
Kai Mosebach **Zwischen Konvergenz und** **Divergenz: Privatisierungs- und** **Ökonomisierungsprozesse in** **europäischen Krankenhaussystemen**

Im europäischen Vergleich gilt das deutsche Krankenhaussystem sowohl hinsichtlich der Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser (siehe den Beitrag von Thorsten Schulten und Nils Böhlke in diesem Band) als auch in Bezug auf die Einführung eines auf diagnosebezogenen Fallpauschalen beruhenden administrierten Preissystems (Simon 2002) als Vorreiter in Europa. In diesem Beitrag wird hingegen die These erhoben, dass der deutsche Fall nur eine besondere Ausprägung eines krankenhauspolitischen Megatrends in Europa darstellt, der die europäischen Krankenhaussysteme auf einen vergleichbaren Entwicklungspfad setzt, der von Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozessen geprägt ist.

Hierzu wird in einem *ersten Schritt* eine kurze Übersicht über die Governanceregimes einiger ausgewählter Krankenhaussysteme in Europa gegeben: Frankreich und Niederlande (Sozialversicherungsmodell) sowie England (staatlicher Gesundheitsdienst). Der Vergleich zeigt, dass Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in spezifische institutionelle Strukturen eingebettet sind, wobei diese länderübergreifend zunehmend von wettbewerblichen Mechanismen geprägt werden (zu »wettbewerblichen Governanceregimes« in der Gesundheitsversorgung: Mosebach 2006). *Zweitens* werden Privatisierungsprozesse in den Krankenhaussystemen dieser Länder nachgezeichnet, wobei ich die übliche Unterscheidung von formaler und materieller Privatisierung um das Konzept der funktionellen Privatisierung erweitere. *Abschließend* werde ich die dargestellten Trends daraufhin diskutieren, ob und in welcher Weise sie einen Konvergenzprozess zwischen den ausgewählten europäischen Krankenhaussystemen bewirken könnten.

Governance der französischen Krankenhausversorgung: zwischen Ökonomisierung und Wettbewerb

In Frankreich ist die Krankenhausversorgung im internationalen Vergleich durch einen traditionell hohen Anteil privatwirtschaftlicher Krankenhäuser geprägt. Zudem wurden öffentliche Krankenhäuser, einschließlich freigemeinnütziger Krankenhäuser, und privatwirtschaftliche Krankenhäuser unterschiedlich reguliert (Alber 1992; Durand-Zaleski 2008). Jüngere Reformbestrebungen – vor allem die als »Hôpital 2007« bezeichnete große Krankenhausreform des Jahres 2003 – in der französischen Krankenhauspolitik zielen auf die Etablierung eines einheitlichen Governanceregimes für einen umfassenden nationalen Krankenhausmarkt, in dem privatwirtschaftliche und öffentliche Krankenhäuser miteinander konkurrieren. Das steuerungspolitische Ziel besteht darin, die Effizienz der (privatwirtschaftlichen und öffentlichen) Krankenhausversorgung durch strukturelle Veränderungen der makroökonomischen und mikroökonomischen Governance, insbesondere durch mehr Wettbewerb und größere Handlungsautonomie für öffentliche Krankenhäuser, zu verbessern (Or/de Pourville 2006: 21).

Das neue Governanceregime des französischen Krankenhausesektors besteht aus einem institutionalisierten Mix aus staatlicher Budgetierung, regionalisierter Leistungs- und Investitionsplanung, korporatistischer Verhandlung und marktgetriebener Leistungs- und Investitionsfinanzierung (ausführlich: Sandier/Paris/Polton 2004):

Erstens legt das Gesundheitsministerium jene Leistungsbereiche fest, die von den Regionen in der Aufstellung des regionalen Leistungsplans beachtet werden müssen (Durand-Zaleski 2006; Ettelt et al. 2008: 33). Spezielle regionale Gesundheitskonferenzen konkretisieren die nationalen Gesundheitspläne für die jeweilige Region und wirken auch auf die Formulierung nationaler Gesundheitsziele ein (Ettelt et al. 2008: 34). Die 22 regionalen Krankenhausbehörden erstellen in diesem Rahmen und auf der Grundlage von Expertengutachten über die zukünftige klinische Entwicklung in den jeweiligen Fachgebieten einen regionalen Fünfjahres-Plan, der die erforderlichen Einrichtungen und Leistungsmengen an Krankenhausleistungen festlegt (Ebd.: 35f.). Das Gesundheitsministerium handelt sodann auf nationaler Ebene mit der Vereinigung der Krankenhäuser einen Modellvertrag für die regionale Krankenhausversorgung aus, in dessen Folge es zwischen den regionalen Krankenhausbehörden und den (privaten und öffentlichen) Krankenhäusern zu vertraglichen Zielvereinbarungen kommt. Diese halten für die Dauer von drei bis fünf Jahren die Art der Einrichtungen und die Leistungsmenge fest, die die Krankenhäuser bereitzustellen haben.

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhausssystemen |

Zweitens entscheiden die regionalen Krankenhausbehörden weitgehend eigenständig über Investitionsprojekte von Krankenhäusern. Lediglich im Falle vollständiger Neubauten von Krankenhäusern hat das Gesundheitsministerium das letzte Wort (ebd.: 35). Die Finanzierung von Investitionen in Krankenhäusern werden in Frankreich traditionell von den Krankenhausträgern selbst über private Kredite oder aus dem Cash-Flow finanziert (Alber 1992), können jedoch auch von den regionalen Krankenhausbehörden bezuschusst werden (HOPE/DEXIA 2008: beigelegte tabellarische Übersicht). Darüber hinausgehend hat die französische Regierung im Jahr 2003 im Zusammenhang mit der großen Krankenhausreform staatliche Fördermittel für die Modernisierung der französischen Krankenhäuser durch *Public Private Partnerships* bereitgestellt (HOPE/DEXIA 2008: 104).

Drittens werden in Frankreich etwa drei Viertel aller Gesundheitsausgaben über die staatliche Nationale Krankenversicherung aufgebracht. Hierzu setzt das Parlament für die verschiedenen Versorgungsbereiche des französischen Gesundheitssystems ein Zielbudget fest, das neben der Bekämpfung ungleicher Versorgungsbedingungen auch die gesamten Gesundheitsausgaben in ihrem Wachstum begrenzen soll. Die Finanzmittel für die Krankenhausversorgung werden über die regionalen Verbände der Nationalen Krankenversicherung und in Verbindung mit dem regionalen Krankenhausplan der regionalen Krankenhausbehörde verteilt (Sandier/Paris/Polton 2004: 105f.; Bellanger/Mossé 2005: 123f.).

Aufgrund der besonderen Bedeutung von privaten, gewinnorientierten Krankenhäusern waren die Budgetierungs- und Vergütungssysteme lange Zeit sehr unterschiedlich (Bellanger/Mossé 2005: 125ff.). Mit der großen Krankenhausreform des Jahres 2003 zielt die französische Regierung jedoch auf die Einführung eines für den privatwirtschaftlichen und öffentlichen Sektor einheitlichen prospektiven, auf Patientenklassifikationen aufbauenden fallpauschalierenden Vergütungssystems, das neben einer besseren Effizienz und Leistungstransparenz der Krankenhausversorgung zu einer verbesserten Abstimmung der Budgetziele und Budgetergebnisse führen soll.

Grundlage sind die *Groupes Homogènes de Séjour* (GHS), eine französische Variante der Diagnosis Related Groups (DRGs), die bereits in den 1990er Jahren als Instrument eingesetzt wurden, um die unterschiedlichen Case-Mixes und Kostenstrukturen im öffentlichen und privaten Krankenhausystem zur Budgetanpassung abzubilden (Sandier/Paris/Polton 2004: 108; HOPE 2006: 33). Im Jahr 2004 wurden ca. 10% der Krankenhausleistungen nach den Regeln des GMS-basierten Vergütungssystems entgolten. Bis zum Jahr 2012 sollen alle Krankenhausleistungen (= 100%) in diesem Vergütungssystem integriert sein. Bei Überschreiten des Zielbudgets für

die GMS-vergüteten Krankenhausleistungen werden die GMS-Preise nach unten, bei Budgetunterschreitungen nach oben angepasst.

Allerdings sind die GMS nicht die einzige Grundlage der Leistungsvergütung im Krankenhaussystem. Daneben gibt es noch weitere, nicht an besondere Leistungsgruppen gebundene Zuschüsse zur Sicherstellung der lokalen Krankenhausversorgung und zur Finanzierung von zentralstaatlich vorgegebenen Gesundheitszielen (Or/Pouvourville 2006: 21; Bellanger/Tardif 2006: 296f.).

Viertens existiert wegen des Kostenerstattungsprinzips ein potenziell hoher Wettbewerbsgrad unter den Krankenhäusern (Behandlungsmarkt) – zumindest in dicht besiedelten und gut versorgten Regionen. Die Einführung des GMS-basierten Vergütungssystems (»money follows patient«) hat dies noch verstärkt. Der potenzielle Wettbewerb im Krankenhaussektor auf dem Leistungsmarkt (Beziehung zwischen Kostenträger und Leistungserbringern) des französischen Gesundheitssystems wird nicht von den Krankenversicherungen (die ja vereinheitlicht sind), sondern stärker von den regionalen Krankenhausbehörden (in denen die Krankenkassen vertreten sind) generiert, die – bei gegebenen Preisen – vertragliche Mengenvereinbarungen mit den Krankenhäusern eingehen (Bellanger/Mossé 2005: 125ff).¹

Fünftens verändert sich die betriebswirtschaftliche Governance öffentlicher Krankenhäuser. Diese können nunmehr eigenständig ihre interne (klinische) Struktur in Aktivitätszentren (»pôles d'activité«) umbilden und regionale Netzwerkstrukturen aufbauen, um auf die vom GMS-Vergütungssystem induzierten klinischen – internen wie externen – Spezialisierungstrends reagieren zu können. Darüber hinaus können sie auch mit privaten Klinik(kett)en kooperative Netzwerkstrukturen und Partnerschaften eingehen. Allerdings bleiben die administrativen Strukturen (Besetzung von Aufsichtsrat und Vorstand) noch unter der Kontrolle des Gesundheitsministeriums und die Krankenhäuser dürfen noch nicht eigenständig Angestellte entlassen (Or/de Pouvourville 2006: 22; Eeckloo/Delesie/Vleugels 2007: 81f.).

Sechstens schließlich nimmt im Zuge der verstärkten wettbewerbsbasierten Reformstrategie auch die staatlich-regionalisierte Regulierung der Leistungsqualität zu, wenn auch die Umsetzung dieser qualitätsorientierten

¹ Die Beziehung der Akteure in der Gesundheitsversorgung kann in ein dreiteiliges Analyseschema aufgeteilt werden, um wettbewerbliche Prozesse in ihr abzubilden. Das Verhältnis von Leistungserbringer und Patient wird demnach als »Behandlungsmarkt«, das Verhältnis von Leistungserbringer und Kostenträger als »Leistungsmarkt« und das Verhältnis von Kostenträgern und Patienten/Versicherten als »Versicherungsmarkt« bezeichnet (Mosebach 2006).

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen ■

Regulierungspolitik vor allem wegen der unzureichenden Zugänglichkeit (und damit auch Vergleichbarkeit) von Versorgungsdaten privatwirtschaftlicher und öffentlicher Krankenhauspolitik sehr skeptisch eingeschätzt wird (Or/de Pouvourville 2006: 23).

Governance der niederländischen Krankenhausversorgung: zwischen Ökonomisierung und Wettbewerb

Auch in den Niederlanden fand zu Beginn des neuen Jahrtausends eine bedeutende Reform des Krankenhaussystems statt, die in eine umwälzende Reform des zentralen Teils der niederländischen Krankenversicherung eingebettet war (Groenwegen/de Jong 2007; Maarse 2007). Das politisch ausgegebene Ziel der vermehrten Wettbewerbs- und Marktorientierung im Gesundheitssystem ist auch in den Niederlanden eine effizientere und bedürfnisgerechtere Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Die gesundheitspolitische Strategie dieses international als regulierter Wettbewerb (»regulated competition«) bezeichneten Versorgungsmodells führte auf der Nachfrageseite »des« Gesundheitsmarktes zur Intensivierung des Krankenkassenwettbewerbs und zur Privatisierung der (ehemals) gesetzlichen Krankenversicherungen. Auf der Angebotsseite war bereits in den 1990er Jahren die Kontrahierungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen mit individuellen Leistungserbringern (Ärzten, Physiotherapeuten usw.) aufgehoben worden (Helderman et al. 2005; Vailloancourt Rosenau/Lako 2008). Mit der Krankenhausreform der Jahre 2004/2005 zielte die niederländische Regierung darauf, die Bedingungen für einen – so die deutsche Begrifflichkeit – »Vertragswettbewerb« auch im Krankenhaussektor herzustellen. Es soll ein funktionsfähiger Krankenhausmarkt eingerichtet werden, in dem Konkurrenz, freie Preisbildung und Krankenhausschließungen realisiert werden können (Halbersma et al. 2007; Götze/Cace/Rothgang 2008).

Im Vergleich zum französischen Krankenhaussystem – aber auch im Vergleich mit anderen europäischen Krankenhaussystemen – ist das niederländische Krankenhausmodell durch eine überwältigende Dominanz nicht-gewinnorientierter freigemeinnütziger Krankenhäuser geprägt (über 90%), wobei es sich bei den übrigen öffentlichen Krankenhäusern vor allem um Lehr- und Forschungskrankenhäuser (Uni-Kliniken) handelt (den Exter et al. 2004). Privatwirtschaftlich ausgerichtete Krankenhäuser sind in den Niederlanden per Gesetz untersagt. Allerdings soll dieses Verbot nach Schaffung eines funktionsfähigen Krankenhausmarktes in Bezug auf Krankenhäuser im Jahr 2012 abgeschafft werden (Maarse 2007). Bereits

zugelassen zur Krankenhausversorgung sind privatwirtschaftlich ausgerichtete *Independent Treatment Centres* (ITCs), die sich auf leichtere elektive Leistungen spezialisiert haben.

Das Governanceregime des niederländischen Krankenhaussystems ist – auf den ersten Blick ähnlich wie das französische Governanceregime – ein institutionalisierter Mix aus staatlich-regionalisierter Budgetierung, dezentralisierter Leistungs- und Investitionsplanung und marktgetriebener Leistungs- und Investitionsfinanzierung. Bei einem näheren Blick ergeben sich jedoch wichtige Unterschiede, die die Markt- und Wettbewerbslogik im niederländischen Krankenhaussystem stärker ausprägen scheinen.

Erstens ist in den Niederlanden im Jahr 2005 ein neues Vergütungssystem für Krankenhausleistungen eingeführt worden, das sich jedoch vom französischen Modell vor allem darin unterscheidet, dass es die Krankenhausversorgung – zumindest für die Übergangsphase – in zwei Teilbereiche aufteilt, für die unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Vergütungssystems, der Vertragsgestaltung und der Kapazitätsplanung gelten. Beide Segmente beruhen auf der niederländischen Version von DRGs, den *Diagnose Behandeling Combinaties* (DBC's), die bereits 1994 eingeführt wurden (den Exter et al. 2004).²

Im ersten Segment der Krankenhausleistungen (DBC A) werden die Preise für die einzelnen Leistungen von dem vorab festgelegten Krankenhausbudget bestimmt und die DBC's dienen lediglich der Finanzzuweisung. Die DBC-A-Preise wurden zudem bei Überschreitung der vertraglich zwischen Krankenversicherungen und Krankenhäusern vereinbarten Leistungsmengen im darauf folgenden Jahr angepasst. Im zweiten Segment (DBC B) wurde hingegen mit der Krankenhausreform 2005 für ausgewählte elektive Leistungen die DBC-Preisbestimmung dereguliert und wird nun zwischen den Vertragspartnern frei ausgehandelt (Oostenbrink/Rutten 2006: 288ff.; van Kemenade 2007: 115ff.).

Im Jahr 2006 machte das zweite Segment ca. 8% aller Krankenhausleistungen aus. Sein Anteil hat sich seitdem jedoch stetig erhöht und erreichte 2008 immerhin schon gut ein Drittel aller Krankenhausleistungen (34%). Geplant ist, von 2008 an bis zum Jahr 2011 alle Krankenhausleistungen der freien Preisbildung zwischen den Vertragspartnern ohne Budgetierung zu überlassen. Hierzu hat die Health Care Authority einen Plan vorgelegt, die Einführung eines DBC's-basierten Vergütungssystems für alle Krankenhauss-

² Die DBC's zeichnen sich im Vergleich mit anderen DRGs durch einige Besonderheiten aus, die hier nicht weiter dargestellt werden (Oostenbrink/Rutten 2006: 288ff.; van Kemenade 2007: 115ff.).

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen

leistungen (in beiden Segmenten) als Übergangsprozess zu implementieren (Niederlande Zorgautoriteit 2007).³

Zweitens findet in den Niederlanden seit der Krankenhausreform 2005 keine rigide staatliche Krankenhausplanung mehr statt – und für den preisliberalisierten Teilbereich elektiver Leistungen ist sie de facto gänzlich abgeschafft (Ettelt et al. 2008: 48ff.). Vor dieser institutionellen Veränderung bestand die staatliche Krankenhausplanung aus einem hierarchischen Planungs- und Verhandlungsprozess zwischen dem Gesundheitsministerium und den Provinzregierungen. Krankenhäuser, die nicht im Krankenhausplan enthalten waren, mussten schließen, was allerdings praktisch kaum vorkam. Waren die Krankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen, bestand Kontrahierungspflicht für die (regionalen) Krankenversicherungen (den Exter et al. 2004: 24ff.).

Die neue Krankenhausreform schaffte sowohl die Kontrahierungspflicht als auch das rigide staatliche Planungsverfahren ab und wies den Krankenhausträgern in Zusammenarbeit mit den (regionalen) Krankenversicherungen die Leistungs- und (de-facto) Investitionsplanung zu – wohlgermerkt: im »Schatten des Staates« (Fritz W. Scharpf). Denn der Staat behält das formale Recht, bei der Gefährdung der Sicherstellung der Krankenhausversorgung den Krankenhäusern besondere Regulierungsanforderungen aufzuerlegen. Zudem bleibt die Planung von (neuen) teuren und auf High-Tech-Medizin ausgerichteten Kapazitäten weiterhin dem (zentral-)staatlichen Plazet unterworfen, wobei regionale Akteure (Krankenversicherungen und Krankenhausverbände) in den Verhandlungsprozess integriert werden (Maarse 2007: 5; Ettelt et al. 2008: 48).

Ähnlich wie in Frankreich werden Krankenhausinvestitionen mit Bankkrediten oder aus Überschüssen finanziert. Den Krankenhausträgern ist somit die finanzielle Verantwortung zugewiesen (Ettelt et al. 2008: 49). Diese wurde bislang dadurch realisiert, dass z.B. die Miet- und Kapitalkosten in den Tagessatz eingerechnet wurden (den Exter et al. 2004: 106ff.). Nach Einführung des neuen Vergütungssystems soll ein Investitionsaufschlag auf die jeweilige Fallpauschale eingeführt werden, der die Investitionsfähigkeit dem »Markt-

³ Ab dem 1. Juli 2009 wurde ein neues einheitliches Fallpauschalensystem eingeführt, das die bislang 30.000 DBC's in 3.000 »Gesundheitsprodukten« (»zorgproducten«, DBC/DOT) zusammenfasst. Bis zum Jahr 2011 sollen diese in allen Krankenhäusern und für alle Fachärzte gültig sein; die bisherige duale Struktur des Fallpauschalensystems bleibt in der Übergangsphase jedoch bestehen (Hans Dubois, persönliche Mitteilung).

erfolg« des Krankenhauses nachordnet, was zu Krankenhausschließungen führen wird (Maarse 2007: 5; Nederlandse Zorgautoriteit 2007).

Drittens sind in den Niederlanden bereits in den 1990er Jahren sowohl ein externes Qualitätssicherungssystem für Krankenhausleistungen als auch verschiedene Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in Krankenhäusern eingerichtet worden (Sluijs/Wagner 2003: 223ff.; Wagner et al. 2006: 2). Aber wegen zu geringer und wenig transparenter Qualitätsverbesserungen wurde beginnend im Jahr 2004 ein (integriertes) Qualitätssystem eingerichtet, das die Kranken(haus)versorgung in den Niederlanden »schneller und besser« machen sollte und an dem zunächst zehn Pilotkrankenhäuser teilnahmen (den Exter et al. 2004: 26). Dieses unter dem Namen »sneller beter« bekannt gewordene Projekt will durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten der Krankenhäuser durch die niederländische Behörde für die Qualität der Gesundheitsversorgung (»Inspectie voor de Gezondheidszorg«)⁴ einerseits und die Organisation krankenhäusübergreifender Lernprozesse andererseits die Qualität der Versorgung durch die Verbreitung von innovativen Organisationskonzepten vorantreiben (Dückers et al. 2009: 306f).

Governance der englischen Krankenhausversorgung: zwischen Ökonomisierung und Wettbewerb

Bereits mit der Einführung des internen Marktes durch die konservativen Tories Ende der 1980er Jahre wurden die nach dem Zweiten Weltkrieg verstaatlichten Krankenhäuser einem administrativ-organisatorischem Wandel unterworfen und zu (lokalen) NHS Trusts, gewissermaßen lokalen Krankenhausverbünden, zusammengefasst, die eine höhere finanzielle und operative Autonomie als ihre Vorgängerkrankenhäuser erreichen konnten (Ham 2003).⁵

Mit dem NHS-Reformplan (»NHS Plan«) setzte die von Tony Blair geführte New Labour-Regierung in England auf ein marktorientiertes, auf Wettbewerb und Wahlfreiheit beruhendes Versorgungssystem, das effizienter und patientenorientierter sein soll (Talbot-Smith/Pollock 2006).

⁴ URL: <http://www.igz.nl>. und URL: <http://www.ziekenhuizen transparant.nl/>

⁵ Wegen dieses administrativ-organisatorischen Zusammenschlusses der einzelnen Krankenhäuser zu lokalen NHS Trusts werden seit dem Jahr 1991 keine amtlichen Statistiken zur Anzahl von Krankenhäusern mehr zusammengetragen und veröffentlicht.

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhausssystemen

Ein auf den ersten Blick entscheidender Unterschied zur kontinentalen Krankenhausversorgung besteht darin, dass die Krankenhausversorgung in England überwiegend von staatlichen Krankenhäusern durchgeführt wird, die als NHS Trusts oder als NHS Foundation Trusts (siehe unten) organisiert sind (Talbot-Smith/Pollock 2006). Private Leistungserbringung im stationären Sektor konzentriert sich zum einen – traditionell – auf die (zusätzliche) private Leistungserbringung von NHS-Krankenhausärzten. Zum anderen ist jedoch die Beteiligung des privaten Sektors – legitimatorisch mit seinem erwünschten Beitrag zum Wartezeitenabbau gerechtfertigt – unter New Labour deutlich erweitert worden. So können NHS-Wartelistenpatienten nicht nur eine Behandlung in privaten (Tages-)Kliniken in Anspruch nehmen, die GPs (Hausärzte) sind bei ihren stationären Überweisungen mittlerweile sogar verpflichtet, dem Patienten wenigstens eine alternative private Behandlungseinrichtung anzubieten. Zudem sind durch den – säkularen und in ganz Europa zu beobachtenden – Prozess minimalinvasiver Operationen eine ganze Reihe von Tages- und Polikliniken entstanden, die sowohl mehrheitlich vom privaten Sektor getragen werden (*Independent Diagnostic and Treatment Centres, IDTCs*) als auch die klinisch-organisatorische (klare) Abgrenzung von ambulanter und stationärer Behandlung unterlaufen (Talbot-Smith/Pollock 2006; Lister 2008; siehe unten).

Das Governanceregime des englischen Krankenhaussystems stellt sich als Mischung aus staatlich-administrativer Budgetierung, regionalisierter/lokalisierter Leistungs- und Investitionsplanung sowie (zunehmend) wettbewerbsgetriebener Leistungs- und Investitionsfinanzierung dar. Seine Besonderheit im Vergleich zu den beiden bereits beschriebenen Krankenhausssystemen lässt sich in vier Punkten zusammenfassen:

Erstens beruht die Zuweisung des zwischen dem Gesundheits- und Finanzministerium ausgehandelten, auf drei Jahre angelegten NHS-Budgets auf einer in ihren Ursprüngen in die 1970er Jahre zurückreichenden, bedarfsorientierten Formel, die – der Intention nach – Regionen mit schlechterem sozioökonomischen Status und gesundheitlicher Versorgung mehr Budgetmittel (pro Einwohner) zuweist. Die (lokalen) Globalbudgets für Krankenhaus- und Gemeindegesundheitsdienstleistungen werden an die 152 *Primary Care Trusts* (PCTs) verteilt, welche dieses dann als (Teil-)Budget an die Hausärztepraxen (GPs: sog. *Practice Based Commissioning*) weitergeben. PCTs oder Hausarztpraxen, die sich für das PBCs entschieden haben, fungieren dann als Einkäufer von Krankenhausleistungen und ergänzenden Gemeindegesundheitsleistungen (Talbot-Smith/Pollock 2006). Staatliche Krankenhäuser sind entweder NHS-Trusts oder NHS Foundation Trusts. Im Hinblick auf die finanzielle und operative Autonomie können NHS Foundati-

on Trusts sogar (begrenzt) auf den privaten Kapitalmärkten Investitionsmittel aufnehmen, die Reinvestition von Überschüssen bleibt jedoch auf versorgungsrelevante Bereiche beschränkt. Zudem werden sie vom unmittelbaren Einfluss staatlicher Regulierungsbehörden befreit, indem sie von einer vom Ministerium unabhängigen Regulierungsbehörde, *Monitor*, auf finanzielle Solidität überprüft werden (Talbot-Smith/Pollock 2006).⁶

Bis 2010 sollen alle staatlichen Krankenhäuser als NHS Foundation Trusts organisiert sein. Obwohl sich staatliche Krankenhäuser (NHS Trusts) nur unter Nachweis finanzieller und qualitativer Solidität ihrer Leistungen für den Status von NHS Foundation Trusts qualifizieren können, sind jüngst zahlreiche NHS Foundation Trusts in finanzielle Schwierigkeiten geraten (King's Fund 2006/Leys 2006). Hinsichtlich der Qualitätssicherung bleiben alle NHS-Krankenhäuser der *Care Quality Commission* unterworfen.⁷

Zweitens wurde unter New Labour im Jahr 2004 ein prospektives Vergütungssystem implementiert (Staender 2007). *Payment-by-results* – so der offizielle Name – beruht auf einer britischen DRG-Variante, den *Human Resource Groups* (HRGs), die bereits seit den 1990er Jahren für die Errechnung durchschnittlicher Referenzkosten zum Zweck der Krankenhausvergleiche genutzt wurden. Auf der Grundlage der durchschnittlichen Referenzkosten der Krankenhäuser wird ein nationaler Einheitspreis (»national tariff«) ermittelt, mit dem eine gleiche Leistung in jedem NHS-Krankenhaus gleich vergütet werden soll.

Beginnend mit der Vergütung elektiver Leistungen sollen bis zum Jahr 2010 etwa 90% aller Krankenhausleistungen auf der Grundlage des nationalen Einheitspreises vergütet werden.⁸ Die Beziehungen zwischen den »Einkäufern« (PCTs oder PBCs) und den Krankenhäusern beruhen auf Kosten- und Mengenvereinbarungen und sind für NHS Foundation Trusts und private Leistungsanbieter (die unter dem regulativen Dach des NHS agieren) rechtlich bindend, d.h. deren Verträge haben eine privatrechtliche Grundlage. Verträge mit NHS Trusts basieren auf öffentlichen Verträgen (»NHS contracts«), die jedoch zusammen mit den NHS Trusts im vollendeten Gesundheitsmarkt verschwinden werden (Talbot-Smith/Pollock 2006). Doch auch in England existiert kein einheitliches, auf prospektiven Fallpauschalen

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen ■

beruhendes Vergütungssystem, denn zum einen konnten private Leistungserbringer (IDTCs) in der Startphase zentrale staatliche Finanzausschüsse erhalten und zum anderen können Leistungserbringer wegen der besonderen geographischen Lage zur Sicherstellung der Versorgung einen Antrag auf finanziellen Zuschuss stellen (Talbot-Smith/Pollock 2006).

Drittens findet weiterhin ein komplexer Leistungs- und Investitionsplanungsprozess, mit Schwerpunkt auf der regionalen und lokalen Ebene, statt, der jedoch – wegen der Verantwortung für das NHS Budget insgesamt – mit dem Gesundheitsministerium abgestimmt wird (Ettelt et al. 2008: 21ff.). Träger der lokalen Leistungs- und Investitionsplanung sind die bereits erwähnten 152 *Primary Care Trusts*, die für durchschnittlich etwa 300.000 Menschen die Gesundheitsversorgung sicherstellen sollen. Bei der lokalen Leistungs- und Investitionsplanung müssen sie nationale Politikprioritäten und regulative Vorgaben, aber auch (über-)regionale Leistungsplanungen durch die zehn *Strategic Health Authorities* (SHAs) beachten. Dennoch soll die Handlungs- und Entscheidungsautonomie der lokalen Primary Care Trusts stärker an lokalen Bedarfen orientiert sein.

Die *Leistungsplanung* wird von PCTs in vertraglicher Form mit Leistungserbringern (auch außerhalb der jeweiligen Lokalität) durchgeführt, wobei die letztlich durchgeführte Krankenhausleistung aufgrund der zunehmenden Wahlfreiheit von Krankenhauspatienten (bei elektiven Leistungen) über das nationale Vergütungssystem finanziert wird. Die prospektive Leistungsplanung und die realisierte, damit retrospektive Leistungsvergütung führen auf Krankenhausebene daher zu einem finanziellen Risiko, insoweit geplante Leistungen mit den letztlich realisierten Leistungen keineswegs übereinstimmen müssen.

Die *Investitionsplanung* ist ebenfalls mehrstufig organisiert, wobei bei Krankenhausneubauten nicht nur die lokalen PCTs und NHS (Foundation) Trusts sowie die überregionalen SHAs involviert sind, sondern das nationale Gesundheitsministerium das letzte Wort hat. Kleinere Investitionen und Neuanschaffungen können – je nach Anschaffungswert – von SHAs oder auch den lokalen PCTs (in Zusammenarbeit mit den NHS Krankenhäusern) beschlossen werden (Ettelt et al. 2008: 24f.).

Um das staatliche Verschuldungsvolumen nicht in die Höhe zu treiben, hat New Labour zudem die als *Private Finance Initiative* (PFI) bekannte Politik der privaten Finanzierung von Krankenhausneubauten von den Tories übernommen und deutlich ausgebaut (Staender 2007). Der von New Labour im NHS Plan versprochene Neubau von 100 Krankenhäusern ist weitgehend durch PFI-Mittel finanziert worden, hat aber auch zu einem Umbau des stationären Versorgungsektors geführt, insofern zunehmend NHS-Krankenhäuser

⁶ URL: <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/index.php> (22.8.2009).

⁷ Die Care Quality Commission ist die zentrale, unabhängige Regulierungsbehörde für die Gesundheitsversorgung in England, URL: <http://www.cqc.org.uk>

⁸ *Payment-by-results* soll über den Bereich der Krankenhausdienstleistungen hinaus schließlich auch ambulante Dienste, Gemeindegesundheitsdienste und einzelne GP-Dienste beinhalten (Talbot-Smith/Pollock 2006: 96).

von durch chronisch erkrankte »Langlieger« mit geringem medizinischem Behandlungsaufwand blockierten Betten befreit werden sollen (Ettelt et al. 2008: 25ff.; Talbot-Smith/Pollock 2006; Staender 2007).

Viertens ist der stationäre Sektor (und auch die anderen Versorgungsbe-
reiche) in ein (umfassendes) nationales System klinischer Standards und
Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebettet, das auf einer ganzen Reihe
(quasi-)staatlicher Behörden beruht (Talbot-Smith/Pollock 2006). Nationale
Vorgaben – etwa Gesundheits- und Finanzierungsziele oder bestimmte
Behandlungsprogramme – werden bei den Leistungserbringern und den
koordinierenden lokalen und regionalen Gesundheitsbehörden (GPs, PCTs,
SHAs, NHS Trusts, NHS Foundation Trusts) von diesen Behörden auf ihre
Einhaltung hin überprüft. Die *Care Quality Commission* etwa überprüft
regelmäßig die Qualität der Leistungserbringung und die Erreichung ge-
sundheitspolitischer Zielsetzungen in den Krankenhäusern (und anderen
Einrichtungen). Alle Einrichtungen des NHS werden zudem einem öffent-
lich zugänglichen Bewertungssystem unterworfen, das die Wahlfreiheit des
Patienten unterstützen soll (ausführlich: Talbot-Smith/Pollock 2006).⁹

Privater Sektor und komplementäre Formen der Privatisierung in europäischen Krankenhaussystemen

Die Rolle des privatwirtschaftlichen Sektors ist in den europäischen Kran-
kenhaussystemen historisch unterschiedlich ausgeprägt. Entsprechend
verlaufen Privatisierungsprozesse unter unterschiedlichen Bedingungen. Bei
den Privatisierungsprozessen können drei Formen unterschieden werden:
materielle Privatisierung, formale Privatisierung und funktionale Privati-
sierung (siehe Abbildung 1):

- 1) Bei der *materiellen Privatisierung* kommt es zu einer (vollständigen
oder teilweisen) Übertragung von Vermögensrechten von öffentlichen
auf privatwirtschaftliche Krankenhausträger.
- 2) Von der materiellen Privatisierung zu unterscheiden ist der Begriff der
formalen Privatisierung. In Deutschland ist damit die Überführung
von auf öffentlichen Rechtsformen beruhenden öffentlichen Kranken-
häusern in private Rechtsformen gemeint (Löser-Priester 2001; Zech
2007). Das entscheidende Merkmal formaler Privatisierungsprozesse

⁹ Dieses Krankenhaus-Ranking-System (URL: <http://2008ratings.cqc.org.uk>) ist
jedoch mehrfach reformiert worden und ist insgesamt in seiner Aussagekraft höchst
umstritten.

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen ■

Abbildung 1: Synopse von Privatisierungsformen und ihren (potenziell) negativen
Auswirkungen auf öffentliche Krankenhaussysteme

Materielle Privatisierung (Vermögens- privatisierung)		Formale Privatisierung (Corporatization of Public Hospitals)	Funktionale Privatisierung (Staatliche/ Betriebliche Ebene)	
Vollpriva- tisierung	Teilpriva- tisierung	Träger <-> Management Management <-> Arzt/Pflegekräfte	Aufgaben- privatisierung	Finan- zierung/ Versorgung
Verlust der demokratischen Steuerung öffentlichen Eigentums; Gefahr der Dominanz von Renditeori- entierung durch Sharehol- der-Interessen		Stärkere »marktgetriebene« Lei- stungs- und Investitionsportfolios --> Gefahr der Entkoppelung von Leistungsangebot und Bedarfs- prinzip bei mangelnder öffentlicher Bedarfsplanung; kostengetriebene Differenzierung und Reorganisation der Krankenhausbeschäftigten	Marktzutritt privater Anbieter; neue Ar- beitsteilung zwischen privatem und öffentlichem Sektor	Abhängig- keit von Privatkapi- tal, Spal- tung der Beschäf- tigten und Fragmen- tierung be- trieblicher Abläufe

Eigene Darstellung

- und der inhaltliche Kern funktionaler Äquivalente in europäischen
Krankenhaussystemen – besteht darin, dass die operative und finanzielle
sowie rechtliche Eigenständigkeit und Autonomie des einzelnen Kran-
kenhauses/Managements gegenüber seinem öffentlichen Träger (z.B. den
Kommunen) einerseits und des Managements gegenüber den Interessen
der beschäftigten Ärzteschaft/Pflegenden andererseits gestärkt wird. Die
Governancestruktur öffentlicher Krankenhäuser wird an dem Vorbild
privater Unternehmen ausgerichtet – ein Prozess, der international als
Corporatization of Public Hospitals bezeichnet wird (Harding/Preker
2003; Eeckloo/Delesie/Vleugels 2007).
- 3) Schließlich existiert neben der materiellen und formalen Privatisierungs-
form in der Privatisierungsliteratur darüber hinausgehend noch der Begriff
der *funktionalen Privatisierung*. Als erste Unterform sind hiermit betriebs-
wirtschaftliche Flexibilisierungs- und Outsourcingprozesse subsumiert,
die entweder auf eine Flexibilisierung des Lohn- und Arbeitszeitregimes
und/oder der Realisierung von (kostenbezogenen) Effizienzsteigerungen
durch Auslagerungen bestimmter Funktionsbereiche (Finanzierung,
Management, Versorgung, Hilfsdienste) an private Unternehmen zielen.
Als zweite Unterform kann die staatlich-autoritative Übertragung der
Erledigung von öffentlichen Aufgaben auf privatwirtschaftliche Anbieter

betrachtet werden. Diese Aufgabenprivatisierung verläuft ohne eine direkte Übertragung von Vermögensrechten, hat aber ähnliche Wirkungen wie eine direkte materielle Privatisierung: Das Leistungsportfolio zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Krankenhäusern verschiebt sich, mit der möglichen Folge, dass die öffentlichen Krankenhäuser vom Markt verschwinden bzw. aufgrund der Ausweitung des privaten Sektors in finanzielle Schwierigkeiten geraten.

Privat(wirtschaftlich)er Sektor und Privatisierungsmuster in Frankreich, den Niederlanden und England

Während genuin privatwirtschaftliche Krankenhäuser in den Niederlanden bislang verboten sind, ist der privatwirtschaftliche Krankenhaussektor in Frankreich historisch relativ stark verankert. Beim Großteil der privatwirtschaftlichen Kliniken in Frankreich handelt es sich um von einzelnen Ärzten getragene kleinere Spezialkliniken (Alber 1992; Sandier/Paris/Polton 2004). Von den 3.055 Kliniken im Jahr 2000 waren 2.024 private Kliniken, wobei 60% hiervon gewinnorientierte Kliniken waren, deren Bettenzahl 250 nicht überschritt. Entsprechend konzentrierten sich die privaten Kliniken auf einen kleineren Stamm von Patienten mit speziellen Behandlungsbedarfen, die zudem noch einen geringen Schweregrad ihrer Erkrankung aufwiesen.

Im Wesentlichen konzentrierten sich die gewinnorientierten Krankenhäuser auf kleinere, zumeist elektive Operationen und Geburten. Die größte private Klinikette in Frankreich – *Générale de Santé* – verfügte über 154 Kliniken, von denen 58 Akutkrankenhäuser waren. Die bekanntesten ausländischen Krankenhausketten, die sich in Frankreich engagierten, waren zu Beginn des neuen Jahrtausends die zum schwedischen Krankenhauskonzern *Capio* gehörende Krankenhausgruppe *Clininvest-Capio* und die vom US-amerikanischen Finanzinvestor UHS mitgetragene Klinikette *Médi-Partenaires* (Bellanger 2004: 72).

Obwohl seit den 1990er Jahren zahlreiche Krankenhausrestrukturierungen und Fusionen öffentlicher Krankenhäuser zu beobachten waren, die unweigerlich mit Outsourcing-Prozessen einhergegangen sind, fand die größte Dynamik von Restrukturierungen im privaten Sektor statt – wobei allerdings unklar bleibt, in welchem Verhältnis private not-for-profit und private for-profit-Krankenhäuser betroffen waren (Bellanger 2004: 73).

Jüngere krankenhauspolitische Reformen im Umfeld des »Hôpital 2007«-Planes haben jedoch zu einer starken Umgestaltung der Governance-Strukturen öffentlicher Krankenhäuser geführt, deren Ziel die Erlangung einer

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhausssystemen

höheren Autonomie des Managements gegenüber den Krankenhausträgern einerseits und den Ärzten und Pflegekräften andererseits ist (Eeckloo/Delesie/Vleugels 2007: 81f.).

Im weitgehenden Gleichlauf zur französischen Entwicklung sind Privatisierungsprozesse im niederländischen Krankenhausystem bislang auf formale und funktionale Privatisierungsprozesse beschränkt, wobei nur wenig systematische Informationen über den wachsenden privat(wirtschaftlich)en Sektor zu erhalten sind (Maarse/Okma 2004: 111).

Zum einen ist – wie bereits dargestellt – das niederländische Krankenhausystem von der Dominanz privater non-profit-Krankenhäuser geprägt. Diese sind in der Regel als Stiftungen (»stichting«) oder freiwillige Vereinigungen (»vereniging«) organisiert, wobei jedoch zunehmend private Rechtsformen gewählt werden (»besloten vennootschap«; Maarse/Okma 2004: 109). Hierdurch erhöht sich die operative und finanzielle Autonomie der Krankenhäuser in den Niederlanden und etabliert ein flexibles Krankenhausmanagement (Eeckloo/Delesie/Vleugels 2007: 82).

Zum anderen sind – ähnlich anderen Ländern – nicht-klinische Hilfsleistungen bereits früh ausgegliedert worden, und zwar sowohl Reinigungs- und Cateringdienste als auch Verwaltungs- und Managementleistungen (Maarse/Okma 2004: 110). Zudem sind trotz des (bislang noch gültigen) Verbotes privater, gewinnorientierter Krankenhäuser in den 1990er Jahren einige privatwirtschaftliche Einrichtungen entstanden, die auf Gruppenpraxen von (selbständigen) Fachärzten beruhen, gewinnorientiert arbeiten und als private Kliniken (»privé-klinieken«) bezeichnet werden. Diese offerieren neben Leistungen des gesetzlichen Leistungskatalogs auch darüber hinausgehende Behandlungs- und Therapieformen.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends hatten sich 40 solcher privater Kliniken als unabhängige Behandlungszentren (»zelfstadnig behandelcentrum«) etabliert, die sich vor allem auf elektive Operationen und andere planbare Therapie- und Untersuchungsverfahren spezialisierten (Maarse/Okma 2004: 110). Mittlerweile haben sich bereits neue Organisationsformen in der niederländischen Krankenhausversorgung durchgesetzt, welche verschiedene private Kliniken zu einer privaten Klinikette zusammenfassen (z.B. *VisionClinics* und *MediNova*).

Ein weiterer Privatisierungseffekt im niederländischen Krankenhausystem, das die Grenze zwischen regulärer und privatwirtschaftlicher Krankenhausversorgung verschiebt, besteht darin, dass etablierte Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste völlig privatisierte und gewinnorientierte Tochtergesellschaften gründen, die sich am hohen Wachstum der privaten Gesundheitsdienste beteiligen (Maarse/Okma 2004: 110f.).

Die geplante Streichung des Verbots gewinnorientierter Krankenhäuser in den Niederlanden könnte unter diesen Bedingungen dem schleichenden Privatisierungsprozess eine neue Dynamik verschaffen, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass die Investitionsfinanzierung im Krankenhaussektor traditionell von privaten Banken und Investoren durchgeführt wird.

Im englischen Krankenhaussektor gab es seit der Gründung des NHS im Jahr 1948 zwei strikt voneinander getrennte Versorgungsbereiche: die Versorgung (des Gros) der Bevölkerung mit Krankenhausdienstleistungen durch NHS-Krankenhäuser und die privat finanzierte Versorgung von (relativ) wenigen Patienten in privaten Spezialkliniken und Privatbetten. Obwohl die Anzahl an NHS-Krankenhäusern nicht mehr erfasst wird, ist selbst die Zahl der NHS (Foundation) Trusts durch Fusionierungen und Schließungen von lokalen Krankenhäusern seit Einführung des internen Marktes stetig gesunken.

Obwohl bislang praktisch keine materiellen Privatisierungen bestehender Krankenhäuser, d.h. direkte Vermögensübertragungen von öffentlichen auf private Krankenträger, im englischen Gesundheitssystem durchgeführt wurden, hat die Bedeutung des privaten Sektors – außerhalb und innerhalb des NHS – stetig zugenommen. So stieg die Zahl privatwirtschaftlich ausgerichteter Krankenhäuser von 216 Krankenhäusern im Jahr 1990 auf 233 Krankenhäuser im Jahr 2001. Die Anzahl der Betten im gewinnorientierten Krankenhaussektor ist in demselben Zeitraum von 10.096 (1990) auf 9.834 (2001) zwar zurückgegangen, weniger jedoch als im öffentlichen Sektor. Die Betten im privatwirtschaftlichen Sektor entsprachen im Jahr 2001 damit einem Anteil von 5% (9%) aller (akutmedizinischen) Betten des NHS (Higgins 2004: 155).

Privatisierungsprozesse im englischen Krankenhaussektor laufen im internationalen Vergleich daher vor allem über formale und funktionale Privatisierungsprozesse ab (Pollock 2004; Lister 2008). Bereits mit der Einführung des internen Marktes wurden NHS Trusts etabliert, die weitergehende finanzielle und operative Freiheiten hatten als bisherige NHS-Krankenhäuser (Ham 2003). New Labour setzte diese Politik fort und etablierte im Jahr 2003 NHS Foundation Trusts. Diese sind (formalrechtlich) öffentliche Körperschaften, die keine Profite an Shareholder ausschütten dürfen. Zudem müssen sie Überschüsse erwirtschaften (und steigern) und private Kredite – die sie in einem gewissen Rahmen für Investitionsprojekte aufnehmen dürfen – zu marktüblichen Zinsen zurückzahlen (Lister 2008: 155). Zudem können sie die Lohn- und Gehaltsstrukturen ihrer Beschäftigten – bislang zumeist national einheitlich geregelt – differenzieren und entsprechende Outsourcing-Strategien vornehmen, um Personal- und Sachkosten zum Zweck

der Erzielung eines finanziellen Überschusses zu senken (Lister 2008: 156). Kritiker bemängeln zudem, dass durch Kooperationen mit privatwirtschaftlichen Akteuren dennoch die Gewinnorientierung in NHS Foundation Trusts überhand nehmen könnte (Pollock 2004).

Die ambivalente Rolle von NHS Foundation Trusts wird noch durch eine andere Politik der New Labour-Regierung unterstrichen, die auf die Beteiligung privaten Kapitals bei NHS-Krankenhausneubauten zielt: die *Private Finance Initiative* (PFI). Die Bedeutung der PFI liegt nicht allein darin, dass praktisch alle Krankenhausneubauten (die sehr oft auch NHS Foundation Trusts-Status haben) seit dem Regierungsantritt von New Labour hiermit finanziert wurden (siehe oben), sondern vor allem darin, dass es bedeutet, dass die Gebäude und zum Teil auch die Grundstücke, auf denen die Krankenhäuser stehen, im Eigentum privater Bau- und Gebäudemanagementkonsortien sind (Lister 2008: 156). Hierdurch sind mit PFI-Mitteln errichtete Krankenhäuser, da sie durch private Kredite mit marktüblichen Zinsen finanziert werden, erheblich teurer als staatlich finanzierte, weil der Staat zu deutlich günstigeren Bedingungen Kapitalmarktkredite aufnehmen oder sie aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzieren kann. Da zudem die PFI-Krankenhäuser die Zinsmittel aus dem laufenden Cash-Flow finanzieren müssen, kommt es – ceteris paribus – zur Verminderung der Finanzmittel, die sonst für die Krankenversorgung zur Verfügung stünden (Pollock 2004; Lister 2008). Dies wird jedoch von der New Labour-Regierung auf das heftigste bestritten (Staender 2007).

Während PFI als Beispiel für eine Privatisierung öffentlicher Investitionsaufgaben steht, bedeutet die Förderung von privaten Behandlungs- und Diagnosezentren durch New Labour eine projektbezogene Aufgabenprivatisierung hinsichtlich der Krankenhausversorgung. Bei den *Independent Diagnostic and Treatment Centres* (IDTCs) handelt es sich um private Klein(tages-)kliniken, die sich vor allem auf leichte, elektive Operationen und Diagnostiken spezialisiert haben. Politisch legitimiert als Beitrag des privaten Sektors zum Abbau (über-)langer Wartezeiten haben IDTCs diese leichten Leistungen den NHS-Krankenhäusern »entwunden«. Zudem haben IDTCs für die gleiche Prozedur höhere Vergütungen als NHS-Krankenhäuser bekommen und wurden – ebenfalls wie der private Sektor insgesamt, wenn er NHS-Patienten behandelte – nicht über das NHS-Vergütungssystem »Payment-by-results«, sondern mit höheren Entgelten vergütet. Dies führte zu von Gewerkschaften und Gesundheitswissenschaftlern kritisierten Benachteiligungen bestehender (den privaten IDTCs vergleichbaren) NHS-Treatment-Centres und zu einer – auch offiziellen – Revision der Förderungsstrategie (Lister 2008: 228ff.; Player/Leys 2008).

Über PFI, Foundation Trusts und IDTCs hinaus spielte das betriebswirtschaftliche Outsourcing, d.h. die Privatisierung von nicht-klinischer Hilfsdiensten, bereits seit den 1980er Jahren im englischen NHS eine große Rolle. Hervorstechend ist auch die sehr interventionistische Strategie des New Labour-Gesundheitsministeriums, im Gefolge der Finanzkrise, die im Jahr 2005/06 viele NHS-Krankenhäuser erschütterte (King's Fund 2006/Leys 2006), bei besonders defizitären oder schlecht bewerteten staatlichen Krankenhäusern einfach das etablierte Management durch ein Managementteam einer privaten Beratungsfirma oder eines privaten Krankenhauses zu ersetzen (Lister 2008: 236ff.).

Europäische Krankenhaussysteme auf dem Weg zur (divergenten) Konvergenz?

Finden sich die europäischen Gesundheitssysteme auf einem konvergenten Entwicklungspfad? Drei Schlussfolgerungen können aus der hier durchgeführten Vergleichsanalyse gezogen werden:

Erstens zeigte die Analyse des französischen, niederländischen und englischen Falles, dass auch unterhalb spektakulärer und statistisch relativ leicht erfassbarer materieller Privatisierungsprozesse vielfältige Entwicklungen ablaufen, die ähnliche Wirkungen wie materielle Privatisierungen entfalten können. Insbesondere die *funktionale Privatisierung* in der Unterform der staatlich-autoritativen Aufgabenprivatisierung, die – insbesondere im niederländischen und englischen Gesundheitssystem realisiert – mit öffentlichen Ausschreibungsmodellen bzw. Einkaufsmodellen für Krankenhausleistungen einhergeht, beinhaltet die Möglichkeit, ein vergleichbar starkes Eindringen privatwirtschaftlicher Krankenhäuser und Gesundheitsunternehmen zu befördern. Bei nur gering wachsenden öffentlichen Krankenhausbudgets bedeutet ein Voranschreiten privater, gewinnorientierter Leistungsanbieter eine Zurückdrängung öffentlicher (England) oder freigemeinnütziger (Niederlande) Krankenhäuser und Tageskliniken.

Gleichzeitig zur Zunahme privatwirtschaftlicher Leistungsanbieter im öffentlichen Krankenhaussystem werden die öffentlichen Krankenhäuser entlang den institutionellen und organisationalen Logiken privatwirtschaftlicher Krankenhäuser rekonstruiert (*Corporatization of Public Hospitals*). Solche formalen Privatisierungsprozesse sind daher nicht nur eine (logische und historische) Voraussetzung für materielle Privatisierungsprozesse, sondern auch für Ökonomisierungsprozesse öffentlicher Krankenhäuser, die in der Folge auf die betriebswirtschaftlichen Strategien des Outsourcing und der

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen

Abbildung 2: Privatisierungsmuster im französischen (FR), niederländischen (NL) und englischen (E) Krankenhaussystem

Materielle Privatisierung (Vermögensprivatisierung)		Formale Privatisierung (Corporatization of Public Hospitals)	Funktionale Privatisierung (Staatliche/Betriebliche Ebene)	
Vollprivatisierung	Teilprivatisierung	Träger <-> Management Management <-> Arzt/Pflegekräfte	Aufgabenprivatisierung	Finanzierung/Versorgung
E: k.A.	ENG: k.A.	E. NHS (Foundation) Trusts	E: PFI, IDTCs	E: Outsourcing
NL: k.A.	NL: k.A.	NL: »besloten vennootschap«	NL: ICTs	NL: Outsourcing
FR: k.A.	FR: k.A.	FR: Hôpital 2007-Reform	FR: Privatkliniken	FR: Outsourcing

Eigene Darstellung; k.A.: keine Angaben verfügbar; weitere Abkürzungen werden im Text erläutert.

Profit- und Kostenzentren zurückgreifen. Formale Privatisierungsprozesse sind demgemäß auch institutionelle und organisationelle Voraussetzungen einer funktionalen Privatisierungsstrategie auf betrieblich-organisatorischer Ebene (siehe Abbildung 2).

Zweitens ist die nahezu umfassende europaweite Durchsetzung von aus den USA stammenden und auf (mehr oder weniger ähnlichen) Patientenklassifikationssystemen (*Diagnosis Related Groups*, DRGs) beruhenden pro-pektiven Vergütungssystemen zu beobachten (HOPE 2006; HOPE/DEXIA 2008). Im französischen, niederländischen und englischen Krankenhaussystem wird – wie die Analyse zeigte – seit Beginn des neuen Jahrtausends – und in augenfälliger zeitlicher Parallelität zur deutschen Entwicklung – ein solches Vergütungssystem eingeführt.

Diese länderübergreifende Parallelität der Entwicklung der Einführung von DRG-ähnlichen Vergütungssystemen wirft die – hier nicht zu beantwortende – Frage auf, welche institutionellen Mechanismen und akteursstrategischen Kalküle hinter einer solch frappierend gleichgerichteten Entwicklung stehen. Hypothetisch und vorläufig kann man dieses länderübergreifende beobachtbare gesundheits- und krankenhauspolitische »Reformprojekt« in seiner Verbindung von öffentlichen Budgets und stärkerer regulativer Tätigkeit des Staates und wettbewerbsgetriebenem Effizienzbestreben sowie der hiermit verbundenen Förderung privatwirtschaftlicher Versorgungseinrichtungen, eben auch profitorientierter Krankenhäuser, als »wettbewerbsbasierte

Kostendämpfungsstrategie« bezeichnen (siehe den Beitrag von Gerlinger Mosebach in diesem Band).

Drittens zeichnet sich vor dem Hintergrund dieses divergenten Konvergenzprozesses aus (funktionaler und formaler) Privatisierungs- und (steuerungspolitischen) Ökonomisierungsprozessen in den drei genannten Länder zudem eine ähnliche Arbeitsteilung zwischen den privaten und öffentlichen freigemeinnützigen Krankenhausträgern ab. In den hier betrachteten Länder ist die (strategische) Konzentration der (zumeist kleineren) privatwirtschaftlichen Krankenhäuser auf elektive Operationen, routinisierbare Diagnostik und/oder leicht behandelbare Patientengruppen festzustellen. Dies führt dazu, den Grad der Privatisierung in den betroffenen Gesundheits- bzw. Krankenhaussystemen niedrig zu bewerten (z.B. Maarse 2006).

Zwei Fragen stellen sich hier allerdings: Zum einen liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei dieser strategischen Konzentration des privatwirtschaftlichen Sektors auf elektive Leistungen um eine länderübergreifende geteilte Strategie handelt. Dieser Gedanke ist durchaus nicht so abwegig, denn einige der stärksten Befürworter von Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozessen im Krankenhaussektor, die sich im Umfeld der Weltbarbewegungen (Harding/Preker 2003), sind keineswegs der Auffassung, dass sie alle Krankenhausleistungen profitabel organisieren lassen.

Zum anderen aber – und insbesondere im Vergleich zum deutschen (und US-amerikanischen!) Fall, in denen (bereits) größere Krankenhäuser privatisiert wurden – stellt sich die Frage, ob diese bisherige Beschränkung auf elektive Leistungen und leichte Patienten für immer fortgeschrieben werden muss oder ob nicht weitergehende Privatisierungen zu erwarten/befürchtet sind. Schließlich werfen die europäischen Erfahrungen ein neues Licht auf die – bislang – (in »Old Europe«) einzigartigen (materiellen) Privatisierungsprozesse im deutschen Krankenhaussystem: Sind die privaten, gewinnorientierten Krankenhausketten in der Lage, aus der Schwerpunkt- und Maximalversorgung heraus und ohne Qualitätsverluste und Patientenselektion Gewinne zu erwirtschaften? Die Autoren der Fallanalysen in den nächsten Kapiteln dieses Bandes versuchen hierauf eine Antwort zu geben.

Literatur

Agrell, P.J./Bogetoft, P./Halbersma, R./Mikkers, M.C. (2007): Yardstick competition for multi-product hospitals. An analysis of the proposed Dutch yardstick mechanism. Research Paper of the Nederlandse Zorgautoriteit, URL: http://www.nza.nl/7113/29720/Research_Paper_yardstick_co1.pdf (28.8.2009).

Privatisierung und Ökonomisierung in europäischen Krankenhaussystemen

- Alber, J. (1992): Frankreich, in: Alber, J./Bernardi-Schenkluhn, B. (Hrsg.): West-europäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien, Frankfurt a.M., S. 323-413.
- Bellanger, M. (2004): Modernisation instead of privatisation in French health care, in: Maarse, H. (Hrsg.): Privatisation in European health care. A comparative analysis in eight countries, Maarsen, S. 63-77.
- Bellanger, M.M./Mosse, P.R. (2005): The search for the Holy Grail: combining decentralised planning and contracting mechanisms in the French health care systems, in: Health Economics 14 (o.A.), S. 119-132.
- Bellanger, M.M./Tardif, L. (2006): Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France, in: Health Care Manage Sci 2006 (9), S. 295-305.
- den Exter, A./Hermans, H./Dosljak, M./Busse, R. (2004): Health Care Systems in Transition: The Netherlands. European Observatory on Health Systems and Policies, URL: <http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf> (28.8.2009).
- Dückers, M.L.A. et al. (2009): Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of physicians in improvement projects, in: Health Policy 91 (o.A.), S. 306-313.
- Durand-Zaleski, I. (2006): Health targets in France: role of public health and social health insurance reform laws, in: eurohealth 12 (3), S. 18-20.
- Durand-Zaleski, I. (2008): The health system in France, in: eurohealth 14 (1), S. 3-4.
- Eeckloo, K./Delesie, L./Vleugels, A. (2007): Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector, in: Perspectives in Public Health 127 (n.a.), S. 78-86.
- Ettelt, S./Nolte, E./Thomson, S./Mays, N./International Healthcare Comparisons Network (2008): Policy Brief: Capacity planning in health care. A review of the international experience. European Observatory on Health Systems and Policies, URL: <http://www.euro.who.int/document/E91193.pdf> (28.8.2009).
- Götze, R./Cacace, M./Rothgang, H. (2008): Der epidemische Charakter marktschaffender Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. Paper für die gemeinsame Jahrestagung der DVPW-Sektion »Politik und Ökonomie« und der Ad-hoc-Gruppe »Vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung« zum Thema »Die nächste große Transformation? Marktschaffende Politik: Ursachen, Dynamiken, Ergebnisse« am 4. und 5. September 2008 in Köln, URL: http://poloek-dvpw.mpifg.de/e_documents/paper_jahrestagung_08/09%20Goetze,%20Cacace,%20Rothgang%20-%20Der%20epidemische%20Charakter%20marktschaffender%20Reformen%20in%20Gesundheitssystemen%20des%20Sozialversicherungstyps.pdf (28.8.2009).
- Groenewegen, P.P./de Jong, J.D. (2007): Dutch health insurance reform: the new role of collectives, in: eurohealth 13 (2), S. 10-13.
- Halbersma, R./Mikkers, M.C./Motchenkova, E./Seinen, I. (2007): Market struc-

- ture and hospital-insurer bargaining in the Netherlands. Research Paper the Nederlandse Zorgautoriteit, URL: http://www.nza.nl/7113/29720/Maket_structure-web.pdf (28.8.2009).
- Ham, C. (2003): Betwixt and Between: Autonomization and Centralization U.K. Hospitals, in: Preker, A.S./Harding, A. (Hrsg.): *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, Washington D.C. S. 265-304.
- Harding, A./Preker, A.S. (2003): A Conceptual Framework for the Organization Reforms of Hospitals, in: Preker, A.S./Harding, A. (Hrsg.): *Innovations in Health Service Delivery. The Corporatization of Public Hospitals*, Washington D.C., S. 23-78.
- Helderman, J.-K. et al. (2005): Market-Oriented Health Care Reforms and Policy Learning in the Netherlands, in: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 30 (1-2), S. 189-209.
- Higgins, J. (2004): Incrementalism in UK policymaking on privatisation health care, in: Maarse, H. (Hrsg.): *Privatisation in European health care. comparative analysis in eight countries*, Maarsen, S. 153-167.
- HOPE (2006): DRGs as a financing tool, URL: http://www.hope.be/05eventsatpublications/docpublications/77_drg_report/77_drg_report_2006.pdf (28.8.2009).
- HOPE/DEXIA (2008): *Les Hopitaux: dans les 27 pays de l'Union européenne* La Défense cedex.
- King's Fund (2006): King's Fund Briefing: Deficits in the NHS, URL: <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=6354> (28.8.2009).
- Leys, C. (2006): Deficits are a symptom of the marketisation of the NHS. Is a healthcare market born of ideology, not evidence, patients come second to the need to shed what is unprofitable, in: *The Guardian* vom 26.4.2006 URL: <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/2006/apr/26/commentpolitics1/print> (28.8.2009).
- Lister, J. (2008): *The NHS after 60. For patients or profits?*, London.
- Löser-Priester, I. (2003): *Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser und Partizipation der Beschäftigten. Eine Fallstudie zur Modernisierung des öffentlichen Dienstes*, Frankfurt a.M.
- Maarse, H. (2006): The Privatization of Health Care in Europe: An Eight Country Analysis, in: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 31 (5) S. 981-1014.
- Maarse, H. (2007): Health reform – one year after implementation: *Netherlands Health Policy Monitor Network*, URL: <http://www.allhealth.org/BriefingMaterials/BertelsmannStiftung-OneYearLater-1168.pdf> (28.8.2009).
- Maarse, H./Okma, K. (2004): The privatisation paradox in Dutch health care, in: Maarse, H. (Hrsg.): *Privatisation in European health care. A comparative analysis in eight countries*, Maarsen, S. 97-116.
- Mosebach, K. (2006): *Best of Both Worlds? Gesundheitsversorgung in Europa unter Wettbewerbsbedingungen*, in: *Forum Wissenschaft* 23 (2), S. 55-58. URL: <http://www.bdwi.de/forum/archiv/archiv/136270.html> (28.8.2009).
- Nederlandse Zorgautoriteit (2007): *Main Features of Hospital Financing Deregulation*, URL: <http://www.nza.nl/7113/29720/hoofdlijnennotitieENGELSdef.pdf> (28.8.2009).
- Oostenbrink, J.B./Rutten, F.F.H. (2006): Cost assessment and price setting of inpatient care in the Netherlands. The DBC case-mix system, in: *Health Care Manage Sci* o.A. (9), S. 287-294.
- Or, Z./de Povourville, G. (2006): French hospital reforms: a new era of public-private competition?, in: *eurohealth* 12 (3), S. 21-24.
- Player, S./Leys, C. (2008): *Confuse & Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*. Foreword by Dr. Wendy Savage, Monmouth.
- Pollock, A.M. (2004): *NHS plc. The Privatisation of our Health Care*, London and New York.
- Sandier, S./Paris, V./Polton, D. (2004): *Health Care Systems in Transition: France. European Observatory on Health Systems and Policies*, URL: <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf> (28.8.2009).
- Simon, M. (2002): *Das neue DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zum Konzept einer »Steuerung über den Preis«*, in: Deppe, H.-U./Burkhardt, W. (Hrsg.): *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zur Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*, Hamburg, S. 145-158.
- Sluijs, E.M./Wagner, C. (2003): Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000, in: *International Journal for Quality in Health Care* 15 (3), S. 223-234.
- Staender, J. (2007): *Krankenhauspolitik in England. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades (Dr. PH) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld*, Oktober 2007, URL: http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2008/1329/pdf/Krankenhauspolitik_England.pdf (28.8.2009).
- Talbot-Smith, A./Pollock, A.M. (2006): *The new NHS. A guide*, Milton Park.
- Vaillancourt Rosenau, P./Lako, C.J. (2008): *An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System*, in: *Journal of Health Politics, Policy, and Law* 33 (6), S. 1031-1055.
- van Kemenade, Y.W. (2007): *Healthcare in Europe 2007. The Finance and Reimbursement Systems of 11 European Countries*. Second Edition, Maarsen.
- Wagner, C./Gulácsi, L./Takacs, E./Outinen, M. (2006): The implementation of quality management systems in hospitals: a comparison between three countries, *BMC Health Services Research*: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/50> (28.8.2009).
- Zech, M. (2007): *Die Privatisierung öffentlicher Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland. Voraussetzungen – Wirkungen – Konsequenzen*, Saarbrücken.