

 SpringerWienNewYork

Gerhard Flenreiss
Martin Rümmele

Medizin vom Fließband

Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung
und ihre Folgen

SpringerWienNewYork

Gerhard Flenreiss

Managing Director, MediCare, Wien, Österreich

Martin Rümmele

Journalist, Wien, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2008 Springer-Verlag/Wien

Printed in Austria

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von

Springer Science + Business Media

springer.at

Umschlagbild: Corbis / Doctors Using Laptop Computers / Brand X

Satz: Grafik Rödl, 2486 Pottendorf, Österreich

Druck: Holzhausen Druck und Medien GmbH, 1140 Wien, Österreich

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF

SPIN: 12104208

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen

Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-74144-3 SpringerWienNewYork

Inhaltsverzeichnis

Einleitung IX

Danke für die Unterstützung XIV

Revolution im Gesundheitswesen 1

- Wer ist schuld am Umbruch? 3
 - Fortschrittsfalle 4
 - Globalisierung als Virus 4
 - Die Folgen 7
- Klinikkonzerne und Heuschrecken 8
 - Private und öffentliche Kooperationen 9
 - Fusionen und Übernahmen 11
- Götterdämmerung 14
 - Personal unter Druck 14
 - Die Kontrolle nimmt zu 17
- Kampf um den Arzneimittelmarkt 21
 - Apotheken unter Druck 21
 - Die Pharmaindustrie schwankt 24

Die Reihen lichten sich 27

- Landwirtschaft als Vorbild? 29
 - Grüne Revolution 30
- Technologie als Motor 31
 - Wer ist Elga? 31
 - E-Card und Krankenhaus-Informationssysteme 33
 - Zentrale Datenauswertungen 35
 - Zentraler Einkauf 37
 - Widerstand gegen Kontrolle 40
- Gastbeitrag: Informationstechnologie: Mittel zum Zweck
(*Michael Heinisch, Christian Gierlinger*) 44
- Warum Zusammenarbeit wichtig wird 49
 - Verschiebebahnhöfe 49

- Gesunde Geschäfte an Nahtstellen 51
- Konkurrenz zwischen Ärzten und Pflegekräften 53
- Folgen für die Versorgung 55
 - Umworbene Patienten 61
- Gastbeitrag: Ökonomisierung und Qualität
(*Gerald Bachinger*) 66

Moderne Fabriksarbeiter 71

- Gesundheitsarbeiter werden wichtiger 74
 - Mehr Personal spart Kosten 77
 - Personalmanagement als Lösungsansatz 78
 - Managementprofis fördern das Personal 81
- Gastbeitrag: Teamarbeit ist Führungsaufgabe
(*Andreas Reifschneider*) 84
- Wer versorgt die Alten? 89
 - Überforderte Familie 90
 - Graue Märkte bei mobiler Pflege 91
 - Private übernehmen Alten- und Pflegeheime 94
 - Der Kampf ums Personal wächst 96
- Gastbeitrag: Die Zukunft der Pflege(-finanzierung)
(*Alexander Bodmann*) 99
- Ist die Medizin noch zu retten? 105
 - Die Hierarchie wird geknackt 106
 - Management und Patienten reden stärker mit 111
 - Wie arbeiten die Privaten? 113
 - Was passiert mit dem Hausarzt? 115
- Gastbeitrag: Zeitarbeit – unbekanntes Wesen oder bekanntes Unwesen?
(*Gerhard Flenreiss*) 117
- Wer das System zahlen wird 125
 - Steigen die Kosten oder nur die Defizite? 125
 - Zwei Klassen oder gleich mehr Klassen? 128

Die Uhr tickt 133

- Wie das System aussehen wird 135
 - Neue Finanzierungsstrukturen 137
 - Gesundheit schafft Wohlstand 139
 - Die Autoindustrie als Beispiel 142
 - Transparenz als Ausweg 146
- Aufstand der Alten? 149
 - Neue Netzwerke 150
 - Neue Angebote in der Altenbetreuung 152
 - Neue Jobs und Dienstleistungen 153
- Gastbeitrag: Schnittstellen aufheben
(*Roland Paukner*) 156

Flexiblere Gesundheitsarbeiter	160
Moderne Zeiten in der Medizin	163
Neue Dienstleistungen	165
Neue Berufe	167
Strukturen ändern sich	170

Schlussfolgerungen 173

Nachworte der Beschäftigten und Gesundheitspolitiker 177

Die Krankenkassen-Bosse	178
Die Meinung der Beschäftigten	187

Literatur 199

Glossar 201

Links 209

Autorenverzeichnis 211

„Eine alternde Gesellschaft kann sich eine gute
medizinische Versorgung doch nur über
die Industrialisierung der Medizin leisten.“

Eugen Münch, Gründer und
Großaktionär der Rhön-Kliniken AG¹

Einleitung

„Sind die Spitäler noch zu retten?“, fragte bereits 1974 das Nachrichtenmagazin *Profil*. „Krankheitskosten: Die Bombe tickt“, titelte ein Jahr später der *Spiegel*. Spardebatten sind im Gesundheitswesen nicht neu. Die Diagnose ist dabei immer die gleiche: Zu teuer, wenig effektiv und ohne massive Reformanstrengungen nicht in den Griff zu bekommen. Möglicherweise reagieren viele Beschäftigte im System und auch die Patienten selbst deshalb noch gelassen auf die jüngsten Entwicklungen. Doch tatsächlich laufen diese auf eine grundlegende Revolution des Systems hinaus. Mit massiven Auswirkungen auf die tausenden Beschäftigten und Patienten. Gerade die Mitarbeiter sind als wesentlichster Teil des Gesundheitswesens dennoch meist Getriebene und nicht Gestaltende. Die Patienten als Bedürftige sind meist nur die Betroffenen.

Die Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens umfasst Fragen der Finanzierung, der Strukturen und Prozesse, der Versorgungssicherheit und der politischen Einflussbereiche. Die Auswirkungen auf den einzelnen Mitarbeiter oder den Arbeitsmarkt als Ganzes und nicht zuletzt auch auf die Patienten bleiben meist unberücksichtigt. Doch im mit Abstand größten Arbeits- und Dienstleistungsmarkt beginnt eine Industrialisierung, welche die Branche in den kommenden Jahren grundlegend verändern wird. Erste Symptome für die Veränderungen sind die Diskussionen über Arbeitszeiten für Ärzte und Pflegepersonal, der Personalabbau bei gleichzeitiger Unterversorgung im Pflegebereich und zunehmende Demonstrationen und Streiks aufgrund des wachsenden Spardrucks. In Deutschland tobt eine regelrechte Privatisierungswelle im Spitalsbereich, moderne Managementmethoden halten im System Einzug. Es kommt zu Ausgliederungen, Flexibilisierungen und zur Verbreitung der Informationstechnologie im Gesundheitssektor.

Mitte März 2007 fand in Berlin eine Konferenz der *Financial Times Deutschland* zur Gesundheitswirtschaft statt. In der dortigen Repräsentanz der Bertelsmann-Mediengruppe trafen sich rund 200 Entscheidungsträger aus der Wirtschaft, um über die künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu diskutieren. Ihre Bilanz: Das Gesundheitswesen stehe vor dem direkten Sprung vom 19. ins 21. Jahrhundert. Die Zeiten streng abgeschotteter Tätigkeitsgebiete, gro-

¹ Stern, 21. 2. 2007.

ßer Produktivitätsunterschiede und fehlender Qualitätskontrollen sind nach Einschätzung der Experten bald vorbei. Und mit der notwendigen Neuorientierung auf den Patienten entstehen neue Geschäftsmöglichkeiten für Unternehmer, aber auch für die Vertreter der medizinischen Berufe.

Die kommenden Jahre werden im Gesundheitswesen somit geprägt sein von standespolitischen Auseinandersetzungen und Arbeitskämpfen. Aber auch vom Entstehen neuer Berufsbilder und neuer Strukturen. Ärzte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe müssen sich künftig stärker als bisher mit Fragen des Managements, der Wirtschaftlichkeit und ihrer Behandlung und mit dem Qualitätsmanagement beschäftigen. Niedergelassene Laboratorien oder Radiologiepraxen werden künftig von privaten Firmengruppen geführt werden, öffentliche Spitäler und Rehabilitationszentren von Konzernen. Umgekehrt führen niedergelassene Fachärzte Spitalsambulanzen oder werden von Spitälern zur Arbeit in Ambulanzen angestellt. Die Veränderungen bieten aber auch enorme Chancen wie die Verbesserung der Qualität oder die Hebung von Effizienzpotenzialen. Sichtbar sind derzeit vorerst einzelne Symptome und ein wachsender Druck.

Die Veränderungen selbst werden, wie auch schon in der Vergangenheit, aus gänzlich unterschiedlichen Interessenlagen heraus vorangetrieben und haben folglich auch ganz verschiedene Tendenzen. Die Gründe sind ebenso vielfältig wie das Gesundheitswesen an sich. Geänderte gesellschaftliche Erwartungen, Wertewandel, Geldmangel, politische Ideologien, strukturelle Sachzwänge, sich auflösende soziale Strukturen und technologischer Fortschritt liefern die Impulse. Deutlich wird dies etwa auch am Beispiel der Ausbildung. Wir finden auf der einen Seite einen Mangel an Qualifikationen, andererseits werden nicht genügend Personen adäquat ausgebildet. Ganze Bundesländer können oder wollen mit ihren Ausbildungskapazitäten den Eigenbedarf nicht decken.

Die Auswirkungen auf den einzelnen Beschäftigten und den Arbeitsmarkt im Gesamten bilden einen Schwerpunkt unserer Betrachtung. Werden die im Gesundheitswesen Tätigen zu Fließbandarbeitern? Steigt der Druck weiter? Oder erleichtern ihnen neue Arbeitsprozesse das Leben? Gleichzeitig werden wir auch immer wieder zeigen, welche Folgen die Veränderung für die Versorgung der Patienten hat. Ausgehend vom Status quo bieten wir einen Ausblick. Die Beschreibung der gegenwärtigen Mechanismen im Personalmanagement und des Selbstverständnisses der Akteure bilden eine Basis dafür. Die unterschiedlichen Anforderungen im Krankenhaus bzw. Pflegeheim oder in Ambulanzen bzw. zu Hause bringen unterschiedliche Lösungen und Entwicklungen mit sich.

Zweifellos gelten im Gesundheitswesen eigene Regeln und Mechanismen. So handelt es sich dabei etwa um keinen echten Markt im klassischen Sinn, der nach Wettbewerbsprinzipien funktioniert. Grund dafür ist, dass wesentliche Bedingungen für offene Märkte, etwa die gleiche Information aller Marktteilnehmer, nicht gegeben sind. Was schon bei der Reparatur eines Autos für viele zum Problem wird, nämlich zu beurteilen, was tatsächlich nötig ist und wie viel es kosten darf, ist bei der „Reparatur“ von Menschen um ein Vielfaches problematischer. Kaum jemand wird ernsthaft glauben, mit einem Arzt über den Preis für eine

Leistung verhandeln zu können oder gar darüber, was medizinisch nötig ist und was nicht. Deswegen gehen wir ja zum Arzt, weil wir selbst nicht wissen, was medizinisch erforderlich ist, um geheilt zu werden. Damit ist allerdings der Arzt jene Person, die Gesundheitsleistungen nicht nur anbietet, sondern auch nachfragt. Er bestimmt meist über die Art und den Umfang der Versorgung. Als Patient ist man lediglich Nutznießer. Bezahler wiederum ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung, die zwar steuernd eingreifen kann, Preise verhandelt und die Sinnhaftigkeit der erbrachten Leistungen prüft, die Nachfrage aber eben kaum steuern kann.

Gleichzeitig gibt es natürlich im Gesundheitswesen längst marktwirtschaftliche Komponenten. Niedergelassene Ärzte sind freiberufliche Unternehmer. Pharmakonzerne und Medizintechnik-Riesen gehören zu den dynamischsten Unternehmen der Wirtschaft. Krankenversicherungen und Krankenhäuser sind nicht nur riesige Arbeitgeber, sondern auch Nachfrager von Produkten und Dienstleistungen, die am freien Markt eingekauft werden.

Parallel wird im Gesundheitswesen wie in kaum einem anderen Bereich aber auch in einem sensiblen Umfeld gearbeitet. Es werden einzigartige Dienstleistungen erbracht, die jeden von uns im innersten, persönlichen Bereich berühren. Dennoch lohnt der Blick über den Tellerrand hinaus. Gibt es Erfahrungen aus anderen Bereichen, die es wert sind, auch im Gesundheitswesen angewendet zu werden? Kann man Prozesse, Methoden, Werkzeuge aus anderen Wirtschaftssektoren für das Gesundheitswesen adaptieren?

Nicht zuletzt weil die finanziellen Mittel begrenzt sind und die Qualitätsanforderungen steigen, erreicht der Druck zu mehr Effizienz, zum optimalen Einsatz begrenzter Ressourcen und zum nachhaltigen Wirtschaften auch das Gesundheitswesen. Und damit halten Begriffe wie Standardisierung, Industrialisierung und Arbeitsteilung Einzug in die Debatte. Parallel dazu steigt die Nachfrage nach zusätzlichen Dienstleistungen, individuelleren Angeboten und Marktentwicklungen. Diese Veränderungen haben andere Dienstleistungsbranchen bereits durchlebt. Welche Erkenntnisse lassen sich daraus für das Gesundheitswesen ziehen? Ist wirklich alles anders? Wie groß ist das Potenzial der Professionalisierung? Lassen sich diese Entwicklungen transferieren? Und welche Folgen wird das haben – für die Beschäftigten, aber auch für die Patienten?

Unternehmerische Kreativität, Kundenorientierung, Servicelevel, Dienstleistung, aber auch Personalentwicklung und Personalmanagement sind im Gesundheitswesen derzeit keine essenziellen Erfolgsfaktoren. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wo die Grenzen von Markt, Wettbewerb, Qualitätssicherung, Qualitätssteigerung, Planungssicherheit, Finanzierung, Effizienzsteigerung, Zuwendung, Menschlichkeit und Patienten- bzw. Kundenorientierung liegen? Können Märkte in diesem Bereich überhaupt funktionieren? Welche neuen Dienstleistungen werden entstehen?

Für uns als langjährige Beobachter all dieser Veränderungen steht außer Frage, dass neue Angebote und Strukturen entstehen. In vielen Bereichen wird sich der Gesundheitsbereich zu einem Dienstleistungssektor wie viele andere auch entwickeln. Mit Kooperationen, neuen Dienstleistungspaketen, zielgruppenorientierten Serviceangeboten, ja sogar Bonuspunkten und Rabatten. In an-

deren Bereichen findet die erwähnte Industrialisierung statt. Wir können und möchten hier keine fertigen Lösungen oder allumfassende Antworten anbieten. Vielmehr wollen wir die großen Veränderungen beschreiben, die teilweise schon sichtbar sind, Entwicklungen aufzeigen, die sich erst erahnen lassen und die Auswirkungen auf den Einzelnen diskutieren.

In den Reformdiskussionen wird immer von „dem Gesundheitswesen“ gesprochen. Doch das ist ungefähr so klar umrissen und definiert wie der Begriff „die Industrie“. Was haben etwa die Stahlindustrie und Konzerne wie die Voest mit der papierverarbeitenden Industrie und ihren Firmen wie dem kleinen Spielkartenhersteller Piatnik zu tun? Genauso allgemein gültig oder eben nicht sind die aus den laufenden Diskussionen abgeleiteten Aussagen, Befunde und Lösungsvorschläge. Wir sollten uns daran gewöhnen, mehr zu differenzieren.

Allein die Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens können unterschiedlicher nicht sein. Es begegnen sich kurative Akutmedizin und palliative Langzeitpflege ebenso wie Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, Pflegeheime und mobile Pflege daheim, niedergelassene Ärzte, Laboratorien und Dienstleister wie Physiotherapeuten. Für den Einzelnen im Gesundheitswesen bedeutet dies gänzlich unterschiedliche Anforderungen an seine Profession und Person, wie es auch eine gänzlich differente Stellenbeschreibung bei identischer Qualifikation ergibt. Und nicht zuletzt bedeutet es im Veränderungsprozess auch unterschiedliche Zukunftsaussichten.

Gemeinsam ist allen, dass der Spardruck unmittelbar an die betroffenen Beschäftigten weitergegeben wird. Wenn etwa für die mobile Versorgung nur eine halbe Stunde zur Verfügung steht, dann kann oft nur noch Krisenintervention betrieben werden. Denn schon wartet der nächste Patient. Eine optimale Pflege und medizinische Betreuung ist so nicht mehr möglich. Auf die so wichtige soziale Komponente und Beziehungspflege muss immer öfter zu Gunsten des knappen Zeitrahmens verzichtet werden. Die notwendige Berücksichtigung des sozialen und familiären Umfeldes muss hintangestellt werden.

Wenn wir unsere alternde Gesellschaft nicht auch noch zu einer kranken alternden Gesellschaft machen möchten, werden wir um intelligente, praxisorientierte und vor allem neue Lösungen und Denkansätze nicht herunkommen. Ein wesentlicher Teil wird dem Ausbau der Pflege und Entwicklung der so genannten Human-Ressourcen gewidmet sein müssen. Immerhin sind 60 bis 70 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen Personalkosten.

Die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sind aber nicht nur Kostenfaktoren. Sie sind es auch, die die Qualität der Versorgung sicherstellen. Es ist die persönliche Beziehung zwischen Patient und einzelner Mitarbeiter, die das subjektive Befinden prägt und somit auch die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert. Es sind die Beratungsleistungen der Mitarbeiter während der Vorsorgeuntersuchung, die präventiv Krankheiten verhindern, lindern oder heilbar machen. Und es ist die Zuwendung in der letzten Phase des Lebens, die ein menschenwürdiges Abschiednehmen ermöglicht.

Dafür benötigen wir bestens ausgebildete Mitarbeiter – in ausreichender Anzahl, mit den besten Rahmenbedingungen und mit der dafür nötigen Zeit und Entlohnung. In all diesen Bereichen erwartet uns noch viel Arbeit und kom-

men viele neue Erfahrungen auf uns zu. Manches lässt sich aus anderen Bereichen der Gesellschaft und der Wirtschaft abschauen. Die aktuelle Revolution im Gesundheitsbereich wird gut daran tun, aus den Revolutionen in anderen Wirtschaftsbereichen wie der Landwirtschaft und der Industrie Lehren zu ziehen und positive wie negative Entwicklungen zu analysieren.

Begriffe wie Mitarbeiterbindung, Effizienz, Produktivität, Patientenorientierung, Arbeitsteilung, Nutzen und andere dürfen auch im Gesundheitswesen keine Tabus mehr darstellen. Bisherige Strukturen und Abläufe sind zu hinterfragen. Dabei ist das Thema Effizienzsteigerung genau zu definieren und zu hinterfragen. Sind wir effizient, wenn wir doppelt so viele Patienten in einer bestimmten Zeiteinheit durch das Behandlungssystem geschleust haben? Oder ist es effizienter, wenn wir die Folgebesuche beim Arzt um ein Drittel senken, weil wir dafür 20 Prozent mehr Zeit pro Patient aufwenden? Umgekehrt darf aber das Argument, dass allfällige Änderungen immer auf Kosten der Qualität oder auf Kosten der Patienten gehen, nicht mehr länger als Totschlagargument akzeptiert werden.

Solche und ähnliche Frage kommen in der aktuellen Reformdebatte im Gesundheitswesen zu kurz. Im Mittelpunkt stehen allein der Spargedanke und die Kostenrechnung. Wir wollen mit diesem Buch einen Beitrag liefern, die Debatte differenzierter zu führen und gleichzeitig neue Ideen und Lösungsansätze zur Diskussion stellen.

Gleichzeitig haben wir namhafte Gastautoren aus Politik, Medizin und Pflege sowie Patientenvertreter gebeten, ihre Reformvorstellungen zu skizzieren und die Entwicklungen, die sie in der Praxis erleben, zu schildern. So beschreibt etwa der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Patientenanwälte, Gerhard Bachinger, warum er mit den Qualitätsbestrebungen und -gesetzen wenig zufrieden ist. Der Generalsekretär der Wiener Caritas, Alexander Bodmann, fordert einen einheitlichen Pflegelastenausgleichsfonds, aus dem die Pflege für alle Menschen finanziert werden soll. Momentan gibt es nämlich unzählige Finanzierungstöpfle. Michael Heinisch und Christoph Gierlinger vom Ordensspitalskonzern Vinzenz Gruppe beschreiben, wie sie Informationstechnologie einsetzen und welche Vor- und Nachteile das haben kann. Der niederösterreichische Spitalsmanager Andreas Reifschneider, der mehr als elf Jahre als Personalmanager bei Philips tätig war, vergleicht die Privatwirtschaft mit dem Gesundheitswesen und kommt unter anderem zu dem Schluss, dass bei Beschäftigten in der Medizin die Loyalität gegenüber dem eigenen Berufsstand oft wichtiger ist als jene gegenüber dem eigenen Arbeitgeber.

Wien, im September 2007

*Gerhard Flenreiss
Martin Rümmele*

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer gleichermaßen. Der Einfachheit halber wurde die männliche Form gewählt.

Danke für die Unterstützung

Dr. Gerhard Bachinger, Mag. Alexander Bodmann, Renate Eichhorn, Andreas Feiertag, Mag. Maria Fill, Dr. Christian Gierlinger, Dr. Michael Heinisch, Joachim Hilbrand, Andreas Kaya-Fill, Andreas Kozel, Reinhard Krechler, Doris Mayerhofer, Dr. Georg Mayerhofer, Dr. Roland Paukner, Franz P. Redl, Dr. Andreas Reifschneider, Sophie Rupp, Lisl Schleicher, Sabine Schlüter, Elisabeth Tschachler-Roth, Dr. Ingrid Zechmeister.

*„Wir sind der Überzeugung, dass auch durch weitere
Übernahmen öffentlicher Krankenhäuser Werte für unsere
Aktionäre geschaffen werden.“*

Ulf Mattsson, Vorstand
des schwedischen Klinikkonzerns Capio²

*„Ohne private Vorsorge wird Pflege in Zukunft nicht mehr
denkbar sein. Spätestens wenn es um die Organisation von
besonders aufwändigen Pflegeleistungen geht, wird die
staatliche Basisversorgung nicht mehr ausreichen.“*

Günter Geyer, Generaldirektor
der Wiener Städtischen Versicherung³

Revolution im Gesundheitswesen

Die Veränderung kommt schleichend – so, wie man das sonst bei Erkrankungen kennt. Zuerst zwickt es ab und zu irgendwo. Dann halten die Symptome länger an und werden stärker. Im Fall des Rettungsfahrers Kurt Gruber war es ähnlich: „Früher konnte ich in den Nachtdiensten zumindest die halbe Nacht noch durchschlafen“, erzählt er. Da waren solche Dienste unter den Kollegen noch gefragt. Im Dienstplan waren nach Nachtdiensten nämlich immer ein oder gar zwei Tage frei. Nach dem Nachtdienst hatte Gruber deshalb genug Zeit für sein Hobby: Er widmete sich seinem Schrebergarten. Seit einigen Jahren ist an Schlafen im Nachtdienst nicht mehr zu denken. Einen Notfall nach dem anderen schickt ihm die Funkzentrale auf den kleinen Drucker im Rettungsauto. Und immer öfter schicken die Ambulanzen verletzte Patienten nach der Behandlung schon in derselben Nacht wieder nach Hause. Früher blieben sie zur Beobachtung meist bis zum Morgen im Spital. Gruber ist jetzt seit mehr als 23 Jahren im Rettungsdienst. Nach seinem Zivildienst ist er dort geblieben. Der Beruf hat ihm gefallen. Er konnte Menschen helfen, hatte dazwischen keinen allzu großen Stress und viel Abwechslung. Doch seit die Nächte lang und die Arbeit stressig geworden sind, reißt auch er sich nicht mehr um die Nachtdienste.

Monika Berger ist diplomierte Krankenschwester und Mutter von zwei kleinen Kindern. Auch sie hat eigentlich gerne in der Nacht gearbeitet. Ein bis zwei Mal in der Woche wurde sie von einem Schwesternpool, für den sie freiberuflich tätig war, in Pflegeheime geschickt, um dort Lücken zu füllen, wenn im Stammpersonal jemand krank geworden war. „Doch die Stammmannschaften werden immer mehr reduziert“, sagt sie. Wenn jemand ausfällt, wird es eng. Vor kurzem war es ihr aber dann zu viel. Sie sollte auf einer Pflegestation in einem Altenheim einspringen. Statt der angekündigten zweiten diplomierten Schwester aus der

² Financial Times Deutschland, 22.8.2006.

³ News-Extra „Pflege-Vorsorge“, gesponsert von der Wiener Städtischen Versicherung, 2006.

Kernmannschaft war sie jedoch die Einzige und in der Nacht allein auf der Station. „Eigentlich ist das unverantwortlich. Wenn da etwas passiert, hat nicht nur die Hausleitung ein echtes Problem“, meint sie.

Im April 2007 gab es einen Aufschrei der niederösterreichischen Ärztekammer. Sie hatte eine Umfrage unter Kollegen gestartet und zeigte sich alarmiert: Rund 70 Prozent der Ärzte fühlen sich ausgebrannt und auf dem besten Weg zu einem Burn-out-Syndrom. Jeder zweite arbeitet sogar dann, wenn er selbst krank ist.⁴ Ähnliche Ergebnisse lieferte zur gleichen Zeit der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse. Nach dem öffentlichen Dienst hat das Gesundheitswesen demnach mit 3,7 Prozent deutschlandweit die höchste Krankenstandsrate. Immer mehr Ärzte und Pfleger fallen wegen stressbedingter psychischer Krankheiten und Wirbelsäulenerkrankungen aus, die ebenfalls als typische Folgen hoher Arbeitsbelastung gelten. Mehr als ein Drittel der befragten Pflegekräfte geben an, sehr oft unter Zeitdruck zu leiden. 29 Prozent haben meist keine Möglichkeit, Pausen einzulegen.⁵ Neben der Zunahme des Arbeitstempos wird auch der wachsende Aufwand für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben beklagt.

Nun ist das Ausbrennen gerade bei Gesundheitsberufen nichts Neues. Helfende Berufe sind besonders gefährdet, weil man einerseits hohe persönliche Erwartungen an eigene Leistungen hat, gleichzeitig aber auch mit ständigen Frustrationen und dem Nichterreichen von Zielen fertig werden muss, etwa wenn man unheilbar kranken Patienten nicht mehr helfen kann. Der Arzt, Kabarettist und Unternehmensberater Eckart von Hirschhausen beschreibt die Entwicklung in einem Zeitungsinterview so: „Krankenhäuser sind kein guter Ort für kranke Menschen. Das geht über die Sprache hinaus. Kein Mensch verkraftet es lange, sich ständig neu an Menschen zu gewöhnen, die nach wenigen Tagen auf Nimmerwiedersehen weg sind. Deshalb versucht der Klinikarzt erst gar nicht, einen persönlichen Bezug zum Patienten aufzubauen. Im Gegenteil: Patienten geben alles Persönliche, wie eigene Kleidung und Menschenwürde, an der Pforte ab und werden wieder zu kleinen Kindern, die zu absurden Zeiten im Bett liegen müssen, ob sie wollen oder nicht, Breiartiges zu essen bekommen, und das alles in einem Umhang vom Zuschnitt eines Sabberlatz.“ Alarmierend an dieser Entfremdung der Gesundheitsarbeiter sind das jüngste Ausmaß der Erkrankungen und die steigenden Zahlen.

Etwa fünf Millionen Menschen arbeiten in Deutschland, der Schweiz, in Liechtenstein und Österreich im Gesundheitswesen. In Österreich selbst sind es direkt und indirekt etwa 400.000, die ihren Lebensunterhalt mit der Versorgung, Betreuung, Behandlung oder Pflege von kranken Menschen verdienen oder Produkte für deren Versorgung herstellen. Und für alle diese Menschen und in der Folge auch für jene, die ihnen anvertraut sind, gilt, dass der eingangs beschriebene Druck in den kommenden Jahren noch steigen wird. Gleichzeitig

4 Kurier, 24.4.2007.

5 Der Tagesspiegel, 15.4.2007.

wird sich auch das gewohnte Arbeitsumfeld massiv ändern. Die Spezialisierung nimmt zu, die elektronische Vernetzung wächst, neue Berufsbilder und Arbeitsformen entstehen, die Arbeitsteiligkeit steigert sich und moderne Managementmethoden halten Einzug ins Gesundheitswesen. Methoden, die – auch das soll hier gesagt werden – zum Teil durchaus positive Entwicklungen für die Beschäftigten haben können. Sicher ist jedenfalls, dass die Veränderungen tiefer greifend sein werden und teilweise auch schon sind, als dies in den vergangenen 30 Jahren im Gesundheitswesen der Fall war. Und auch das Tempo der Umwälzungen nimmt zu.

Wer ist schuld am Umbruch?

Die Ursachen für die Veränderungen sind vielschichtig. Da ist zum einen die demographische Entwicklung. Im Jahr 2000 waren in Österreich 1,67 Millionen Menschen über 60 Jahre alt, 2035 werden es bis zu drei Millionen sein. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich bis 2014 von 300.000 auf 700.000 mehr als verdoppeln. Fast jeder zehnte Mensch in diesem Land wird dann Betreuung benötigen. Da stellt sich nicht nur die Frage, wie das finanziert wird, sondern auch, wer die Versorgung übernimmt. Ein Beispiel lieferte die österreichische Pflege-debatte, in der es im Jahr 2006 um rund 40.000 illegal in Österreich arbeitende ausländische Pflegekräfte und Haushaltshilfen vorwiegend aus Osteuropa ging. Diese Diskussion war sicher nur ein Auftakt. Eine Studie des Ludwig-Boltzmann-Instituts etwa belegte 2003, dass in den kommenden zehn Jahren rund 35.000 zusätzliche Bedienstete in Pflege- und Betreuungsberufen in Österreich benötigt werden.⁶ Damals fehlten bereits 3000 Pflegefachkräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Unzählige Posten konnten nicht nachbesetzt werden.

Grund für den Personalmangel in Österreich ist nicht zuletzt eine kuriose Situation: Die Krankenpflegeschulen sind an die Spitäler gekoppelt. Jeder Spitalsträger ist aus Kostengründen daran interessiert, nur so viele Leute auszubilden, wie er benötigt. Das Land Salzburg hat beispielsweise wenig davon, mehr Personal auszubilden, weil dieses in Tirol oder Oberösterreich gebraucht wird. Und weil die Ausbildung teuer ist und sowieso alle bei den Personalkosten sparen wollen, wird gebremst. So kam es, dass die Regierung im Sommer 2004 mit Fernseh-Werbeposters für den Pflegeberuf warb und gleichzeitig in Pflegeschulen Bewerber abgewiesen wurden.⁷

Nicht zuletzt aufgrund dieser Probleme bewerben private Versicherungen verstärkt auch Pflegeversicherungen. Und fordern gleichzeitig – ähnlich wie bei der privaten Pensionsvorsorge – eine staatliche Förderung der Pflegeversicherungen. „Ohne private Vorsorge wird Pflege in Zukunft nicht mehr denkbar sein. Professionelle Hilfsdienste haben ihr Angebot zwar vervielfacht, spätestens aber wenn es um die Organisation von besonders aufwändigen Pflegeleistungen geht, wird die

6 „AK für Sie“, November 2003.

7 Die Presse, 30.6.2006.

staatliche Basisversorgung nicht mehr ausreichen“, sagte der Generaldirektor der Wiener Städtischen Versicherung, Günter Geyer, 2006 in einem Interview.⁸

Fortschrittsfalle

Studien aus Deutschland belegen, dass Patienten, die älter als 60 Jahre sind, 40 Prozent der Krankenhauspatienten stellen. Im Durchschnitt lagen Patienten der Altersgruppe 60–80 im Jahr 2002 knapp 50 Prozent länger im Spital als Patienten unter 40 Jahren. Gleichzeitig sind in allen Bereichen der Medizintechnik in den vergangenen Jahren neue Produkte eingeführt worden, die zwar den Komfort und die Aussagekraft alter Untersuchungsmethoden verbessert, jedoch auch die Kosten erhöht haben (Silvers, 2001; Schmidt u.a., 2004).

Fortschritt hat gerade im Gesundheitsbereich seinen Preis. Im Gegensatz zur Industrie, die mit neuen Technologien immer billiger produzieren kann, verteuert der Fortschritt das Gesundheitswesen. In der Industrie sind Neuerungen meist Ersatztechnologien. Verkürzt gesagt, hat der Roboter eine Dampfmaschine ersetzt. In der Medizin hingegen gibt es nur in wenigen Fällen Ersatztechnologien. Meist sind es Zusatztechnologien, die eben zusätzlich zu den alten verwendet werden und damit auch zusätzlich zu bezahlen sind – eine Tendenz, die das System am eigenen Erfolg krank machen lässt. Das System bewirkt nur vermeintlich das, was es soll: Die Gesellschaft wird zwar immer älter aufgrund des medizinischen Fortschritts. Sie wird aber nicht gesünder. Wir werden also immer älter, aber einen Großteil dieser gewonnenen Zeit sind wir nicht beschwerdefrei, weil neue Krankheiten und später natürliche Altersbeschwerden auftreten. Die Medizin kann die Lebensqualität – also die wirklich gesund verbrachte Lebenszeit – nicht im selben Ausmaß erhöhen wie die Lebensdauer insgesamt.

Beispielhaft für die Fortschrittsfalle ist der Bereich der bildgebenden Diagnostik zu nennen, wo Innovationen fast ausschließlich additiver Natur waren: „Mit der Einführung der Computertomographie (CT) wurde die konventionelle Röntgendiagnostik nur ergänzt und mit der Einführung der Magnetresonanztomographie (MRT) die CT nicht ersetzt“. (Klauber u.a., 2006) Weil die Hersteller aber alle Geräte laufend weiterentwickeln, liegen die Halbwertszeiten für derartige Geräte bereits bei fünf Jahren. Der technische Fortschritt führt auf diese Weise nicht nur zu einem Wettbewerb um die neueste und beste Technologie und damit zu steigenden Kosten, sondern auch zu einem zunehmenden Investitionsbedarf.

Globalisierung als Virus

Parallel dazu verschlechtert sich aber die Finanzsituation der Städte und Gemeinden sowie der Krankenversicherungen nicht nur wegen der wachsenden

8 News-Extra „Pflege-Vorsorge“, gesponsert von der Wiener Städtischen Versicherung, 2006.

Gesundheits- und Pflegeausgaben. Auch die Einnahmen sinken. Ursache sind der Standortwettbewerb in der Wirtschaft, die Globalisierung, der internationale Kampf um niedrigere Unternehmenssteuern und nicht zuletzt die hohe Arbeitslosigkeit. Denn die Sozialsysteme in Österreich, Deutschland und der Schweiz sind nach wie vor überwiegend an die Löhne und Gehälter gekoppelt. Damit ist die Finanzierung des Gesundheitssystems aber massiv abhängig von konjunkturellen Schwankungen und Entwicklungen am Arbeitsmarkt. Und dort wuchsen die Löhne und Gehälter in den vergangenen Jahrzehnten deutlich schwächer als die Gesamtwirtschaft. Anders gesagt: Jener Teil des BIP, den Löhne und Gehälter ausmachen, die so genannte Lohnquote, ist in Österreich seit Anfang der 80er-Jahre von 79 auf 66 Prozent im Jahr 2003 gesunken, obwohl sich der Prozentsatz der Erwerbstätigen seit den 50er-Jahren nicht verändert hat. Prozentuell stehen also nach wie vor gleich viele Menschen im Berufsleben – sie verdienen aber, gemessen am Wirtschaftswachstum, immer weniger. Deutlich machte dies im Sommer 2007 auch eine Untersuchung der Arbeiterkammer. Sie nahm die Bilanzen von 19 der größten in Wien börsennotierten Konzerne unter die Lupe und fand heraus, dass die Gewinnausschüttung an die Aktionäre und Eigentümer zwischen 2005 und 2006 um satte 33 Prozent angestiegen war. Die Vorstandsgagen hatten pro Kopf – nicht zuletzt aufgrund von Erfolgsprämien – um 17 Prozent zugelegt, während der Personalaufwand pro Mitarbeiter sogar um ein Prozent zurückgegangen war.⁹

Bei steigenden Ausgaben bricht den Krankenversicherungen somit die Finanzierungsbasis weg, und ihr Defizit explodiert. Gleichzeitig werden Erwerbstätige einseitig belastet. Wer von Mieten und Zinseinnahmen lebt, muss davon nichts abgeben. Spitzenverdiener müssen aufgrund einer Höchstbeitragsgrenze nur einen kleinen Prozentsatz ihres Einkommens für das Gesundheitssystem zur Verfügung stellen. Diese Ungleichheit war der Grund dafür, dass die 2007 geschlossene große Koalition von SPÖ und ÖVP, ähnlich wie davor auch die deutsche Regierung, begonnen hat, über alternative Finanzierungsstrukturen nachzudenken.

Bis diese allerdings greifen, werden zur Finanzierung weiterhin die Beiträge erhöht. Und damit dreht sich auch der Teufelskreis weiter. Die Lohnnebenkosten steigen, die Wirtschaft sucht nach günstigeren Alternativen und findet diese meist an anderen Standorten. Oder die Konzerne wandern nicht ab, spielen auf der Suche nach Förderungen aber die Kommunen gegeneinander aus. Dieser Standortwettbewerb spiegelt sich auch in der erwähnten Untersuchung der Arbeiterkammer wieder: Der Personalaufwand pro beschäftigtem Mitarbeiter ging deshalb zurück, weil die Zahl der insgesamt von den Unternehmen beschäftigten Menschen stärker anstieg als die gesamten Personalausgaben. Grund dafür war die Expansion vor allem nach Osteuropa und die Übernahme von Firmen mit billigeren Arbeitskräften oder überhaupt die Auslagerung von Jobs in Billiglohnländer.

Das bekommen nicht nur die Statistiker und Beschäftigten zu spüren. Auch Bürgermeister können davon ein Lied singen. Xaver Sinz, Bürgermeister der Vorarlberger Gemeinde Lochau, ist so einer. Eigentlich hätte er allen Grund, auf seine Gemeinde stolz zu sein. Der 5700-Einwohner-Ort liegt malerisch am Ufer des Bodensees an der Grenze zu Deutschland und den Ausläufern des Bregenzer Hausberges Pfänder. Diese Lage führt zu einem kontinuierlichen Zuzug und steigenden Einwohnerzahlen. Doch der Bürgermeister hat Sorgen. Eines seiner Schäfchen verlässt Lochau, und zwar ausgerechnet der größte Arbeitgeber des Ortes, die Privatkäserei Rupp. Sie begann Anfang 2007 mit dem Neubau der Zentrale im Nachbarort Hörbranz, nicht zuletzt weil der Grund dort billiger und die Verkehrsanbindung besser ist. Für Sinz bedeutet das den Wegfall von fast einem Drittel der Kommunalabgabe. So wie jede andere Gemeinde in Österreich, erhält Sinz drei Prozent der Bruttolohnsumme für jeden im Ort Beschäftigten. Und im Durchschnitt macht die Kommunalabgabe 27 Prozent der Gemeindeeinnahmen aus. Während die bei Rupp Beschäftigten also noch das Glück haben, dass sie ihre Jobs nicht verlieren, sondern nur in die Nachbargemeinde pendeln müssen, fehlen dem Bürgermeister fast zehn Prozent des Gemeindebudgets.

Noch schlechter geht es den Gemeinden in der ehemaligen Stahlregion der Obersteiermark. Weil in den vergangenen Jahren viele Arbeitsplätze verloren gegangen sind, pendeln auch hier viele Bewohner in andere Orte. Und das heißt in letzter Konsequenz auch, dass den regionalen Nahversorgern, vom Bäcker bis zum Apotheker, die Kunden ausbleiben. In der einstigen Textilhochburg Hohentems – wie Lochau in Vorarlberg gelegen – reagierten die Politiker Ende 2005 auf derartige Entwicklungen mit einer unkonventionellen Aktion. Auf Antrag der Bürgermeister-Partei ÖVP beschlossen alle Stadträte, auf zehn Prozent ihrer Bezüge und Sitzungsgelder zu verzichten.

Während die Einnahmenbasis der öffentlichen Hand an allen Ecken und Enden bröckelt, werden umgekehrt ihre Ausgaben gerade im Gesundheits- und Pflegebereich in den kommenden Jahren weiter ansteigen. Helmut Mödlhammer, Präsident des Österreichischen Gemeindebundes, warnte Anfang 2006 in einem Zeitungsinterview eindringlich: „Die Sozial- und Gesundheitskosten steigen jährlich um zehn bis fünfzehn Prozent. Das ist unser Riesenproblem.“¹⁰ Dadurch kam es zwischen 1995 und 2004 auch zu starken Veränderungen in der Finanzierung. So stieg der Anteil der über Steuern finanzierten Gesundheitsausgaben von 21,5 auf 25,1 Prozent (Hofmarcher/Rack, 2006). Das ist überwiegend jener Teil, der von Ländern und Gemeinden für die Finanzierung von Krankenanstalten ausgegeben wird, da der Bund recht wenig zuschießt. Vergleicht man die Ausgaben für Krankenhäuser, wird auch klar, warum das so ist. Zwischen 1990 und 1996 stiegen die Spitalsausgaben in den EU-15-Staaten um 40 Prozent, in Österreich sogar um 60 Prozent (Hofmarcher/Riedel, 2000). Noch deutlicher wird die Schere am Beispiel des Landes Salzburg. Zwischen 1994 und 2004 stie-

gen dort die Gesundheitsausgaben um 97,4 Prozent. Das gesamte Landesbudget wuchs in der gleichen Zeit aber nur um 11,54 Prozent, die Steuereinnahmen um knapp 41 Prozent.

Die Folgen

Als Reaktion ziehen sich die Kommunen zunehmend entweder teilweise oder ganz aus dem Betrieb von Krankenhäusern und Pflegeheimen zurück, oder sie suchen Kooperationen mit privaten Anbietern oder Investoren. Für viele Bürgermeister stellt sich schlicht die Frage, ob sie die Löcher in den Straßen nicht mehr flicken und die Kanalisation nicht ausbauen oder ob sie ihr Krankenhaus abgeben bzw. dessen Ausbau mithilfe von privaten Partnern finanzieren. Ähnlich ist die Situation bei den defizitären Sozialversicherungen. Auch für sie stellt sich die Frage, ob sie eigene Einrichtungen noch selbst führen oder diese aus Geldmangel verkaufen müssen. Gleichzeitig werden durch die angespannte Haushaltslage von Ländern und Kommunen auch die Investitionsmittel kontinuierlich gekürzt. „Als Folge ist [in deutschen Kliniken, Anm. d. Verf.] ein Investitionsstau von etwa 50 Milliarden Euro entstanden, der bisher nur von privaten Krankenhausträgern adäquat bedient werden kann“, die sich Finanzmittel am Kapitalmarkt leichter beschaffen können (Salfeld/Wettke, 2001, in: Klauber, 2006, S. 11).

Auch in Österreich häufen sich die Notrufe aus Krankenhäusern, bei denen die notwendigen Investitionen nicht mehr getätigt werden können. Im Jahr 2004 kam so ein Hilferuf von Spitzenmedizinerinnen des Wiener AKH. An der Uniklinik sei die Lage bedrohlich und man könne mit dem medizintechnischen Fortschritt bald nicht mehr mithalten, kritisierten sie. Zwei Jahre später ertönten ähnliche Rufe von der Universitätsklinik Graz. Dort waren sogar die Bausubstanz und die Ausstattung der Stationen selbst in einem denkbar schlechten Zustand.

Doch damit gelangen die Systeme auch in einen Teufelskreis, aus dem es kaum ein Entrinnen gibt. So führen die laufenden Defizite dazu, dass Investitionen gekürzt, Leistungen reduziert und laufende Instandhaltungen reduziert oder hinausgeschoben werden. In der Folge hat dies Auswirkungen auf den Zustand der Bausubstanz und der Infrastruktur, was sich wiederum auf die Abläufe selbst und die Motivation des Personals niederschlägt. Und das alles zusammen führt wiederum zu steigenden Defiziten und damit zu einer neuen Runde in der sich abwärts drehenden Spirale. „Die Arbeitsgesellschaft ist am Ende, die Sozialsysteme zerreißen“, diagnostizierte schon im Winter 2002 die Wochenzeitung *Die Zeit*. Und der Medizinhistoriker Paul Unschuld vertritt überhaupt die Ansicht, dass der Staat das Interesse an der Gesundheit seiner Bürger verliert¹¹ und sich ganz aus der Versorgung zurückziehen wird.

11 Unschuld vertritt diese These bei einem Vortrag der Reihe „Kosmos und Mensch“ Anfang 2007 in der Berliner Charité.

In dieser Situation finden Berater im Gesundheitsbereich ein weites Betätigungsfeld. Nach der Industrie und den Dienstleistungsunternehmen werden nun die Gesundheitseinrichtungen optimiert. Das hat Vor- und Nachteile. Zwar heben moderne Managementmethoden nicht nur Effizienzpotenziale, sie können den Beschäftigten auch das Leben erleichtern und die Qualität verbessern. Gleichzeitig ist der Gesundheitsbereich aber nur bedingt mit Industriebetrieben oder Banken und Versicherungen vergleichbar.

Klinikkonzerne und Heuschrecken

Parallel dazu werden Schlüsselpositionen zunehmend von Privatunternehmen besetzt, die die Lücken im nicht mehr öffentlich finanzierbaren Gesundheitswesen nutzen. Für sie und für die Finanzinvestoren wird der Krankenhausmarkt zunehmend attraktiv – vor allem mit Blick auf die langfristig stabilen Wachstumsaussichten infolge der Bevölkerungsalterung sowie auf die verkrusteten Strukturen und die damit einhergehenden Effizienzpotenziale. In Deutschland etwa hat eine Privatisierungswelle den Spitalsbereich erfasst, die in Europa einzigartig ist. Grund dafür ist die angespannte Finanzlage der Kommunen und die Einführung der so genannten DRGs. Das sind Fallpauschalen, bei denen die Krankenversicherungen den Spitalern für eine bestimmte Diagnose ein fixes Honorar zahlen – unabhängig von den tatsächlich anfallenden Kosten. Mit diesem Geld müssen die Kliniken ihr Auslangen finden. Der Marktanteil privater Spitalsträger lag Ende 2006, bezogen auf die Bettenzahl, bei 11,5 Prozent. Bis 2015 soll er auf bis zu 38 Prozent steigen, schätzt die DZ-Bank in einer Analyse. Andere Banken und Unternehmensberater bestätigen diesen Trend.

Längst stehen nicht nur normale kommunale Krankenhäuser auf der Einkaufsliste der Privaten, sondern auch Universitätskliniken, wie das fusionierte Uniklinikum Marburg-Gießen, und ganze Spitalsgruppen, wie alle Spitäler der Stadt Hamburg. Gleichzeitig findet auch unter den privaten Konzernen ein Konzentrationsprozess statt. So hat etwa 2004 der Medizintechnik-Konzern Fresenius für 1,5 Milliarden Euro die Spitalskette Helios-Kliniken übernommen.

Der schwedische Klinik- und Diagnostikriese Capio wiederum ließ sich im August 2006 den Markteinstieg in Deutschland mit dem Kauf der verhältnismäßig kleinen Deutschen Klinik GmbH 34 Millionen Euro kosten. Capio führt Spitäler in Norwegen, Dänemark, Finnland, Großbritannien, Frankreich, Spanien und Portugal. Die Gruppe erzielt mit 14.500 Angestellten einen Gesamtumsatz von 1,3 Milliarden Euro. Mit der Deutschen Klinik GmbH als Plattform will Capio in Deutschland weiter wachsen. „Wir sind der Überzeugung, dass auch durch weitere Übernahmen öffentlicher Krankenhäuser Werte für unsere Aktionäre geschaffen werden“, sagte Capio-Vorstandschef Ulf Mattsson.¹² Einen Monat nach dem Deal war Capio selbst Objekt der Begierde. Allerdings nicht von Seiten eines Konkurrenten, sondern des britischen Finanzinvestors Apax. Der

12 Financial Times Deutschland, 22.8.2006.

Deal trieb die Aktie von 123 auf über 170 schwedische Kronen, und Apax zahlte für Capiro am Ende rund 1,7 Milliarden Euro. Apax wiederum ist auch an Unternehmen in der Medizintechnik und der Pharmaindustrie in Großbritannien, Frankreich und Südafrika beteiligt.

Nach Capiro interessiert sich nun auch Générale de Santé, Marktführer unter den privaten französischen Klinikketten, für den Kauf eines deutschen Krankenhauses oder gleich einer ganzen Klinikette. In Frankreich ist der Markt nämlich bereits ziemlich aufgeteilt. Im Großraum Paris hat Générale de Santé bereits mehr als 30 Prozent Marktanteil, in Lyon sogar mehr als 40 Prozent. „Für uns wird es immer schwerer, in Frankreich zu wachsen“, sagt Filippo Monteleone, Direktor für Entwicklungen, im Mai 2007 auf der Konferenz MCC Hospital World. „Die Häuser kannibalisieren sich sonst untereinander.“¹³ In den kommenden fünf Jahren will der Konzern rund 20 Prozent des privaten Marktes in Frankreich erobern. Viel mehr dürfte bei gleichen Gewinnmargen dann schwierig werden. Danach wolle man bis 2011 in drei Viertel aller EU-Staaten eine führende Position einnehmen, sagte der Klinikmanager. In Europa gelten insbesondere Spanien, Portugal, Italien, Großbritannien und Deutschland als attraktiv.

Interesse an den europäischen Klinikmärkten wird auch dem amerikanischen Klinikriesen Hospital Corporation of America (HCA) mit Sitz in Nashville nachgesagt. Neben Kliniken in den USA besitzt der Konzern bereits Standorte in England und der Schweiz. HCA ist mit einem Umsatz von 25,5 Milliarden US-Dollar im Jahr 2006 die größte private Klinikette der Welt. Entstanden ist HCA aus mehreren Fusionen und Übernahmen öffentlicher Kliniken. Vor allem Mitte der 90er-Jahre kam es in den USA zu einer massiven Fusions- und Schließungswelle bei Klinikkonzernen. 1995 hatte HCA noch rund 320 Krankenhäuser mit 82.000 Betten und 285.000 Mitarbeitern, im Jahr 2003 waren es gerade noch 179 Kliniken mit 42.000 Betten und 190.000 Mitarbeitern. Im Jahr 2006 wurden 180.000 Beschäftigte in den offiziellen Firmenstatistiken angeführt. Zu dieser Zeit wurde HCA für umgerechnet 24 Milliarden Euro an Finanzinvestoren wie Merrill Lynch und Kohlberg, Kravis, Roberts & Co. (KKR) verkauft.

Private und öffentliche Kooperationen

Die deutschen Klinikketten halten sich mit einer Auslandsexpansion derzeit noch etwas zurück. Die Wachstumsmöglichkeiten am heimischen Markt scheinen vorerst noch ausreichend. Deutsche Privatspitäler haben aber bereits erste Fühler nach Österreich ausgestreckt. Ein zentrales Datum stellt dabei der 7. Juni 2001 dar. An diesem Tag setzten nach langen Verhandlungen und Konsultationen mit Bundesregierung und Wirtschaftsprüfern Horst Wendling, Bürgermeister der Stadt Kitzbühel, und Uwe Drechsel, Vorstand des privaten deutschen Krankenhauskonzerns Helios-Kliniken, ihre Unterschrift unter insgesamt zehn Verträge, die der Gemeinde 242.000 Euro sowie den Ausbau des Spitals in der

13 Financial Times Deutschland, 26.5.2007.

Höhe von 1,9 Millionen Euro brachte. Bürgermeister Wendling verkaufte damals 74 Prozent des Kitzbühler Krankenhauses an Helios und unterschrieb damit die erste Privatisierung eines öffentlichen Krankenhauses in Österreich (Rümmele, 2005, S. 34). Kitzbühel hatte damit eine Diskussion eröffnet. Ins Zentrum der Debatte rückten rasch die Einrichtungen der defizitären Sozialversicherungen. So schlug etwa der Rechnungshof 2002 vor, dass sich die Unfallversicherungsanstalt von ihren sieben Spitälern trennen sollte.¹⁴

Im Jahr 2003 löste die Suche nach einem neuen Management für die landeseigene steirische Krankenhausgesellschaft Kages Wirbel aus. Erstmals wurden nicht neue Manager gesucht, sondern eine private Spitalsgesellschaft, die die Führung des Betriebs übernehmen sollte. Eigentümer der 21 Krankenhäuser mit 13.000 Mitarbeitern sollte aber weiterhin das Land Steiermark bleiben. Erst unter dem Druck der Öffentlichkeit schränkte das Land die Ausschreibung etwas ein. Die neue Vorgabe: Das neue Management dürfe ohne Zustimmung des Landes keine Standorte schließen. Außerdem sollte die Personalhoheit beim Land verbleiben. Bei Kürzungen sollte ohne Mitsprache des Landes also nichts gehen. Die Diskussionen und der eingeschränkte Handlungsspielraum für das private Management führten dazu, dass sich lediglich drei Interessenten für den international ausgeschriebenen Auftrag meldeten. Neben einem Arzt waren das der mehrheitlich zum deutschen Fresenius-Konzern gehörende Wiener Spitalsdienstleister Vamed, die zum Baukonzern Strabag gehörende HCC Krankenanstaltenbetriebs AG sowie die Humanomed-Gruppe, die österreichischen Privatkrankenversicherungen gehört und mit ihrem deutschen Pendant, der Sana-Gruppe, ins Rennen gegangen war. Weil sich im Bieterverfahren aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten bis auf die HCC alle Bieter zurückzogen, wurden am Ende für die 21 Krankenhäuser wieder angestellte Geschäftsführer eingesetzt. Die HCC erhielt einen mehrjährigen, gut dotierten Beratungsvertrag.

Seit damals kam es in Österreich zu mehreren so genannten Privat-Public-Partnership-Projekten beim Bau und Betrieb von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Ein Beispiel ist etwa das neurologische Rehabilitationszentrum am Wiener Rosenhügel, das der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft gehört. Es wurde mithilfe der Vamed gebaut bzw. umgebaut und wird nun von ihr gemanagt. Im Sommer 2006 wurde fixiert, dass das Stadtspital Klosterneuburg von der HCC und ihrem Mitbewerber Humanomed geführt wird. Der Wiener Krankenanstaltenverbund kündigte an, alte Spitalsimmobilien verkaufen und mit privaten Partnern ein Großkrankenhaus im Norden der Stadt bauen zu wollen. Ebenfalls 2006 wurde die Teilprivatisierung des Rehabilitationszentrums Bad Gleichenberg der SVA der Bauern an die HCC und die Humanomed-Beteiligung „Hospitals“ fixiert. Die Vamed wiederum finanzierte mit Finanzpartnern den Bau mehrerer Krankenhäuser, etwa in Schladming, Vöckla-

14 Die Regierung regt an, zu prüfen, ob das Hanusch-Krankenhaus nicht an den Krankenanstaltenverbund der Stadt Wien übertragen werden soll. Die Stadt und die Wiener Gebietskrankenkasse lehnen dies allerdings ab.

bruck oder Steyr. Die Stadt Wien und die Gebietskrankenkasse haben 2006 mit dem privaten Ordensspital der Barmherzigen Brüder eine Firma gegründet, um ein Dialysezentrum zu bauen. Gemanagt wird dieses vom Orden, obwohl er an der neuen Firma nur zwei Prozent besitzt. Der Grund dafür: Im Privatbereich sind die Kollektivverträge deutlich günstiger für den Arbeitgeber.

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

Ebenfalls im März 2007 wurde bekannt, dass der Vertrag in Klosterneuburg überraschend vorzeitig gekündigt würde. Grund für die Vertragsauflösung durch die Gemeinde war, dass diese ihr Spital nicht wie erhofft Anfang 2009, sondern schon Anfang 2008 an die Spitalsholding des Landes Niederösterreich übergeben werde. Damit spare die Stadt mehr, als es das beste Management je fertig gebracht hätte, sagten auch die privaten Partner. Deren Ziel war es, die Zuschüsse der Stadt in 30 Monaten um insgesamt 1,15 Millionen Euro zu reduzieren.

Kein Glück hatten private Interessenten auch beim medizinischen Großprojekt Medauston in Wiener Neustadt. Weil sie während der Ausschreibung für ein PPP-Projekt eine Reduktion der Risiken gefordert hatten, entschied das Land Niederösterreich, das Projekt allein durchzuführen. Im Landtag wurde eine Risikoübernahme in der Höhe von 120 bis 150 Millionen Euro beschlossen. Hintergrund war, dass der medizinische Bedarf für das neuartige Krebsbehandlungs- und Forschungszentrum in Expertenkreisen umstritten ist. Das Protonen- und Ionentherapiezentrum benötigt zur Auslastung 1200 Patienten pro Jahr. Diese Zahl ist aber nur zu erreichen, wenn österreichweit alle in Frage kommenden Patienten nach Wiener Neustadt geschickt und zudem auch ausländische Patienten behandelt werden. Derzeit entstehen aber in Grenznähe, vor allem in Deutschland, ähnliche Zentren, die umgekehrt auf österreichische Patienten hoffen. Für einen privaten Betreiber hätte sich das Zentrum also kaum gerechnet.

Fusionen und Übernahmen

All diese Entwicklungen beschäftigten im Mai 2007 auch 300 österreichische Krankenhausmanager. Es war der erste heiße Sommertag des Jahres; erstmals