

Güntert Bernhard J., Univ.Prof., Dr.oec., MHA, Innsbruck, Austria

Professor and Head of the Institute for Health Economics and Management at the Private University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology (UMIT), Innsbruck, Austria; temporary advisor to the World Health Organization (WHO) on reform projects for Eastern Europe

Universitätsprofessor und Vorstand des Instituts für Management und Ökonomie im Gesundheitswesen (IMÖG) an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik (UMIT), Innsbruck, Österreich, Berater auf Zeit bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Reformprojekten in Osteuropa

Public Private Partnership im Gesundheitswesen – ein Ausweg aus der Finanzierungskrise?

Abstract

In Austria, the state traditionally plays the central role in the health care system. Particularly in in-patient health care there is almost no participation by private companies. But different health care providers and political parties are increasingly demanding “more market and less state” in the form of privatisation, Public Private Partnerships (PPP) or other types of public-private collaboration (PPC). The implementation of PPC and PPP will have an impact on the economic efficiency of the health care system, and health professionals will have to meet new criteria. The aim of this paper is to clarify the terms used, give practical examples of different forms of PPC and discuss the resulting new challenges for people working in the field of health care.

Ausgangslage: Finanzierungsprobleme und Regelungsdichte

Trotz verschiedenster Reformversuche wachsen die Kosten für die Gesundheitsversorgung in den meisten Staaten stärker als das jeweilige Wirtschaftswachstum (vgl. www.oecd.org). Dies führt zunehmend zu Kritik am Gesundheitsversorgungssystem und die Politik ist nicht mehr bereit ohne sorgfältige Klärungen in diesen Bereich zu investieren. Insbesondere auch, da die Wurzeln der Struktur des heutigen Versorgungssystems aus der Mitte des 19. Jahrhunderts stammen und damit weder der modernen Medizin, dem modernen Rettungswesen noch der heutigen Mobilität der Bevölkerung entsprechen. Große Strukturveränderungen wären notwendig, lassen sich jedoch aufgrund der aktuellen finanziellen Situation der meisten Staaten nicht finanzieren. Schon der Betrieb des bestehenden Versorgungssystems ist nicht überall sichergestellt.

Im deutschen Krankenhaussystem wird beispielsweise ein Investitionsstau zwischen 25 und 50 Mrd. Euro geschätzt (www.medizin.de, 16.4.2005). Angesichts der wirtschaftlichen Situation ist mit einer raschen Sanierung der öffentlichen Haushalte nicht zu rechnen. Krankenhäuser und Träger müssen daher – nachdem Betriebsabläufe gestrafft und der Ressourceneinsatz optimiert worden sind – selbst nach Finanzierungsalternativen suchen. Outsourcing und Privatisierung, zunehmend aber auch andere Partnerschafts- und Kooperationsmodelle zwischen Staat und

Privaten, sind dabei übliche Ansätze. Unter dem Schlagwort „Public Private Collaboration“ kann die Pluralität dieser institutionellen Arrangements subsumiert werden. Ziel dabei ist es, durch Kooperation mit der Privatwirtschaft bauliche und technische Investitionen zu tätigen und die Leistungserstellung im Rahmen flexiblerer privatwirtschaftlicher Ressourcen effizienter und effektiver zu gestalten.

Privatisierung und Public Private Collaboration als Lösungsansätze

Wirtschaftliche Aktivitäten können grundsätzlich in zwei Bereiche unterteilt werden: Einerseits in wirtschaftliche Leistungen, deren Allokation den Kräften der freien Marktwirtschaft und den darin agierenden privaten Unternehmen überlassen wird, andererseits in jene, deren Allokation, basierend auf einem gesellschaftlichen Diskurs, durch den Staat sichergestellt oder zumindest beeinflusst werden sollen. Zu letzteren gehören in der Regel innere und äußere Sicherheit, Bildung, Teile des Verkehrs, Gesundheit usw.. Mittels Lenkungsmaßnahmen oder Finanzierungsanreizen seitens des Staates sollen gesellschaftliche Wertevorstellungen wie z.B. gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Bürger, garantiert werden, wobei jedoch eine Einflussnahme des Staates nicht zwangsläufig eine exklusive Produktion der Leistungen durch öffentliche Unternehmen voraussetzt.

Abhängig vom Ausmaß der Kooperation können unterschiedliche Formen identifiziert werden:

In der österreichischen Krankenhauslandschaft nimmt eine spezielle Form von PPC, nämlich jene der „symbolischen Privatisierung“, eine zentrale Rolle ein. 1979 wurde in Vorarlberg die erste Krankenhaus-Betriebs-GmbH gegründet und diente als Vorbild für andere Bundesländer. Bei Krankenhausbetreibergesellschaften handelt es sich formal um einen privaten Partner, jedoch werden die Anteile noch zu 100 % von der öffentlichen Hand gehalten. Dies stellt auf den ersten Blick einen Widerspruch in sich dar. Mittels der symbolischen Privatisierung besteht die Möglichkeit, das sehr rigide Arbeitsrecht für öffentlich Bedienstete zu Gunsten von flexibleren Vertragsformen zu ersetzen, was auch zu einer teilweisen Entbürokratisierung beitragen kann. Weitere Vorteile bestehen in einer klaren finanziellen und administrativen Kompetenzzuweisung.

Eine ähnliche Form von symbolischer Privatisierung findet sich in Deutschland:

Rund ein Drittel der Krankenhäuser werden von sogenannten freigemeinnützigen Trägern betrieben (Wohlfahrtsverbände, Kirchen usw.), sind jedoch völlig in die staatliche Krankenhausplanung integriert und haben auch die Arbeitsbedingungen der öffentlichen Hand übernommen. Heute besinnen sie sich jedoch wieder auf ihre private Trägerschaft und nutzen die privatrechtlichen Möglichkeiten zunehmend aus. Alle Gesundheitseinrichtungen bedienen sich seit jeher des Marktes und kaufen benötigte Produkte und Dienstleistungen („traditionelle Beschaffung“). Die Interaktion zwischen der öffentlichen und der privaten Organisation endet dabei meist mit der Übergabe der Ware. Als eine weitergehende Form hat sich seit einiger Zeit die Kooperationsform „Outsourcing“ entwickelt. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass für klar definierte Leistungen, meist Reinigung, Wäscherei, Labor, Entsorgung, Wartungen, zwischen dem privaten und dem öffentlichen Akteur vertraglich eine mittel- bis langfristige Kooperation eingegangen wird. Für das Krankenhaus heißt dies, dass wohl eine gewisse Abhängigkeit entsteht, aber auch dass das finanzielle Risiko praktisch ausgeschaltet, bzw. auf die privaten Partner überwältzt werden kann. Der Grundgedanke des Outsourcings liegt darin, dass sich die Gesundheitseinrichtungen auf ihre Kernaktivitäten konzentrieren und unterstützende

Aufgaben von privatwirtschaftlichen Experten erledigen lassen können. Im Gegensatz etwa zu Deutschland oder der Schweiz wird in Österreich diese Form der Kooperation noch eher wenig genutzt.

Streben öffentliche und private Einrichtungen jedoch langfristige gemeinsame Kooperationen an bei welchen der private Partner auch einen namhaften Beitrag am Kernprozess leistet, d.h. dass die Leistung nur gemeinsam erbracht und das Risiko geteilt wird, so spricht man von „Public Private Partnership“ (PPP). Derartige Kooperationen sind komplex und bedürfen spezieller vertraglicher oder institutioneller Arrangements, meist über die Bildung einer gemeinsamen juristischen Person, an der sowohl der öffentliche Sektor als auch private Akteure beteiligt sind. Durch PPP versucht der öffentliche Sektor meist nicht nur die Finanzkraft, sondern häufig auch die Expertise und Innovationskraft des privaten Partners zu nutzen. Gleichzeitig behält er sich die Möglichkeit vor, bei Verstößen gegen das öffentliche Interesse korrigierend eingreifen zu können.

Public Private Partnership in der Praxis

PPPs werden in vielen Ländern, vor allem etwa im UK, in Griechenland, Spanien, Portugal, Dänemark und in verschiedenen öffentlichen Bereichen (z.B. Verkehr, Bildung) zur Realisierung von Infrastrukturprojekten genutzt. In Österreich steckt das PPP jedoch noch in den Kinderschuhen. Die Europäische Investitionsbank investierte im Jahre 2005 nur 0,27 % aller ihrer PPP-Mittel in Österreich. Im Vergleich dazu waren es im UK 24,44 %, in Spanien 17,79 % und in Dänemark 10,41 % (www.eib.eu.int, 2006). Dass PPP zunehmend auch im Bereiche der Gesundheitsversorgung genutzt wird zeigen verschiedene Studien internationaler Banken oder Beratungsunternehmen (vgl. u.a. www.ifc.org, PriceWaterhouseCoopers 2004).

Im österreichischen Gesundheitswesen sind vor allem das auf PPP-Basis verwirklichte Unfallkrankenhaus Linz (Eröffnung Juli 2005, 175 Millionen Euro Bausumme, 155 Betten – (AUVA 2005)) und das Krankenhaus Vöcklabruck (Eröffnung Herbst 2004, 344 Millionen Euro Bausumme, 537 Betten – (www.lkh-voecklabruck.at, 2006)) oder das Kremser Radiotherapie Spital (22 Millionen Euro (Schmid A et al, 2006)) zu nennen. Beim UKH in Linz hat das PPP-Konsortium, welches aus Alpine Mayreder, Oberösterreichische Raiffeisenbank und Vamed bestand, z.B. die Aufgaben der Finanzierung, der Konstruktion, des Facility Managements und der Logistik übernommen. Ein aktuelles PPP-Projekt stellt das Psychosomatische Zentrum Waldviertel dar, welches im Juli 2006 eröffnet wurde. Ursprünglich ein Unfallkrankenhaus, wurde es von der Waldviertler Krankenhausgesellschaft, Romed und Vamed revitalisiert (www.pszw.at, 2006).

Dass bei privaten Partnern auch Expertise gesucht wird lässt sich etwa am Beispiel „Sterilisation von medizinisch-technischen Geräten“ zeigen. Diese Aufgabe wird für die Krankenhäuser Bludenz, Feldkirch und Hohenems von der Firma Medizinprodukteaufbereitung Vorarlberg GmbH durchgeführt, eine PPP zwischen der Vorarlberger Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. (51% Anteile) und der privaten Unternehmung Sterilog (49 % Anteile) (Maikisch 2006). Die Ausnützung von Größenvorteilen und die damit verbundene Fixkostendegression aber auch die Spezialisierung, welche technische und organisatorische Entwicklung wie auch bessere Wartung der Anlagen erlaubt, spricht für die Realisierung derartiger Service-PPP.

In Deutschland wird zur Zeit ein signifikanter Anstieg von Management-PPPs konstatiert. Viele Kommunen versuchen sich von der Last ihres Krankenhauses durch Verkauf an oder aber durch Abschluss langfristiger Managementverträge mit privaten Partnern zu entledigen. Private Spezialisten verpflichten sich das Krankenhaus unter definierten Bedingungen weiterzuführen und versuchen durch die Implementierung geeigneter Managementkonzepte Effizienz und Effektivitätssteigerung zu verwirklichen. Im Vergleich zu Deutschland sind die Rahmenbedingungen in Österreich für Management-PPPs oder die Privatisierung von Krankenhäusern auf Grund der Abgeltung der Krankenhausleistungen über die Fonds (noch) nicht ideal.

Folgen und Herausforderungen

Die rasante medizin-technologische Entwicklung erfordert – um die öffentliche Aufgabe „Gesundheitsversorgung“ auf möglichst hohem Niveau sicherzustellen – laufend hohe Investitionen. Angesichts der Finanzlage ist der Staat alleine damit überfordert. Private Investoren und Experten sind gefragt. Diese werden sich jedoch nur beteiligen, wenn sie gute Chancen sehen ihre eigenen Ziele zu erreichen. Diese sind sehr unterschiedlicher Art und reichen von altruistischen Partnern mit dem Ziel spezielle Gruppen (z.B. Kinder, AIDS-Patienten) zu unterstützen, über nicht-gewinnorientierte (angemessene Verzinsung des Kapitals) bis hin zu gewinnorientierten Partnern. Folge davon ist, dass private Partner sich nicht für die breite, flächendeckende Patientenversorgung interessieren, sondern sich ihr Engagement oft nur auf ausgewählte, gut verrechenbare medizinische Leistungen, bzw. auf bestimmte Patientengruppen oder Regionen erstreckt. Dies kann zu Unterversorgung in anderen Bereichen führen und der Rationalität vieler Health Professionals aber auch der Politik entgegenlaufen.

Private Investoren werden für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems notwendig sein, sie stellen jedoch das Management von Gesundheitseinrichtungen und die staatliche Steuerung vor große Probleme. Musste man sich bisher mit verschiedenen Anspruchsträgergruppen beschäftigen und zwischen ihnen mit Blick auf das gesamtgesellschaftliche Optimum einen Ausgleich suchen, so wird man sich in Zukunft vermehrt der ökonomischen Rationalität von Investoren bzw. Shareholdern beugen müssen. Gesundheitseinrichtungen denen es gelingt einen Shareholder Value zu generieren werden sich bei der Suche nach privaten Partnern leichter tun und strukturelle Vorteile bei der Finanzierung haben. Dies dürften weniger die kleinen Allgemeinen Krankenhäuser, als vielmehr spezialisierte Kliniken in städtischen Gebieten, mit attraktiven verrechenbaren Leistungen sein.

So sehr private Beteiligungen wünschbar sind, um die Versorgung weiter zu entwickeln und sicherzustellen, so problematisch können sie werden, da sich dadurch eine neue Bruchstelle auf dem Weg zur Mehrklassenmedizin öffnen dürfte.

Literatur

- AUVA (2005), Das Unfallkrankenhaus Linz der AUVA, Hartpress, Linz
EIB (2006), Die Rolle der EIB im Bereich öffentlich-privater Partnerschaften (PPP) (www.eib.eu.int/Attachments/thematic/eib_ppp_de.pdf), 20. April 2006
Maikisch H. (2006), Prokurist der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft m.b.H. (persönliche Auskunft)

PriceWaterhouseCoopers (2004), Developing Public Private Partnership in New Europe (vgl. auch www.pwc.com)

Schmid A, Hofer R, Pflügl M; Staat & Privat gemeinsam, in: Format, 24/06, S. 102ff

www.lkh-voecklabruck.at (19. Juli 2006), Krankenhaus Vöcklabruck (vgl. auch

www.eib.org/projects/loans/sectors/list.asp)

www.pszw.at, (10. Juni 2006), Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg (PSZW) (vgl. auch www.wvk.at/aktuelles_egg.htm)