helios, Fresenius, Siemens etc.).

Noch deutlich dynamischer als der Krankenhausbereich wächst der Bereich der Alten- und Pflegebetreuung. Die Kräutergarten-Gruppe, Senecura, Humanocare (eine Schwesterfirma der Humanomed) sind einige der in Österreich aktiven Pflegeheimbetreiber. Die ambulante Pflege erfolgt insbesondere in Ostösterreich zu einem erheblichen Teil über halb legale Pflegekräfte aus Osteuropa.

Welche Auswirkungen haben die Privatisierungstendenzen auf die Kosten, auf die Qualität der Leistung und auf die Beschäftigung? Da es sich hier um einen graduellen Prozess handelt, der noch wenig untersucht ist, lassen sich nur qualitative Einschätzungen machen.

Die oft zitierte, angeblich höhere Effizienz privater Spitäler lässt sich mit schlechteren Kollektivverträgen, mit Fehlen von Ausbildungsstätten und Pflegeschulen und nicht zuletzt mit Rekrutierung von Pflegepersonal aus Pflegepools erklären.¹⁵ Das Pflegepersonal wird nicht mehr angestellt, sondern bietet „selbstständig“ über Vermittlungsstellen – die so genannten (oft illegalen) Pflegepools – ihre Arbeit an, meist neben einer gesicherten Arbeit in einem der öffentlichen Spitäler (was dort dann häufig zu vermehrten Krankenständen, *Burn out*-Syndrom etc. führt).

Die Erfahrungen der USA und inzwischen auch Deutschlands zeigen, dass mit dem Kostendruck auch der Konzentrationsdruck steigt. Dies geht nicht immer einher mit einer effizienten Bettenbewirtschaftung (wenige Schwerpunktspitäler und eine gut ausgebaute Grundversorgung), da auch hier betriebswirtschaftlich und nicht volkswirtschaftlich gedacht wird.

Devereaux et al. (2002) zeigten für die USA in einer groß angelegten Meta-Studie (in der Studien für mehr als 26.000 Spitäler und 38 Mio. PatientInnen erfasst wurden), dass die Sterblichkeitsrate in gewinnorientierten Privatspitälern um 2% höher als in nicht-gewinnorientierten ist. Sie erklären dies damit, dass im Gegensatz zu gemeinnützigen Organisationen gewinnorientierte Spitäler auch eine Gewinnmarge für ihre Investoren abwerfen müssen. Dadurch steigt der Kostendruck, das Personal ist weniger qualifiziert:

„Considering these issues one might feel concern that the profit motive of private for-profit hospitals may result in limitations of care that adversely affect patient outcomes. Our results suggest that this concern is justified. Studies included in our review that conducted an analysis adjusting for disease severity, and another analysis with further adjustment for staffing levels, support this explanation for our results. The private for-profit hospitals employed fewer highly skilled personnel per risk-adjusted bed.“¹⁶

In einer Folgestudie zeigte ein weiteres AutorInnenteam rund um Philip Devereaux (2004), dass nicht nur die *Performance* privater gewinnorientierter Spitäler in den USA schlechter seien als im gemeinnützigen Sektor, sondern dass gleichzeitig auch die Preise höher seien, wiederum mit der Erklärung, dass die privaten Investoren zu bedienen seien:

„Our pooled analysis [...] demonstrated statistically significant higher payments for care at private for-profit hospitals [...]. The likely explanation is the necessity to generate revenues to satisfy investors, a requirement absent in private not-for-profit hospitals. Private for-profit hospitals are also burdened with a 6% absolute increase in the proportion of hospital spending devoted to administration as compared with private not-for-profit hospitals. Further executive bonus incentives are over 20% higher at private for-profit than at private not-for-profit hospitals.“¹⁷

Private Gesundheitsdienstleister tendieren weiters zu PatientInnenselektion. Dieses Problem ist bereits aus den USA und Deutschland bekannt. Die Tatsache, dass in Österreich der durchschnittliche Punktwert pro Fall (in der LKF wird jedem Diagnosefall je nach Komplexität ein Punktwert zugewiesen, der dann abgerechnet wird) in öffentlichen Spitälern höher ist als in privaten, verstärkt ebenfalls den Verdacht, dass sich private Spitäler eher die leichteren Fälle „herauspicken“.¹⁸

2.4 Vor- und Nachteile von *Public-Private-Partnerships*

Von vielen Seiten werden *Public-Private-Partnerships* propagiert. Die Modelle reichen dabei von Betriebsführungsmodellen, wo ein privates Unternehmen auf Basis eines Managementvertrags im Namen und auch Rechnung der öffentlichen Hand eine Krankenanstalt führt, bis hin zu Betreibermodellen, wo der öffentliche Haushalt private Betreiber mit dem Bau, der Planung, der Finanzierung und dem Betrieb der Anlage beauftragt. Je höher die Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand bleiben, umso geringer sind die Budgetentlastungsmöglichkeiten. Bei PPP schließen sich öffentliche und private Partner zum wechselseitigen Vorteil zusammen. Bei der Verfolgung gemeinsamer Ziele steuert jeder Partner seine Erfahrung bei. Einsatzfelder sind dabei nicht nur das Krankenhaus, sondern ebenso die Pflege, die Pharmabranche, die Biotechnologie, gesundheitliche bzw. medizinische Informationstechnologie etc.

Als Vorteile werden genannt:¹⁹

- Entlastung des Finanzhaushaltes;
- verstärkte Gesamtoptimierung (dies betrifft die komplexeren PPP-Modelle wie Konzessions- oder Betreibermodell);
- Möglichkeit der Effizienzsteigerung (dies basiert einerseits auf der Hypothese der Überlegenheit der Privatwirtschaft gegenüber dem öffentlichen Sektor, andererseits auf der besseren Ausnutzung von Synergieeffekten);
- Risikotransfer zum privaten Partner;
- neueste Technologie und Managementenerfahrung;
- geringerer Einfluss der Politik (dies wird wohl nur von manchen als Vorteil gesehen werden);
- Kundenorientierung (Privaten wird hierbei eine größere KundInnenorientierung nachgesagt als dem Staat);
- straf- und zivilrechtliche Entlastung.

Gleichzeitig wird aber eine Anzahl von Kritikpunkten angeführt:²⁰

- höhere Finanzierungskosten bei Großinvestitionen (da die öffentliche Hand bessere Finanzierungsbedingungen hat);
- aufwändige Projektvorbereitung (die Erfahrungen z. B. in Großbritannien zeigen, dass die Ausschreibungszeiten sehr lang sind);
- Unsicherheit bei Vergabe und Wettbewerbsregeln der EU;
- Erfordernis der Erstellung komplexer Regelungen (es bedarf umfangreicher Verträge, wie die Risiken aufgeteilt werden, wie Tarife, Ertragsbegrenzungen etc. festgelegt werden, welches Mindestangebot zu erbringen ist etc. – insofern dürften PPP entgegen dem oben genannten Vorteil der rechtlichen Entlastung sehr zur Freude der Wirtschaftsanwälte sein);

- Gefahr der Benachteiligung der öffentlichen Hand bei Risiko- und Ertragsteilung;
- wachsender Einfluss der privaten Akteure bei der Erstellung öffentlicher Leistungen und damit verbunden Verlust an öffentlicher bzw. demokratischer Kontrolle.

All diese Kritikpunkte haben 2001 den britischen Rechnungshof zur Feststellung veranlasst, dass die Langzeitwirkungen von PPP-Projekten mit Laufzeiten bis 35 Jahren noch nicht abschätzbar wären.

Wie bei allen Privatisierungsmaßnahmen öffentlicher Dienstleistungen im allgemeinen Interesse stellt sich die Frage, wie sehr die Versorgungssicherheit in guter Qualität garantiert werden kann, ob es nicht zu „Rosinenpicken“ kommt (nur ertragreiche Projekte werden private Partner finden) und ob die Projekte nicht überdimensioniert sind (Ferrari-Syndrom). Auch wenn es sich um eine Partnerschaft mit der öffentlichen Hand handelt, hat jeder private Unternehmer alles andere als altruistische Motive. Unternehmen sind ihren *shareholders* verantwortlich und nicht den *stakeholders* (im Gesundheitswesen also den PatientInnen). Wie schwierig es ist, private Partner zu finden, wenn die öffentliche Hand sich ein hohes Maß an Einflussmöglichkeit bewahren will, hat die erfolglose Suche der landeseigenen Krankenhausgesellschaft Kages nach einer privaten Spitalsgesellschaft, die die Führung des Unternehmens übernehmen sollte, gezeigt.²¹ Eigentümer sollte das Land Steiermark bleiben, das neue Management durfte keine Standorte schließen, die Personalhoheit sollte beim Land verbleiben. Noch während des Bieterverfahrens zogen sich Sana/Humanomed und Vamed/Wittgenstein Kliniken aufgrund der eingeschränkten Gestaltungsmöglichkeiten zurück, sodass schlussendlich die Kages für die Spitäler Geschäftsführer anstellte und lediglich mit der HCC Krabag (ein Unternehmen von Christian Köck, Hans-Peter Haselsteiner und der Raiffeisen LB NÖ-Wien) einen gut dotierten Beratervertrag abschloss.

3. Was sind die Alternativen?

Es gibt im Prinzip zwei Möglichkeiten, auf diese Ökonomisierung zu antworten: Entweder schlägt man die Debatte mit ihren eigenen Waffen, in dem man ökonomische Argumente dafür anführt, wieso ein solidarisches, öffentliches Gesundheitswesen Pareto-effizient ist. Oder man wählt einen bewusst „unökonomischen“ Weg und argumentiert mit Werturteilen: Gesundheit als unverzichtbares Gut darf nicht ökonomischen Zwängen unterworfen werden. Gesundheit muss einfach leistbar sein.

Es soll hier eher versucht werden, den ersten Weg zu gehen. Will man, dass Menschen solidarisch sind und sich verantwortlich zeigen, so müssen sie auch etwas davon haben.

3.1 Gesundheitspolitische Kompetenzen für die EU?

Im europäischen Kontext kann man sich dabei auf den Vertrag von Amsterdam berufen, in dem es in Art 152, Abs. 1 im ersten Satz heißt:

„Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“

Damit wird der Gesundheitsschutz zur verpflichtenden Querschnittsmaterie aller Politikbereiche, wobei aber die Mitgliedstaaten volle Verantwortung für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Verantwortung haben.²² Im September 2002 wurde dann das „Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ für die Jahre 2003 bis 2008 veröffentlicht. Hier wurden vor allem verbesserte Informationsflüsse und Koordination festgelegt und der Gesundheitsförderung und Prävention großer Stellenwert beigemessen:

„Das Programm soll auf diese Weise dazu beitragen, dass

- a) durch die Förderung einer integrierten und sektorübergreifenden Gesundheitsstrategie bei der Festlegung und Durchführung sämtlicher Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt wird,
- b) Ungleichheiten im Gesundheitsbereich abgebaut werden und
- c) die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den unter Artikel 152 des Vertrags fallenden Bereichen gefördert wird.“²³

Die Ausführungen haben aber deutlich gezeigt, dass der EuGH die Gesundheitspolitik stark beeinflusst. Dem muss koordiniert entgegengewirkt werden:

„Will man die Gestaltung der Gesundheitspolitik nicht dem binnenmarkt-orientierten Richterrecht überlassen, bedarf es aktiver politischer Gestaltungsprozesse auch auf der europäischen Ebene. Ohne eine Verankerung gesundheitspolitischer Ziele in den europäischen Verträgen wird sich die auf die Mechanismen des Marktes zugeschnittene Entwicklung der Europäischen Union fortsetzen.“²⁴

Territoriale Grenzüberschreitungen im Gesundheitswesen sind nicht rundweg abzulehnen. Notwendige Bedingung ist allerdings, eine Dequalifizierungsspirale und eine Ausnutzung der finanziellen Ressourcen eines Systems zugunsten eines anderen zu verhindern. So findet sich beispielsweise im Peerbooms-Urteil die Erkenntnis, dass nationale Versicherungen sich bei der Ausgestaltung ihrer ambulanten und stationären Leistungskataloge nicht allein von nationalen Maßstäben leiten lassen dürfen: Man kann daraus auch die Hoffnung ableiten, dass in diesem Rechtsrahmen medizinisch hervorragende Standards schneller in die Leistungskataloge der nationalen Kassen diffundieren und damit die Leistungsfähigkeit aller europäischer Gesundheitssysteme verbessert wird.²⁵ Ebenso bedeutet die Aufweichung des Territorialprinzips auch im statio-

nären Sektor, dass gerade in Grenzgebieten effiziente grenzüberschreitende Anbieternetzwerke entstehen könnten, in dem die stationären Kapazitäten aufeinander abgestimmt werden. Damit es nicht zu fiskalischen Ungleichgewichten kommt, bräuchte es hier allerdings geeignete Kostenverrechnungs- und Transfermechanismen.²⁶

Allerdings bedeuten diese Entwicklungen, dass bislang gebräuchliche Steuerungsinstrumente der Krankenkassen wie Budgets, Zulassungsbeschränkungen oder Vorschriften zur Qualitätssicherung etc. in ihrer Leistungsfähigkeit geschwächt werden, da ausländische Anbieter nicht an sie gebunden sind:

„Hier sind die gesundheitspolitisch Verantwortlichen gefordert, europataugliche und systemverbessernde Lösungen zu finden.“²⁷

Nur auf die Methode der offenen Koordinierung zu setzen, ist sicherlich zu wenig. Dies haben die Erfahrungen aus der Beschäftigungs- und Armutsbekämpfungspolitik deutlich gezeigt. Es geht vielmehr darum, dem Lissabon-Ziel des „größeren sozialen Zusammenhalts“ auf europäischer wie auf nationaler Ebene zum Durchbruch zu verhelfen. Das bedeutet, dass mehr Grenzüberschreitung im Gesundheitswesen nur mit hoher Planungs- und Steuerungskompetenz auf EU-Ebene einhergehen kann. Ob Nationalstaaten hier Kompetenzen delegieren wollen, wird davon abhängen, wie sehr hohe Qualitätsstandards auch auf EU-Ebene gelten sollen.

Auch Busse (2004, S. 78) sieht die Zukunft in der europäischen Koordination. Die in der Grundrechtscharta aufgestellte Forderung „Jeder Mensch hat das Recht auf Zugang zur Gesundheitsvorsorge und auf ärztliche Versorgung“ sollte nicht einfach nur nach Maßgabe der einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und Gepflogenheiten interpretiert werden. Vielmehr bedarf es eines europäischen Mindestleistungskatalogs, europaweiter Akkreditierung von Krankenhäusern und ÄrztInnen und vor allem EU-weit einheitlicher Leitlinien.

3.2 Reformen auf der Finanzierungsseite

Die konservative Antwort auf die Probleme des Gesundheitswesens ist: Die Lohnnebenkosten, über die derzeit die Sozialversicherung finanziert wird, müssen gesenkt werden. Da aber gleichzeitig nicht die Ausgaben für den Wachstumsbereich Gesundheit zu stark eingeschränkt werden dürfen, muss zunehmend auf die Versicherten selbst und insbesondere auf die Kranken zurückgegriffen werden. Dies ist unsolidarisch und ist der sicherste Weg in eine Zweiklassengesellschaft. Demgegenüber müssen von progressiver Seite Ansätze unterstützt werden, die Solidarität und Wettbewerb nicht als Widerspruch sehen.

Solidarische Finanzierung kann nicht heißen, dass Selbstbehalte erhöht werden, sondern vielmehr, dass all jene, die von einem guten Gesund-

heitswesen profitieren, auch Finanzierungsverantwortung haben. Das bedeutet, dass die Finanzierungsbasis erweitert werden muss auf alle Einkommensarten. (Die Vorschläge reichen hier von der in Österreich diskutierten Wertschöpfungsabgabe bis hin zur deutschen Bürgerversicherung.)

Auf der Finanzierungsseite, sprich bei den Krankenkassen, ist den Bestrebungen nach mehr Wettbewerb ein Riegel vorzuschieben. Das Urteil AOK u. a. hat deutlich gezeigt, dass eine solidarische Finanzierung untrennbar mit der Nicht-Unternehmens-Eigenschaft verbunden ist. Diese gilt es zu schützen.

3.3 Qualitätswettbewerb unter den Leistungsanbietern

Unter den Leistungsanbietern ist Wettbewerb hingegen denkbar, allerdings in Form von Qualitätswettbewerb. Abrechnungssysteme müssen dahingehend reformiert werden, dass sie Anreize bieten, gute Qualität für alle zu bieten. PatientInnen müssen wesentlich besser informiert werden, sowohl über Art und Umfang der erbrachten Leistungen als auch über die dadurch entstehenden Kosten. Qualitätssicherung und -kontrolle müssen wesentlich stärker ausgebaut werden: Qualitätssicherung (z. B. *Health Technology Assessment*)²⁸ erhöht Effizienz wie Effektivität im Gesundheitswesen und sollte daher flächendeckend eingesetzt werden. Weiters müssen PatientInnenrechte deutlich gestärkt werden.

Qualitätssicherung und Sicherung des universalen Zugangs hängen jedenfalls eng miteinander zusammen, will man nicht eine Zwei-Klassen-Medizin.

3.4 Einsparungspotenziale durch Transparenz und Koordination

Die Gesundheitspolitik muss ihre Ziele wesentlich transparenter machen: In Sonntagsreden zu behaupten, Gesundheit sei unbezahlbar und das höchste Gut, ist in Zeiten knapper Mitteln und komplexer Zielfunktionen naiv und fast schon unehrlich. Leistungskataloge, die darstellen, was in welchem Umfang von der solidarischen Krankenversicherung abgedeckt wird, sind ein Instrument der Transparenz. Wenn sie unter Zuhilfenahme moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse demokratisch erstellt werden und garantieren, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht systematisch ausgeschlossen werden, ist gegen diese Form der Rationierung nicht unbedingt etwas einzuwenden. (Sowohl Schweden als auch die Slowakei haben gute Erfahrungen damit gemacht.)

Wie im ersten Abschnitt ausgeführt wird, dürften die höchsten Einsparungspotenziale bei der Verbesserung der Schnittstellen liegen. Eine bessere Koordination zwischen ambulantem und stationärem Bereich wäre zum Wohle der PatientInnen, gleichzeitig aber auch ausgabendämpfend.

Spitalsreformen können also nur dann zielführend sein, wenn gleichzeitig eine leistungsfähige ambulante Pflege und eine integrative Versorgung aufgebaut werden.

Notwendig dafür ist ein koordinierter österreichweiter Versorgungsplan. Dafür braucht es eine übergeordnete Planungsagentur, um Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung in eine Hand zu bringen. Nicht sinnvoll erscheint in diesem Zusammenhang die Schaffung neuer Bürokratien (Gesundheitsagenturen), die nur wenig verschleiert der Machtverschiebung („Umfärbung“) dienen. Zielführender wäre eine Stärkung der Sozialversicherung – sie ist bereits heute der wichtigste Akteur im Gesundheitswesen und ist den Grundsätzen der solidarischen Finanzierung verpflichtet.

Selbstverständlich lässt sich über Reformen in der Bettenbewirtschaftung diskutieren. Es dürften aber eher Umschichtungen als Abbau von Betten notwendig sein. Österreich hat ein nicht mehr zeitgemäßes Verhältnis von Akut- und Pflegebetten, hier muss es zu Umwidmungen kommen. Regionale Spitäler dürfen nicht als Prestigeobjekte von Landeshauptleuten missbraucht werden, sondern sollten auch österreichweit koordiniert geplant werden, um überall eine rasch erreichbare Grundversorgung zu gewährleisten. Spezialbehandlungen können hingegen auf bestimmte Kompetenzzentren konzentriert sein, wodurch die Qualität seltener Operationen steigen sollte. (Wenn bestimmte Operationen in einem Spital höchstens einmal im Jahr durchgeführt werden, steht zu befürchten, dass dem ÄrztInnenteam die dafür notwendige Routine fehlt.)

Spitäler sind in den Regionen wichtige Arbeitgeber. (In Kärnten beispielsweise hat allein das Krankenhaus Klagenfurt mit 4.500 MitarbeiterInnen mehr als doppelt so viele Beschäftigte wie der größte Industriebetrieb des Landes, die Infineon.) Es verwundert daher nicht, wenn über Bettenabbau oder gar Spitalsschließungen immer heftige Kämpfe entstehen. Nicht unerheblich dürfte hier auch die Rolle der PrivatpatientInnen sein, wie Rümmele (2005, S. 155) eingängig ausführt:

„Privatversicherungen zahlen nämlich für Sonderklassepatienten kaum an das Spital, sondern hauptsächlich an den Primararzt. Der muss für gewöhnlich mit seinen Untergebenen und dem Krankenhaus teilen. [...] Ärztekammer und Experten schätzen, dass die den Ärzten zufließenden Beträge 30 bis 35 Prozent aller ärztlichen Einkommen im stationären Bereich ausmachen. Je mehr Privatpatienten ein Arzt also anlockt, umso besser für ihn, aber auch für das Spital, das mitnascht. [...] Damit es aber nicht so weit kommt, dass Spitäler Privatpatienten bevorzugen, hat der Gesetzgeber eine folgeschwere Barriere errichtet: Das Krankenanstaltengesetz legt fest, dass in einem gemeinnützigen Krankenhaus maximal ein Viertel aller Betten zur Sonderklasse gehören darf. Wer also möglichst viele profitable Sonderklassebetten haben will, muss auch die Gesamtzahl

der Betten hoch halten.“

Wichtig ist ein bewusster Umgang mit Medikamenten. Dabei sind sowohl Kostenbewusstsein als auch gesundheitliches Bewusstsein gefragt. Ideen wie das „Grüne Rezept“ (statt Medikamenten werden alternative Behandlungswege „verschrieben“) oder das „Boxensystem“ (ein Erstattungsmodell, das eine phasenweise Erstattung, je nach medizinischem Mehrnutzen, vorsieht) sollten dabei vorangetrieben werden. Natürlich sind auch Generika zu fördern, wobei darauf zu achten ist, dass hier nicht wieder eine ganz neue Lobby unterstützt wird.

Ganz wesentlich ist ein Ausbau der Prävention. Derzeit ist Prävention eine Kann-, aber nicht eine Muss-Aufgabe der Sozialversicherung. Dies mag kurzfristig kostengünstiger wirken, längerfristig entstehen durch mangelnde Prävention aber hohe individuelle und gesamtwirtschaftliche Folgekosten. Für eine effektive Prävention ist auch ein umfassender Auftrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig.

Insgesamt lassen die demographischen Trends vermuten, dass Gesundheit, insbesondere, wenn auch die geriatrische Langzeitpflege miteinbezogen wird, in Zukunft mehr kosten wird.²⁹ Das bedeutet eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, der sich eine wohlhabende Gesellschaft stellen kann und muss. Schließlich leistet, um den Argumentationskreis zu schließen, ein gutes Gesundheitssystem den wesentlichsten Beitrag zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, was wiederum als Standortfaktor einen hohen externen Nutzen hat.

4. Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen ist wie viele andere Bereiche öffentlicher Dienstleistungen immer mehr einer Ökonomisierung ausgesetzt. Nicht zuletzt der EuGH und sein Forcieren von Binnenmarktrecht spielen hier eine treibende Kraft jenseits von demokratischen Entscheiden. Auch in Österreich nehmen Liberalisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen stark zu, ohne dass die Öffentlichkeit allzu viel davon merkt. Dabei bestehen große Risiken in Bezug auf Qualität, universalen Zugang, volkswirtschaftliche Kosten etc.

Die Alternativen dazu könnten heißen: Eine nachhaltige öffentliche Gesundheitspolitik muss ihre Ziele und auch deren Beschränkungen transparent darlegen. Leistungs- und Finanzierungsverantwortung müssen zusammengeführt werden. Dafür bietet sich eine deutliche Aufwertung der Sozialversicherung an. Und schließlich muss es auf der Anbieterseite statt Preiswettbewerb Qualitätswettbewerb geben.

Anmerkungen

- ¹ Siehe auch Stepan, Sommersguter-Reichmann (2000) 26.
- ² Hofmarcher et alii (2003) 14; Pochobradsky et alii (2002).
- ³ Siehe Probst (2003) 54.
- ⁴ AG Alternative Wirtschaftspolitik (2002) 3.
- ⁵ Streissler (2003) 279.
- ⁶ Schmucker (2003) 18.
- ⁷ Ebendort 21.
- ⁸ Ebd. 5.
- ⁹ Ebd. 33.
- ¹⁰ Shaffer (2005) 33.
- ¹¹ Siehe auch Deppe (2002) 108.
- ¹² Rümmele (2005) 132f.
- ¹³ Ebendort 133.
- ¹⁴ Siehe Rümmele (2005).
- ¹⁵ Siehe Streissler (2003).
- ¹⁶ Devereaux et al. (2002) 1405.
- ¹⁷ Devereaux (2004) 1822f.
- ¹⁸ Rümmele (2005) 137.
- ¹⁹ Rupp (2004).
- ²⁰ Ebenfalls Rupp (2004), man findet sie aber auch beispielsweise in den sehr angeregten Internet-Diskussionen in Kanada über PPP-Modelle.
- ²¹ Siehe Rümmele (2005) 35f.
- ²² Schmucker (2003) 9ff.
- ²³ Europäische Gemeinschaft (2002) 6.
- ²⁴ Schmucker (2003) 37.
- ²⁵ Jasper, Tostmann (2003) 365.
- ²⁶ Ebendort 367.
- ²⁷ Ebd. 368.
- ²⁸ Health Technology Assessment (HTA) befasst sich mit der Bewertung von medizinischen Verfahren und Technologien und deren Auswirkungen auf die Gesundheit und das Gesundheitssystem.
- ²⁹ Siehe z. B. Hofmarcher-Holzhacker (2004).

Literatur

- AG Alternative Wirtschaftspolitik, Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung. [online] Sondermemorandum (Universität Bremen, Bremen 2002); www.memo.uni-bremen.de/docs/sm0213.pdf (heruntergeladen Dezember 2004).
- Busse, Reinhard, EU-Gesundheitspolitik: der Gründungsvertrag, der Europäische Gerichtshof, die Verfassung und die offene Methode der Koordinierung, in: Meggeneder, Oskar (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens (Frankfurt 2004) 67–78.
- Deppe, Hans-Ulrich, Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland (2. Auflage, Frankfurt 2002).
- Devereaux, Philip J.; et alii, A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals, in: Canadian Medical Association Journal 166/11 (2002) 1399–1406.
- Devereaux, Philip J.; et alii, Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis, in: Canadian Medical Association Journal 170/12 (2004) 1817–1824.

- Europäische Gemeinschaft, Beschluss Nr. 1786/2002/EG des europäischen Parlaments und des Rates vom 23. September 2002 über ein Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit (2003-2008), in: Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft L 271 (Brüssel, 9. 10. 2002).
- Hofmarcher, Maria; et alii, Diagnose Armut?, in: Health System Watch III (IHS, Wien 2003).
- Hofmarcher-Holzhacker, Maria, Is health care expenditure susceptible to health policy? An econometric evaluation of determinants of Austrian health care expenditure, in: Megeneder, Oskar (Hrsg.), Reformbedarf und Reformwirklichkeit des österreichischen Gesundheitswesens (Frankfurt 2004) 149-163.
- Jasper, Jörg; Tostmann, Ralf, Die Bedeutung der EuGH-Rechtsprechung für die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in der EU, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 52/3 (2003) 353-379.
- Mühlenbruch, Sonja; Schmidt, Tillmann, Zur Einordnung der Tätigkeit von Krankenkassen hinsichtlich europäischem Wettbewerbsrecht und Dienstleistungsfreiheit, in: ZESAR 4 (2004) 171-174.
- OECD, Health at a Glance (OECD, Paris 2003).
- Pochobradsky, Elisabeth; et alii, Soziale Ungleichheit und Gesundheit (ÖBIG, Wien 2002).
- Probst, Josef, Die aktuelle Situation des österreichischen Gesundheitssystems, Finanznot und Handlungsbedarf, in: Soziale Sicherheit 2 (2003) 49-56.
- Rupp, Bernhard, Public Private Partnership-Modell im Gesundheitswesen (=Vortrag für die „Plattform für Gesundheitsökonomie“, Wien, 5. Mai 2004, PowerPoint-Präsentation [online]); <http://www.telemedizin.at/platform/download/Rupp-PPP%20im%20Gesundheitswesen1.pdf> (heruntergeladen Februar 2005).
- Shaffer, Ellen R., Global Trade and Public Health, in: American Journal of Public Health 95/1 (2005) 23-34.
- Schmucker, Rolf, Europäische Integration und Gesundheitspolitik (=Arbeitspapier Nr. 23 [online], Institut für Medizinische Soziologie, Frankfurt 2003); www.labournet.de/diskussion/wipo/gesund/schmucker.pdf (heruntergeladen Dezember 2004).
- Stepan, Adolf; Sommersguter-Reichmann, Margit (2000); [online] <http://www.ibag.tu-wien.ac.at/ibwl/lehre/kassel-06-2002.pdf> (heruntergeladen März 2005).
- Streissler, Agnes, Frauen als Leistungsträgerinnen des Gesundheitswesens, in: Wirtschaft und Gesellschaft 29/2 (2003) 247-285.
- Streissler, Agnes, Das österreichische Gesundheitswesen – Eine ökonomische Analyse aus interessenpolitischer Sicht (=Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft 89, Arbeiterkammer Wien; Wien 2004).
- Suchanek, Andreas; Friederich, Dominique, Rationale Gesundheitspolitik, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung 195 (23. August 2003) 13.

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen ist wie viele andere Bereiche öffentlicher Dienstleistungen immer mehr einer Ökonomisierung ausgesetzt. Nicht zuletzt der EuGH und sein Forcieren von Binnenmarktrecht spielen hier eine treibende Kraft jenseits von demokratischen Entscheidungen. Auch in Österreich nehmen Liberalisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen stark zu, ohne dass die Öffentlichkeit allzu viel davon merkt. Dabei bestehen große Risiken in bezug auf Qualität, universalen Zugang, volkswirtschaftliche Kosten etc.

Die Alternativen dazu könnten heißen: Eine nachhaltige öffentliche Gesundheitspolitik muss ihre Ziele und auch deren Beschränkungen transparent darlegen. Leistungs- und Finanzierungsverantwortung müssen zusammengeführt werden – dafür bietet sich eine deutliche Aufwertung der Sozialversicherung an. Und schließlich muss es auf der Anbieterseite statt Preiswettbewerb Qualitätswettbewerb geben.