

Claudia Naumann

Tendenzen im österreichischen Gesundheitswesen

Referat am 3.12.05 beim Gesundheitsworkshop der Rosa Luxemburg Stiftung Berlin

- I. Österreichisches Gesundheitswesen:
Einige österreichische Eckdaten, Grundzüge der Liberalisierung, Besonderheiten der Finanzierung und Privatisierungstendenzen
 - II. Wer sind die Privaten?
 - III. Aktuelle Reformen
 - IV. Beginnende Diskussionen über Alternativen
 - V. SocialAttac Gesundheit
 - VI. Ein paar Quellen- und Literaturhinweise, Links
- Anhang • Fair Steuern - Gesundheit für Alle – Folder von SocialAttac Gesundheit – Juni 2005

I. - Österreichisches Gesundheitswesen:

Einige österreichische Eckdaten, Grundzüge der Liberalisierung, Besonderheiten der Finanzierung und Privatisierungstendenzen

Von den rund 8 Millionen EinwohnerInnen Österreichs sind nahezu alle, nämlich 97 %, in einer der Sozialversicherungen (Krankenkassen) versichert. Grundlage des Systems in Österreich ist die Pflichtversicherung, mit Anspruch auf alle Leistungen, die gesetzlich geregelt sind, ohne Zugangsbarrieren (im Unterschied zum System der Versicherungspflicht).

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP liegt laut OECD um 8 %, d.s. in absoluten Zahlen um 17 Milliarden Euro im Jahr 2002. (Das BIP (nominell) betrug 2002 216,8 Milliarden Euro. Der Anteil der Gesundheitskosten betrug 17.088 Millionen Euro oder 7,9% des BIP.)

Der Anteil am BIP ist seit Jahrzehnten konstant, je nach Berechnung um 8 % (OECD), nach anderen Berechnungen 9% (IHS) oder 11% (IWI). Die Berechnung des IHS mit 9 % dürfte am realistischsten sein, denn sie bildet die Kosten der Krankenhäuser ausreichend ab und schließt Doppelzählungen aus. Für den internationalen Vergleich sind jedoch die OECD-Zahlen relevant.

Die Leistung des Systems ist gemessen am OECD-Durchschnitt gut: Das österreichische Gesundheitswesen liegt in vielen Indikatoren von Public Health über dem OECD-Durchschnitt.

Die Gesundheitsausgaben steigen absolut, jedoch ist der Anstieg gering, von einer Kostenexplosion kann nicht die Rede sein. Die Steigerung hat außerdem auch positive Effekte in Bezug auf Wachstum und Beschäftigung. Im Österreichischen Gesundheitswesen sind rund 169.000 Personen direkt beschäftigt und weitere 180.000 Personen finden (als Vorlieferanten und Dienstleister im Gesundheitswesen) indirekt Arbeit.

Rund 70 % der Gesundheitsausgaben werden öffentlich finanziert. Anders gesagt: fast ein Drittel der Gesundheitsausgaben werden in Österreich privat bezahlt, wobei der Privatanteil eine steigende Tendenz zeigt. Dies liegt an Selbstgehalten, Privatversicherungen, rezeptfreien Medikamenten und Kosten für von den Kassen zurückgenommene Leistungen.

Die Finanzierungsprobleme des Gesundheitssystems resultieren auch in Österreich hauptsächlich aus Problemen auf der Einnahmenseite. Sinkende Lohnquoten und sinkende Erwerbsquoten führen zu einer Beitragseinnahmenerosion. Die Folge sind rasant wachsende Kassendefizite: im Jahr 2003 in der Höhe von 237 Mio. Euro.

Die traditionelle österreichische Gesundheitspolitik hatte einen sozialdemokratischen Ansatz: Gesundheit als öffentliches Gut, Sachleistungen, Finanzierung durch Umverteilung. Die Kritik galt dem bürokratischen Verwaltungsapparat und dem Demokratiedefizit des Systems.

Die österreichische Gesundheitspolitik änderte sich unter internationalen Einflüssen (Steuerwettbewerb, EU-Richtlinien), im Zuge einer restriktiven Budgetpolitik (Sparlogik im Gesundheitswesen) und mit politischer Hinwendung zu einem liberalen Gesundheitsmodell (schlanker Sozialstaat, Unternehmertum, Wettbewerb usf.).

Das liberale Gesundheitsmodell ist gekennzeichnet durch: Privatisierung, Ökonomisierung, Gesundheitsleistungen als Ware/Privateigentum (z.B. über vermehrte Selbstbehalte), Unternehmerkultur nach privatwirtschaftlichem Muster, Wettbewerb, Entdemokratisierung (betriebswirtschaftliche Effizienz entscheidet alles, wenig Spielraum für politische Aushandlung) und Entsolidarisierung: Selbstbehalte steigen, Leistungen werden reduziert, der Spardruck nimmt zu, die öffentliche Hand zieht sich zurück, es kommt zu Ausgliederungen und Privatisierungen und zu einer Mehr-Klassen-Medizin.

Gesundheit ist zudem ein Gut, bei dem die Nachfrage immer höher ist als das öffentliche Angebot. Bei den - eigentlich systemimmanenten - Rationierungen ist die Frage: nach welchen Kriterien wird rationiert, wer entscheidet das. Es besteht, verstärkt unter Bedingungen verknappter Mittel, Anfälligkeit für **Intransparenz, Betrug, Korruption**.

Eine Besonderheit des österreichischen Systems ist die **duale Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens**, nämlich durch Sozialversicherungssystem einerseits und die Länder andererseits. Sie führt zu den sog. **Verschiebeshöfen**.

Im niedergelassenen Bereich ist die Sache einfach: hier kommt die Sozialversicherung völlig für die Kosten auf. Im stationären Bereich erfolgt die Finanzierung der Krankenanstalten durch Landesfonds (mit Mitteln aus Sozialversicherung, Strukturfonds, Bund, Ländern und Gemeinden) und, soweit die Landesfondsmittel nicht ausreichen, durch die Eigentümer, was heute meist die Länder sind.

Der Aufwand der Österreichischen Spitäler wird seit 1997 nach LKF-Schema (Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung; d.h. nach einer Art Fallpauschalen) abgerechnet (und nicht mehr nach Belagstagen, wie davor). Dieser Aufwand nach LKF betrug im Jahr 2000 7.239 Millionen Euro. In diese Landesfonds zahlten 2000 ein: die Sozialversicherung ihren (wertgesicherten) Pauschalbetrag, was 2000 rund 61 % der Landesfondsmittel ausmachte, der Bund rund 24 %, der Strukturfonds um 19 %, die Länder um 3 % und die Gemeinden um 2%. Zusammen waren das im Jahr 2000 nur knappe 5 Milliarden Euro. Den Rest, das waren über 2 Milliarden Euro, mussten überwiegend die Krankenhausbetreiber aufbringen, während Selbstbehalte und Privatversicherungen der PatientInnen nur einen kleinen Teil ausmachen.

Klarerweise kommt es in Zeiten, wo Geld knapp wird, zu einem Gerangel zwischen Sozialversicherung und Ländern und zu den sogenannten Verschiebeshöfen: PatientInnen werden rascher aus dem Krankenhaus entlassen, weil sie im Spital den Ländern teuer kommen, und draußen die Krankenkassen zahlen. Operationsvorbereitungen und teure Untersuchungen werden systematisch ausgelagert, denn dann muss sie die Sozialversicherung zahlen. Für die PatientInnen ist das mühsam und die Krankenkassen, die ja auch in den Landesfonds einzahlen, zahlen doppelt. Bei der mangelnden Integration von stationärem und ambulantem Sektor muss das auch als Qualitätsverlust gesehen werden.

Ein anderer Verschiebeshof entsteht zwischen Spitälern und Pflegeheimen, weil die ersteren heute mehrheitlich den Ländern gehören, während die Pflegeheime meist den Gemeinden gehören. Wenn die Gemeinden Pflegeheimplätze verknappen, müssen stationär pflegebedürftige Menschen halt länger als sie Spitalsbehandlung brauchen, im Spital bleiben, das kommt die Gemeinden billiger.

Auslagerungen, sog. Outsourcing, betrifft neben Untersuchungen auch ganze Organisationseinheiten wie Küchen oder Wäschereien; oder sie werden zu **größeren Einheiten** zusammengefasst, wenn ein Träger mehrere Einrichtungen betreibt, wie im Fall der landeseigenen Spitalsgesellschaften.

Kennzeichnend für die österreichische Entwicklung ist die **Konzentration im stationären Bereich**:

Gemeinden geben (verkaufen) Spitäler an die Länder. Der Aufwand der Spitäler wird, wie gesagt, seit 1997 nach LKF-System abgerechnet und aus dem Topf des Landesfonds bezahlt, wobei die Verluste die Spitalsbetreiber zahlen müssen. Daher kam es zum Verkauf von Spitälern von den Gemeinden an die Länder: an die sog. **Spitalsgesellschaften, die den Ländern gehören**.

In Vorarlberg, Steiermark, Kärnten, Oberösterreich, Burgenland und Wien (Sonderfall, weil Land und Gemeinde), künftig auch in Niederösterreich, gehören bis auf wenige Gemeindespitäler alle dem Land. Nur in Salzburg und Tirol gibt es noch einige Gemeindespitäler. Länder können Kosten eher decken und Synergien besser nutzen.

Die Finanzierung wird zwischen Bund und Ländern geregelt, alle vier Jahre gibt es Finanzausgleichsverhandlungen zur Verteilung der Steuergelder.

Die Länder verfolgen in der Finanzierung **zunehmend PPP-Modelle (Public-Private-Partnerships)**: Alle neuen Spitäler werden über PPP finanziert und verpachtet ans Land, z.B. Vöcklabruck - Vamed und Raiffeisen, KH Nord in Wien wird auch so geplant.

Landesgesellschaften werden **vergesellschaftet**, bekommen eine eigene Rechtsform, meist GmbH (auch AG – in Oberösterreich), fallen dann nicht mehr unter Maastrichtkriterien. Die EU sagt, bei einer Gesellschaft in öffentlichem Eigentum, die nicht mehr unter Maastrichtkriterien gehört, sind die Schulden nicht mehr Schulden des Öffentlichen, d.h. es ist dann eine Firma und muss sich den Wettbewerbsregeln unterordnen. Frage ist z.B.: Darf der Träger (=das Land) das Defizit der Gesellschaft abdecken; es könnte ja ein Privater kommen und sagen, ihr müsst auch meine Schulden bezahlen.

Allgemeiner Trend: Private kommen immer mehr in die Gesellschaften rein. Public-Private-Partnerships werden zur Finanzierung, aber auch als Betreibermodelle verfolgt. 2003 ist in der Steiermark der Versuch der KAGES (Steirische Landesgesellschaft), ein privates Management zu installieren, gescheitert.

Betreibermodelle gehen jetzt von den Spitälern weg und mehr in den Rehabereich. Sozialversicherungen werden zusammengelegt, so die Versicherungen der Gewerbetreibenden und Bauern. Es ist schon geplant, die Rehazentren der Versicherungen privaten Betreibern zu geben.

II. – Wer sind die Privaten?

Meine Darstellung zu diesem Thema folgt sehr stark den diesbezüglichen Ausführungen von Martin Rümmele, einem ausgesprochenen Kenner der Materie, in seinem 2005 erschienenen Buch „Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit“, das ich hiermit auch wärmstens zur Lektüre empfehlen möchte.

Die privaten Akteure sind private Krankenversicherungen, private Spitalsbetreiber, private Pflegeheimbetreiber und die Pharmabranche.

Private Krankenversicherungen

Wie schon gesagt, gibt es in Österreich die Pflichtversicherung. Wettbewerb wird in Österreich nicht kommen, der Markt ist zu klein. In Österreich gibt es schon einen hohen Privatanteil von Gesundheitsausgaben (> 30%). Die Krankenversicherungen machen kaum ein Geschäft.

Private Krankenversicherungen decken in Ö nur 7 % der Gesundheitsausgaben ab. Die teure Grundversorgung liefert, wie in den meisten EU-Staaten, weiterhin die öffentliche Hand. Private Krankenversicherungen bieten v.a. Zusatzversicherungen an. Und sie versuchen, wohlhabende Gruppen zu gewinnen, wie sie das z.B. mit der Opting-Out-Möglichkeit für Freiberufler (Wirtschaftstreuhandler, Notare, Rechtsanwälte, Architekten, Apotheker, Tierärzte) tun: diese können sich seit 2000 zwischen Sozialversicherung und voller privater Krankenversicherung entscheiden.

Die drei großen Privatversicherer, **Uniq**, **Wiener Städtische** und **Merkur**, decken fast zwei Drittel aller privaten Krankenversicherungspolizzen in Österreich ab.

Politischen Einfluss haben sie über ihre Eigentümer oder durch Lobbying. Uniq gehört großteils dem ÖVP-nahen Raiffeisenbund; die Wr.Städtische gehört z.T. der Stadt Wien, ist also SPÖ-nahe, und die Grazer Merkur gilt als eher SP-nahe; einer ihrer Vorstände; Franz Voves, ist inzwischen in die steirische SPÖ gewechselt und neuerdings Landeshauptmann der Steiermark.

Ebenso wie die deutschen privaten Versicherungen die gemeinsame Spitalgesellschaft „Sana“ besitzen, so besitzen die österreichischen privaten Versicherungen die gemeinsame Spitalgesellschaft Humanomed.

Private Spitalsbetreiber

3 Beispiele

zur Veranschaulichung der Privatisierungsbemühungen im Spitalbereich betreffen das Krankenhaus Kitzbühel, die Einrichtungen der Sozialversicherungen und die steirische Landesspitalsgesellschaft KAGES.

➤ 2001 wurde die erste Privatisierung eines öffentlichen Krankenhauses in Österreich vom Bürgermeister von **Kitzbühel** und dem Chef der privaten **Helios-Kliniken** vertraglich vereinbart. Allerdings hat sich Helios in der Zwischenzeit zurückgezogen, da laut ÖKAP (Österreichischer Krankenanstaltenplan) die von Helios geplanten Abteilungen nicht bewilligt wurden und somit für das Projekt kein Geld aus dem Landesfonds fließen durfte.

➤ Zwischen 2002 und 2004 gab es mehrere Vorstöße zur Privatisierung von Einrichtungen der defizitären **Sozialversicherungen**. 2002 schlug der Rechnungshof vor, die AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft) solle sich von ihren sieben Spitälern trennen. 2002 und 2004 geriet das Hanusch-Krankenhaus der hochdefizitären Wiener Gebietskrankenkasse in Privatisierungsdiskussion.

➤ 2003 gab es in der Steiermark den Versuch einer großangelegten, von der Regierungspartei ÖVP und dem damaligen Landeshauptmannstellvertreter (inzwischen Landeshauptmann) Voves von der SPÖ betriebenen Teilprivatisierung. Die steirische Landesspitalsgesellschaft **KAGES** sollte ein neues Management durch eine private Spitalgesellschaft bekommen. Dabei ging es um die 24 Spitäler des Landes Steiermark mit ihren 13000 Mitarbeitern. Eigentümer sollte das Land Steiermark bleiben. Als Favoriten unter den Bietern galten die deutsche Klinikette **Sana** und die österreichische **Humanomed**, die beide privaten Krankenversicherungen gehören. Drei weitere Interessenten waren ein Arzt, der Spitalsdienstleister **Vamed** und die **HCC-Krabag** (Health Care Company Krabag). Wegen Protesten der ÄrztInnen und der Öffentlichkeit schränkte das Land die Ausschreibung ein, indem Schließungen von Standorten nur mit Zustimmung des Landes möglich sein sollten und die Personalhoheit beim Land bleiben sollte. Kritik kam auch wegen Unvereinbarkeiten zwischen diesen Plänen und der Karriere von Voves in der involvierten Merkur-Versicherung. Alle Bieter bis auf die HCC-Krabag zogen sich noch während des Bieterverfahrens zurück. Die erst 2001 gegründete HCC-Krabag hat keinerlei praktische Erfahrung mit Krankenhausführung. So entschied sich das Land, wieder Geschäftsführer für die 24 Krankenhäuser einzustellen, wobei die HCC-Krabag einen mehrjährigen gutdotierten Consulting-Vertrag bekam.

Weitere Beispiele

Auch das Krankenhaus Kapfenberg wurde an Private verkauft. Verhandlungen finanzschwacher Gemeinden mit privaten Klinikbetreibern über den Verkauf ihrer Spitäler führten z.B. auch Hohenems, Bludenz oder Baden bei Wien, verkauften sie aber letztlich doch an die jeweiligen Landesgesellschaften. Zwettl hingegen finanzierte den

Spitalsumbau, indem es sein Krankenhaus an eine Tochterfirma der **Hypo-Landesbank** verkaufte und zurückmietete. Der Erlös von 6 Millionen Euro wird bei der Hypo veranlagt und soll die Miete für die kommenden 25 Jahre decken. Danach kauft die Stadt das Spital zurück. Andere Spitalseigner holen private Firmen für das Management: Neunkirchen in Niederösterreich und das Neurologische Rehabilitationszentrum Rosenhügel in Wien wurden beide mit Hilfe der **Vamed** gebaut und werden nun von ihr gemanagt. Das Landeskrankenhaus Klagenfurt wird bis 2008 vom internationalen Managementdienstleister **Accenture** und der deutschen Spitalsgruppe **LBK Hamburg**, die vom privaten Klinikkonzern **Asklepios** geführt wird, beraten, mit dem Ziel, das Landeskrankenhaus zu einem der modernsten Gesundheitszentren Europas zu machen, ein „innovatives Betriebsorganisationskonzept“ zu entwickeln und so die Betriebskosten zu senken. Auch die Spitäler von Vöcklabruck, Steyr, Schladming und das Unfallkrankenhaus Linz wurden bzw. werden mit privater Hilfe wiederum der **Vamed** - umgebaut oder neu gebaut.

Die Humanomed-Gruppe und ihre Rolle als Regierungsberater

Gefördert werden alle diese Entwicklungen von der österreichischen Bundesregierung, von Bundeskanzler Schüssel ebenso wie von Gesundheitsministerin Rauch-Kallat, beide ÖVP. **Beraten** werden Bundes- wie auch Landesregierungen von Humanomed.

Die Gesundheitsministerin, die „mehr Wettbewerb auf Anbieterseite“ nicht schlecht findet, präsentierte im Herbst 2003 ihre Pläne für das Gesundheitswesen in dem von Humanomed betriebenen Wiener Privatkrankenhaus Confraternität. Sie trat Seite an Seite mit dem Chef der Humanomed-Gruppe, Julian Hadschieff, auf, der Duzfreund der Ministerin und enger Berater der Bundesregierung ist und der bei dieser Gelegenheit „für mehr Wettbewerb, gerade im Spitalsbereich“ plädierte. Hadschieff, anfangs als Beschäftigter der Tiroler Landesregierung, später bei Humanomed, war als Berater bei fast allen Ausgliederungen von Spitalsgruppen in den Bundesländern aktiv (Tirol, Kärnten, Oberösterreich, Salzburg). Aber bereits sein Vorgänger bei Humanomed, Helmuth Mayr, Vater des jetzigen Co-Geschäftsführers Helmuth Mayr, soll enge Kontakte zur Regierung gehabt haben. Er soll Bundeskanzler Vranitzky (SPÖ) wiederholt zu überzeugen versucht haben, dass sein Unternehmen die Kureinrichtungen der Sozialversicherungen besser führen könnte als die öffentliche Hand; nur der Druck der Gewerkschaft habe damals eine Privatisierung verhindert.

Die **Humanomed-Gruppe**, zu der der Privatklinikbetreiber **Humanomed**, der Altenheimbetreiber **Humanocare** und die Laborfirma **Humanolab** gehören, betreibt in Österreich eine wachsende Anzahl von privaten Krankenhäusern und Sanatorien, Kur- und Rehazentren, Seniorenresidenzen und Ambulatorien, sowie ein Consultingunternehmen, das sich unter anderem auf „die Ausgliederung von Krankenanstalten aus der öffentlichen Verwaltung in private Rechtsformen“ spezialisiert hat. Eigentümer der Gruppe - mit rund 2500 Beschäftigten und allein im Spitalsbereich einem Jahresumsatz von mehr als 100 Millionen Euro – sind Hadschieff selbst, Mayrs Diather Krankenhaus-Management GesmbH und die drei großen privaten Krankenversicherungen Merkur, Uniqa und Wiener Städtische. Hadschieff tritt zunehmend öffentlich auf und preist die Vorzüge der privaten Anbieter im Vergleich zur öffentlichen Hand. Als Partner für öffentliche Spitalsträger, die ein privates Management suchen, das ihnen beim Sparen helfen soll, möchte Humanomed künftig auch ins Ausland, vor allem nach England und Polen, expandieren.

Die Technikspezialisten Vamed (Fresenius) und Siemens Health Management (Siemens)

Zwei österreichische Spitalsbetreiber wurzeln im technischen Bereich und sind Töchter deutscher Unternehmen: Vamed und Siemens Health Management GesmbH.

Die **Vamed AG** gehört zu 77 % dem deutschen Medizintechnikkonzern **Fresenius** (zu dem auch der private deutsche Spitalsbetreiber **Wittgensteiner Kliniken** gehört), im übrigen einer Bank-Austria-Creditanstalt-Tochter und indirekt der Verstaatlichtenholding ÖIAG. Vor rund 20 Jahren wurde die damalige Voest Alpine Medizintechnik, aus der dann die Vamed wurde, nach dem Skandal um den Bau des Wiener AKh von Regierung und Stadt Wien beauftragt, das AKh fertig zu bauen. Seither managt die Vamed die komplette Technik des AKh. Das aufgebaute Know-How nutzte sie dann für internationale Spitalsbauten (Südostasien, Malaysia, inzwischen weltweit), wo sie auch das technische Service macht. Sie betreibt zahlreiche Thermen und führt zunehmend auch Spitäler. Sie ist weltweit aktiv und engagiert sich auch bei PPP-Modellen. Meist baut sie mit einem öffentlichen Partner ein Spital und betreibt dann die Immobilie (Vöcklabruck, Steyr, Schladming, UKh Linz), managt zuletzt aber auch ganze Spitäler (Ausland, Neunkirchen, neurologische Rehazentren Kapfenberg und Rosenhügel). In Deutschland bot die Vamed in Hamburg an, die technische Betriebsführung der Hamburger Landeskliniken zu übernehmen. Bereits aktiv in Münster, Siegburg und Berlin, ist die Vamed dort für die medizintechnische Instandhaltung der Virchow-Kliniken, der Charité und der neun Krankenhäuser des städtischen Vivantes-Netzwerks zuständig.

Die Vamed hat heute weltweit 1940 Mitarbeiter und setzte 2003 rund 230 Millionen Euro um. Der ebenfalls zu Fresenius gehörende private deutsche Spitalsbetreiber Wittgensteiner Kliniken, mit 18 Fachkliniken und 13 Akutkrankenhäusern in Deutschland und Tschechien, beschäftigte im Jahr 2003 7900 Mitarbeiter und setzte rund 350 Millionen Euro um.

Die **Siemens Health-Management-GmbH**, als österreichische Tochter der deutschen **Siemens** zuständig für den österreichischen und osteuropäischen Krankenhausmarkt, sucht sich als Komplettserviceanbieter von Krankenhäusern zu profilieren. Als erstes Projekt errichtet sie eine bis 2006 fertigzustellende Strahlentherapie in Krems, wobei sie für Bau, Haustechnik und Finanzierung sorgt.

Baukonzerne versuchen ins Spitalsgeschäft zu kommen

In Österreich kooperieren die größten Baukonzerne mit Spitalspezialisten und versuchen so, bei PPP-Modellen vom Bau bis zur Betriebsführung ins Geschäft zu kommen. Bisher dabei wenig erfolgreich, plädieren ihre Vertreter für den Rückzug der öffentlichen Hand aus dem technischen und medizinischen Krankenhausbetrieb.

Diese Strategie wird von den Eigentümern der **HCC Krabag** (Health Care Company Krankenhaus Betriebsführungs Aktiengesellschaft) verfolgt: Eigentümer sind die Haselsteiner Familien-Privatstiftung von Peter Haselsteiner (Expolitiker des Liberalen Forums und Bautycoon des Baukonzerns Strabag), die Raiffeisen-Holding NÖ-Wien, der Kärntner Spitalsbetreiber Hermann Samonigg, und Christian Köck (Expolitiker des Liberalen Forums, ausgebildeter Arzt, Gesundheitsökonom mit eigener Beratungsfirma Köck, Ebner & Partner).

Köcks Beratungsfirma berät Länder, Gemeinden und Spitalsgesellschaften (Vorarlberg, Kärnten, Steiermark) bei Umstrukturierungen und löst mit massiven Bettenabbau- und Schließungsvorschlägen heftige politische und öffentliche Proteste aus. Köck unterrichtet an der deutschen Privatuniversität Witten-Herdecke Gesundheitsökonomie. Haselsteiners Baukonzern Strabag errichtet unter anderem in Osteuropa Autobahnen und betreibt sie mittels Mautsystem. Haselsteiner ist Vorstand der öffentlichen Fachhochschule Kärnten, die Manager für der Gesundheits- und Pflegebereich ausbildet. Die HCC Krabag bewirbt sich bisher erfolglos um Ausgliederungen bzw. Kauf von österreichischen Spitälern. Köck ist überzeugt, dass die Zeit für die Privaten arbeitet.

Auch die 2002 gegründete und 2004 **Hospitals** genannte Spitalsprojektentwicklungs GmbH des Baukonzerns Porr, des Porr-Miteigentümers und Tiroler Haustechnikunternehmens Ortner und der Humanomed-Gruppe streben ebenfalls PPP-Projekte an, bei denen sie Errichter und Betreiber von Spitälern sind.

Supermärkte auf dem Spitalsmarkt

AIM Synermed, die 2004 in den Krankenhausmarkt einstieg und sich gute Geschäfte erwartet, entstand aus einem Zusammenschluss von Spitalsberater Synermed und der Investorengruppe AIM. Synermed ist die Beratungsfirma von Wolfgang Huber, davor Geschäftsführer der Ordensspitäler der Barmherzigen Schwestern in Linz und Wien, 2001 Berater des ehemaligen Gesundheitsstaatssekretärs Reinhart Waneck (FPÖ) für die Reform des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und dann kurz Geschäftsführer der HCC-Krabag von Köck und Haselsteiner. Geldgeber der AIM sind unter anderen der Rewe Austria- und Billa-Chef Veit Schalle, der Exmanager des Kartonriesen Mayr Melnhof Alfred Fogarassy, der Immobilienspezialist Karl-Heinz Strauß, der Wirtschaftstreuhand Bernhard Vanas und der Finanzexperte Ulrich Schröder.

Das alle verbindendes Bankennetz im Hintergrund

Im Hintergrund sind die Privatisierungsanbieter durch ein Bankennetz verbunden. Hier wird die Liberalisierung des Spitalsbereichs durch eine Gruppe namhafter Manager und Finanzinstitutionen vorbereitet, wobei bei allen Unternehmen immer wieder der Name von **Raiffeisen** auftaucht. Dieser Bankkriege mit besten Kontakten zur Politik ist vielfältig engagiert: direkte Beteiligung der RLB Niederösterreich-Wien an der HCC Krabag; indirekt durch die Uniqa-Beteiligung an der Humanomed-Gruppe; Beteiligung an Porr, die zum Teil auch der Wr. Städtischen gehört; Finanzierung zahlreicher Vamed-Projekte, z.B. einiger Thermen, in Österreich; gemeinsame GmbH mit der Vamed in Form der Ukh Linz Errichtungs- und Vermietungs GmbH. 2004 kündigte der Generaldirektor der RLB Niederösterreich-Wien Erwin Hameseder für 2006 den Einstieg ins Krankenhausmanagement an mit dem Ziel, mindest fünf Krankenhäuser in N.Ö. und Wien zu führen, und zwar mit der HCC Krabag als Betreiber, wobei Einsparungen durch Auslagerungen und EDV-System-Vereinheitlichung möglich würden und die Spitäler wieder schwarze Zahlen schreiben könnten.

Gemeinnützige Orden und kirchliche Einrichtungen

Eine weitere Gruppe privater Spitalsbetreiber sind gemeinnützige Orden und kirchliche Einrichtungen. So etwa die **Vinzenzgruppe der Barmherzigen Schwestern** und die **Spitalsgruppe der Barmherzigen Brüder**. In den 31 Spitälern katholischer Orden und der evangelischen Diakonie stehen 16,8 Prozent aller österreichischen Krankenhausbetten, vom Spezialspital nach Art einer Privatklinik bis zum allgemeinen öffentlichen Krankenhaus für die Grundversorgung einer Region. Die Träger sehen sich als Mittelding zwischen öffentlichen und gewinnorientierten Einrichtungen. Die Orden betreiben meist nicht nur Krankenhäuser, sondern im Sinne der sozialen Wohlfahrt auch andere Einrichtungen wie Pflegeheime, Palliativstationen, Behinderteneinrichtungen oder Altenheime.

Aber auch gemeinnützige Krankenhäuser stehen im Zuge der Liberalisierung zunehmend im Wettbewerb und die öffentliche Hand zieht sich zurück. Betriebswirtschaftlich unrentable Leistungen der Orden, wie etwa die Armenambulanz der Barmherzigen Brüder in Wien, die Obdachlose und illegale MigrantInnen versorgt, oder die vier Palliativstation der Vinzenzgruppe, führen zu Verlusten, die die Orden aus dem eigenen Vermögen abdecken müssen.

Die entstehenden wirtschaftlichen Probleme zwingen die Träger, wie gewinnorientierte Unternehmen zu agieren. In den Einrichtungen etablieren sich betriebswirtschaftliche Organisations- und professionelle Managementstrukturen und die Konzentration innerhalb des Sektors nimmt zu. Daneben haben alle kirchlichen Krankenhausträger ein gemeinsames Netzwerk, die „die Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler“, eingerichtet. Konzentration und Holdingstrukturen dürften sich in den kommenden Jahren noch verstärken. Und es übernehmen auch die gemeinnützigen Träger zunehmend Einrichtungen von der öffentlichen Hand oder kooperieren mit ihr.

Die deutsche Konkurrenz

Auch in Deutschland bilden sich immer größere private Spitals- und Pflegekonzerne, die zunehmend versuchen, auch jenseits der Grenzen Fuß zu fassen. Einige der Aktivitäten wurden schon genannt.

Die größte Gruppe ist die **Sana-Kliniken-Gruppe**, die 30 privaten Krankenversicherungen gehört, 61 Krankenhäuser mit 13000 Betten, 20 Seniorenzentren und 12 Dienstleistungsfirmen mit fast 19000 MitarbeiterInnen führt mit einem Jahresumsatz von 1,8 Milliarden Euro.

Halb so groß sind die **Helios-Kliniken** und die **Rhön-Kliniken**. Rhön war jahrelang das erste und einzige große Krankenhausunternehmen an der Börse. Erst 2000 kam eine zweite Krankenkette, die **MediClin**, hinzu, sowie einige kleinere Unternehmen und Reha- oder Pflegespezialisten wie die **Marseille-Kliniken**. Weitere Börsengänge (Fresenius-Tochter Proserve, Asklepios, Helios) sind zu erwarten.

Asklepios ist die zweitgrößte Gruppe am deutschen Markt, hat auch ein Standbein in den USA und setzt mit 21000 Mitarbeitern rund 1,1 Milliarden Euro pro Jahr um. Mitte 2004 übernahm Asklepios 49,9 Prozent und die unternehmerische Führung der **Hamburger Krankenhausholding LBK**, wobei mit 1.1.2007 weitere 25 Prozent an Asklepios übergehen und sie damit Sana überholt.

Eine weitere große Klinikgruppe ist der Medizintechnikkonzern **Fresenius** mit seinen Spitalstöckern **Wittgensteiner Kliniken**, **hospitalia activHealth** (Auslandstochter) und der österreichischen **Vamed** und dem Pflegeeinrichtungsbetreiber **hospitalia care**, mit einem Jahresumsatz von rund 650 Millionen Euro in diesem Bereich.

Auch in Deutschland engagieren sich **Baukonzerne** im Spitalsbereich, so der Bauriese **Bilfinger Berger AG**, der neben dem Baubereich auch Betreiberprojekte und Dienstleistungen forciert, vor allem bei Krankenhäusern (Hull, Gloucester) und Schulen in Großbritannien, die er errichtet oder umbaut, instandhält und betreibt.

Internationale Akteure

Die wichtigsten international an der dynamischen Entwicklung im privaten Krankenhaus- und Pflegebereich beteiligten privaten Klinikkonzerne sind **Capio** (Schweden), **Générale de Santé** (Frankreich), **Hirslanden-Gruppe** (Schweiz), **Bupa** (GB) und **HCA** (USA).

Aber auch in anderen Bereichen der öffentlichen Versorgung tätige Konzerne werden vom Spitalsmarkt angezogen, wie z.B. der französische **Wasserkonzern Suez**, als internationaler Wasserversorger bekannt und sehr umstritten.

Private Pflegeheimbetreiber

Noch weit rasanter als der Krankenhausbereich wächst die Alten- und Pflegebetreuung. Österreichweit gibt es schon jetzt bei Pflegeheimen zahlreiche PPP-Modelle und Privatisierungen. 2003 wurden bereits 150 der rund 850 österreichischen Alten- und Pflegeheime von privaten Unternehmen geführt, davon 110 Kleinstheime bis 25 Betten, 15 teure private Seniorenresidenzen und 25 öffentliche Anstalten, die im Sinne von PPP-Modellen geführt werden. Die Kleinstheime arbeiten teilweise mit äußerst dubiosen Methoden. Andererseits wird der Konzentrationsprozess in der Branche zunehmend forciert. Die wichtigsten privaten **Pflegeheimbetreiber** sind **Senecura**, **Kräutergarten-Gruppe**, **ProSenior**, **St. Anna Hilfe** und **Humanocare**.

Weiters wächst der Markt mit Pflegekräften für die Hausbetreuung, die von privaten **ambulanten Pflegediensten** angeboten werden. In Österreich ist die Verleihung von Pflegekräften durch Vermieter von Arbeitskräften nicht legal. In diesen Zusammenhang ist die aktuelle europäische Auseinandersetzung um die Dienstleistungsrichtlinien besonders virulent. Einstweilen boomt in Österreich der Markt mit halb legalen Pflegekräften aus Osteuropa, wobei sich laufend etwa 60000 derartige Pflegekräfte in Österreich aufhalten.

Rolle der Pharmabranche

Die Pharmaindustrie hat ein reges Interesse an der Liberalisierung der Gesundheitssysteme, damit Regierungen und Krankenkassen möglichst wenig bei Zulassung und Preisfestsetzung von Arzneimitteln mitreden können. Die großen Gewinne macht sie mit einigen wenigen umsatzstarken Medikamenten, wobei es sich nur bei etwa 5-15 Prozent um echte Innovationen, in der Mehrzahl jedoch um sogenannte **Analog-Präparate** oder **Me-too-Arzneimittel** handelt. Um dennoch möglichst viele Zulassungen zu erreichen, strebt die Pharmaindustrie die völlige Kontrolle über Forschung und Forscher an. Die Bezahlung der Durchführung klinischer Studien und das Sponsoring von Forschungsprojekten und Fortbildungsveranstaltungen führen tendentiell zur weitverbreiteten Korruption medizinischer Meinungsbildner. Verlierer dieser Entwicklungen sind die Krankenversicherungen und vor allem die PatientInnen.

III. - Aktuelle Reformen

Die österreichische Gesundheitsreform 2005 betrifft vor allem die **Organisation des Gesundheitswesens** (neun Landesgesundheitsfonds mit Gesundheitsplattformen, eine Bundesgesundheitsagentur mit einer Bundesgesundheitskommission zur Planung und Steuerung des gesamten Gesundheitswesens intramural und extramural sowie Hauptverbandreform), **Bestimmungen zur Finanzierung des Gesundheitssystems und Änderungen im Leistungsrecht** (u.a. höhere Einnahmen durch Anhebung des KV-Beitrags, Erhöhung der Tabaksteuer, Anhebung der Höchstbeitragsgrundlage um 90 Euro, höherer Selbstgehalt bei Sehbehelfen und andere Leistungsänderungen, Erhöhung der Spitalskostenbeiträge um 2 Euro).

Die Wirkung der **Gesundheitsplattformen** wird wohl frühestens 2007 spürbar. Es gibt dabei wenig echte Veränderungen, da ein Machtkampf von Ländern und Kassen geführt wird: ein Joint Venture zweier Konkurskandidaten kann nicht funktionieren.

Arzneimittel

Die Gesamtumsätze steigen nur schwach, betroffen ist nur der Handel.

Privatisierungen

Es wird jetzt zunehmend Druck auf Sozialversicherungseinrichtungen gemacht.

Fusionen

Ebenfalls im Sozialversicherungsbereich werden Fusionen durchgeführt (SVA+SVB, AUVA-Auflösung, SV der Eisenbahner und Bergbau).

IV. – Beginnende Diskussion über Alternativen

Nahtstelle Akutspital-Pflege (In Oberösterreich sind 40 % der Spitalsfälle nicht akut, sondern reine Pflege!)

Verbreiterung der Finanzierungsbasis (darüber beginnt die Diskussion nun auch in Ö)

Weg von der unsolidarischen Finanzierung über Arbeitseinkommen

Einbeziehen anderer Einkommensarten (Wertschöpfungsabgabe; Bürgerversicherung)

Aufhebung Höchstbeitragsgrundlage

Aufkommensneutrale Lohnnebenkostensenkung

Mehr Transparenz

Gegen Ineffizienzen, Zwei-Klassen-Medizin, Korruption und Betrug

Für mehr Qualität - Instrumente: High Technology assessment (HTA) und Evidence Based Medicine (EBM)

V. – Die Positionen von SocialAttac-Gesundheit (s. auch den **Folder im Anhang**)

Wir von **SocialAttac-Gesundheit** setzen bei unserer inhaltlichen Argumentation soweit **drei Schwerpunkte**:

- 1) **Die Mythen entlarven**, die den neoliberalen Umbau des Gesundheitswesens begleiten und als alternativenlos darstellen.
- 2) **Alle sollen zahlen - Verbreiterung der Finanzierungsbasis**: Aufhebung der Höchstbeitragsgrundlage, Wertschöpfungsabgabe, Bürgerversicherung (zu diesbezüglichen Berechnungen siehe die Studie von Studie von Zechmeister und Meichenitsch 2004), **Umverteilung** (Beteiligung an der Fair Steuern Kampagne von Attac Österreich)
- 3) **Für mehr Transparenz**

VI. - Ein paar Quellen- und Literaturhinweise und Links

- Arbeiterkammer Wien (2005) / Gesundheitsreform 2005 – Aktuell. Das Info-Service der Arbeiterkammer, 3/05 – www.wien.arbeiterkammer.at/pictures/d26/0305.pdf
- Attac Österreich (2005) / Fair Steuern - Mehr für alle. Der Sozialstaat ist finanzierbar. – Attac Positionspapier Mai 2005 – www.attac.at , www.fairsteuern.at
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen – www.bmgf.gv.at
- Eva Pichler und Evelyn Walter (2002) / Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens – in: IWI-Studien, Band 99, Wien
- Martin Rümmele (2005) / Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit. Symptome, Diagnosen und Nebenwirkungen des Gesundheitswesens – NP-Buchverlag, St.Pölten-Wien-Linz – www.krankegeschaefte.at
- Agnes Streissler (2005) / Auswirkungen der Liberalisierung des Gesundheitswesens in Österreich – in: Wirtschaft und Gesellschaft, 31.Jahrgang, Heft 3
- Evelyn Walter (2004) / Wissenschaftliche Modelle und politische Wirklichkeiten im Gesundheitswesen – Das Gesundheitswesen im OECD/VGR Modell – IPF (Institut für Pharmaökonomische Forschung) Präsentation und Vortragsunterlagen www.hauptverband.at/mediaDB/88109.PDF
- Ingrid Zechmeister und Josef Meichenitsch (2004) / Analyse und Empfehlungen zur zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens - Studie im Auftrag der ‚ARGE Öllinger‘/Grüner Klub im Nationalrat – www.gb.w.gruene.at/pdf/gesundheit-studie.pdf

Fair Steuern – Gesundheit für Alle

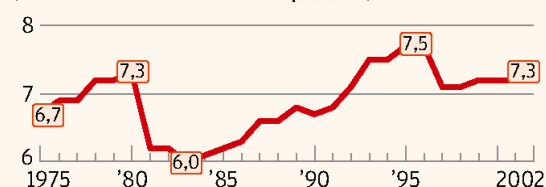
Das Gesundheitswesen ist finanzierbar

Unser Gesundheitswesen ist nicht zu teuer.

Seit 1975 ist der Anteil der Ausgaben an der Wirtschaftsleistung fast gleich geblieben.

Gesundheitsausgaben in Österreich

(In Prozent des Bruttoinlandsprodukt)



Copyright OECD Gesundheitsdaten 2004, Version 1

Gesundheit wäre also bezahlbar. Unser Land wird reicher und könnte sich deshalb mehr Gesundheit leisten. Dennoch wird uns unentwegt eingeredet, es muss gespart werden.

Wie passt das zusammen?

Es läuft etwas falsch

Woran es krankt

Leistungskürzungen und Selbstbehalte sind keine Antwort. Sie belasten arbeitende Menschen, die das System über Lohnabgaben finanzieren, zusätzlich. Das Gesundheitswesen ist unsolidarisch finanziert. Während LohnempfängerInnen stark belastet sind, tragen die steigenden Kapitaleinkommen und Vermögen nichts zur Finanzierung bei.

Einnahmen sinken

Bei steigender Arbeitslosigkeit und einer sich ändernden Arbeitswelt (McJobs, Werkverträge, neue Selbstständige, geringfügig Beschäftigte...) halten die Einnahmen der Krankenkassen mit den Ausgaben nicht mit. Ursache ist die unsolidarische Finanzierung: Die Einnahmen der Krankenversicherungen hängen ausschließlich an den Arbeitseinkommen, wie Löhnen und Gehältern. Diese wachsen real deutlich schwächer als die gesamte Wirtschaftsleistung.

Der Schutz geht verloren

Von einem solidarischen Gesundheitssystem kann so immer weniger die Rede sein. Dabei sind die Aufgaben der Schutz vor den (oft enormen finanziellen) Folgen von Krankheit sowie der gerechte Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Jungen und Alten, Reichen und Armen, Männern und Frauen, Familien und Singles sowie Arbeitenden und jenen, die ohne Beschäftigung sind.

Es muss sich etwas ändern

Alle sollen zahlen

Wir fordern eine gerechtere Finanzierung durch Einbeziehung aller Einkommensarten. Für Vermögens- und Kapitalerträge sollen wie für Arbeitseinkommen Krankenversicherungsbeiträge bezahlt werden. Die Höchstbeitragsgrundlage, durch die Besserverdiener weniger zahlen, gehört abgeschafft. Mit einer fairen Lastenverteilung können der Faktor Arbeit entlastet und die Beiträge gesenkt werden.

Das System verbessern

Gleichzeitig gibt es Verbesserungspotenzial im Gesundheitswesen: Viele, die daran verdienen, nutzen das System aus, um ihren Profit zu steigern (Pharmaindustrie, manche Ärzte, Spitalsbetreiber...). Das Rezept heißt Transparenz! Wofür wird das Geld ausgegeben? Wer entscheidet über Behandlungen? Wie funktioniert das System? Was nutzt den Menschen wirklich?

Das schafft Platz für die Ausweitung der Leistungen

- auf unterversorgte Bereiche (Prävention, Psychotherapie, Rehabilitation),
- auf eine umfassende Gesundheitsförderung sozial benachteiligter Gruppen und rückt von der reinen Reparaturmedizin ab.

Der Diskurs über den „gesundheitspolitischen Reformbedarf“ ist geprägt von Schlagworten wie „Kostenexplosion“, „Überalterung“, „Wettbewerb erhöht Qualität“ oder „Eigenverantwortung senkt Kosten“.

Mit diesen Mythen wird der Widerstand gegen neoliberale Reformen im Gesundheitswesen im Keim erstickt oder gespalten. Die Fakten:

Mythos 1: Kostenexplosion

Nicht die Kosten explodieren, sondern die Defizite der Krankenkassen. Dabei wachsen die Gesundheitsausgaben nur so stark wie die Wirtschaftsleistung. Das Problem ist, dass die Einnahmen sinken. Sie hängen an den Löhnen und Gehältern und die sinken.

Mythos 2: Fortschritt macht's billiger

Der medizinische Fortschritt führt zu höheren Kosten, weil der Gesundheitsindustrie keine Schranken gesetzt werden. Was angeboten wird, wird konsumiert. Das System honoriert vor allem die verkaufte Menge, nicht die Qualität. Also gibt es eine Mengenexplosion. Was fehlt sind Kontrolle und Transparenz.

Mythos 3: Alte sind teuer

Auch dank des Gesundheitssystems werden wir im Durchschnitt immer älter. Deshalb wachsen aber die Ausgaben nicht. Sie steigen erst in den letzten Lebensjahren, weil der „Reparaturbedarf“ eben dann zunimmt – egal, ob die Lebenserwartung bei 70 oder 90 Jahren liegt. Es sinken aber die Einnahmen, wenn der Anteil der nicht mehr erwerbstätigen Älteren steigt. Derzeit sind aber so viele Menschen wie noch nie im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 50.

Mythos 4: Eigenverantwortung hilft

90 Prozent der Erkrankungen resultieren aus den Lebensumständen oder sind genetisch bedingt. Gerade die Lebensumstände hängen aber mit dem sozialen Umfeld, mit Bildung und Einkommen zusammen. Armut macht krank. Und die Armut wächst: Fast ein Million ÖsterreicherInnen sind armutsgefährdet oder leben schon unter der Armutsgrenze. Hier hilft nicht Eigenverantwortung, sondern nur Solidarität.

Mythos 5: Selbstbehalte wirken

Nicht die PatientInnen entscheiden über die Art der Behandlung, sondern die ÄrztInnen. Und die verdienen meist daran. Deshalb gibt es international kein Beispiel, wo Selbstbehalte auch nur mittelfristig den Konsum von Leistungen reduziert haben. Sie bringen den Krankenkassen nur mehr Geld – von den Kranken und Bedürftigen. Diese zahlen quasi ein zweites Mal, werden also für ihr Leid bestraft.

Mythos 6: System belastet den Standort

Krankenversicherungen sind nicht nur Lohnnebenkosten. Ein gutes Gesundheitswesen ist auch Voraussetzung für Wirtschaftswachstum: Es sichert allein direkt 160.000 Arbeitsplätze (gerade auch für Frauen), ist die größte Wirtschaftsbranche und garantiert einen besseren Gesundheitszustand der Bevölkerung. Das wiederum erhöht

- die soziale Stabilität
(Standortfaktor für Investoren),
- die Produktivität der arbeitenden Menschen,
- die Kaufkraft, weil die Risikovorsorge gering ist.

Mythos 7: Wettbewerb macht's billiger

Es gibt keinen funktionierenden Markt im Gesundheitswesen, weil Anbieter und Nutznießer nicht gleichberechtigt sind. PatientInnen sind keine KundInnen, sondern Bedürftige. Deshalb ist ihre Nachfrage fast unendlich – egal was die Leistung kostet. Außerdem entscheiden nicht die PatientInnen, sondern eben die ÄrztInnen, was nachgefragt wird.

Weitere Informationen:

Attac Österreich

Netzwerk für eine demokratische Kontrolle der Finanzmärkte

Ist ein unabhängiger, in Wien eingetragener bundesweiter Verein, der das Ziel verfolgt, die internationalen Finanzmärkte einer demokratischen Kontrolle zu unterstellen. Attac Österreich ist parteiunabhängig, steht keiner Partei nahe und ist auch von keinen Parteienfinanzierungen abhängig.

SocialAttac Gesundheit

Ist eine Attac-Inhaltsgruppe, in der sich am Gesundheitswesen interessierte und in diesem Bereich arbeitende Menschen mit den bestehenden Problemen beschäftigen und nach Alternativen suchen.

SocialAttac-Gesundheit
Claudia Naumann
Email: socialattac-Gesundheit@gmx.at

www.attac.at/gesundheit.html

www.firsteuern.at