



Strukturwandel und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich

Ulrike Papouschek

Nils Böhlke

FORBA-Forschungsbericht 7/2008

Bericht im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung Warschau

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt
A-1020 WIEN, Aspernbrückengasse 4/5
Tel.: +431 21 24 700
Fax: +431 21 24 700-77
office@forba.at
<http://www.forba.at>

INHALT

EINLEITUNG	1
1. PRIVATISIERUNGS- UND OUTSOURCINGSFORMEN.....	5
1.1. Struktur nach öffentlichen, frei gemeinnützigen und privaten Trägern	5
1.1.1. Tschechische Republik.....	6
1.1.2. Deutschland.....	9
1.1.3. Polen	12
1.1.4. Österreich.....	16
1.2. Rechtsformwechsel in private Trägerschaft oder Teilprivatisierung seit 2004.....	20
1.2.1. Tschechische Republik.....	21
1.2.2. Deutschland.....	21
1.2.3. Polen	22
1.2.4. Österreich.....	23
1.3. Formalprivatisierte Trägerschaften in ausschließlich oder überwiegend öffentlichem Eigentum.....	24
1.3.1. Tschechische Republik.....	24
1.3.2. Deutschland.....	25
1.3.3. Polen	26
1.3.4. Österreich.....	27
1.4. Typische Ausgründungen von Küche, Reinigung, Hol- und Bringdienste, Sterilisation, Apotheke, Labor oder Management.....	27
2. ARBEITSBEDINGUNGEN AUF NATIONALER/ BETRIEBLICHER EBENE.....	31
2.1. Insolvenzschutz.....	31
2.1.1. Tschechische Republik.....	31
2.1.2. Deutschland.....	32
2.1.3. Polen	33
2.1.4. Österreich.....	33
2.2. Beschäftigungssicherheit – Kündigungsschutz	34

2.3.	<i>Zusätzliche Betriebsrenten</i>	37
2.4.	<i>Entlohnungsniveau</i>	39
2.4.1.	<i>Tschechische Republik</i>	40
2.4.2.	<i>Deutschland</i>	42
2.4.3.	<i>Polen</i>	44
2.4.4.	<i>Österreich</i>	45
2.5.	<i>Arbeitsbeziehungen</i>	46
2.5.1.	<i>Tschechische Republik</i>	46
2.5.2.	<i>Deutschland</i>	48
2.5.3.	<i>Polen</i>	50
2.5.4.	<i>Österreich</i>	50
2.6.	<i>Personalbemessung</i>	52
3.	<i>VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENZUFRIEDENHEIT</i>	55
3.1.	<i>Krankenhausqualitätsberichte</i>	57
3.2.	<i>Patientenzufriedenheit</i>	57
3.2.1.	<i>Nationale Studien</i>	58
4.	<i>ANFORDERUNGEN AN DIE SOZIALPARTNER-ORGANISATIONEN</i>	61
4.1.	<i>Vereinbarung von Betriebsübergängen</i>	61
4.2.	<i>Sicherung sozialer Besitzstände</i>	63
4.3.	<i>Vereinbarung betrieblicher Versorgungsregelungen</i>	63
4.4.	<i>Vereinbarung betrieblicher Sozialregelungen</i>	64
4.5.	<i>Insolvenzschutz</i>	67
4.6.	<i>Unternehmensmitbestimmung</i>	67
4.7.	<i>Arbeitnehmerinteressenvertretung</i>	69
	<i>LITERATUR</i>	75

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1-1:	Zahl, Trägerstruktur und Betten tschechischer Krankenhäuser	8
Tabelle 1-2:	Anzahl der Krankenhäuser nach Träger, 1997-2007	9
Tabelle 1-3:	Veränderung der Strukturdaten der Krankenhäuser in Deutschland 1991 bis 2006	10
Tabelle 1-4:	Krankenhäuser nach Woiwodschaften in Polen 2006	14
Tabelle 1-5:	Betten-Verteilung nach Woiwodschaften 2006	15
Tabelle 1-6:	Anzahl der Krankenhäuser nach öffentlichen und privaten Rechtsformen 2000 bis 2006	15
Tabelle 1-7:	Entwicklung der Krankenhaus-Betten	16
Tabelle 1-8:	Anzahl der Krankenhäuser 2005 und 2006 nach Woiwodschaften	16
Tabelle 1-9:	Zahl, Eigentumsstruktur und Betten österreichischer Krankenhäuser 1990-2006	18
Tabelle 1-10:	Veränderungen der Zahl und Betten österreichischer Krankenhäuser nach Eigentumsstruktur, 1990-2006	19
Tabelle 1-11:	Privatisierte Gesundheitseinrichtungen von 1999 bis 2006	22
Tabelle 1-12:	Ausgelagerte Bereiche ab 2004 – Outsourcing und Insourcing	29
Tabelle 2-1:	Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen, durchschnittliche Gehälter und Löhne im Jahr 2006	42
Tabelle 2-2:	Tarifbindung von Krankenhäusern nach Trägerschaft bezogen auf alle Beschäftigten mit Ausnahme der Ärzte	49

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1-1:	Trägerschaft von Krankenhäusern in Deutschland von 1991 bis 2006 (in %)	11
Abbildung 1-2:	Anteil der Häuser, Betten und Vollzeitbeschäftigten nach Trägerformen 2006 (in %)	12
Abbildung 1-3:	Veränderungen seit Einführung der DRGs (2003 = 100)	21
Abbildung 1-4:	Anzahl der unterschiedlichen Rechtsformen öffentlichen Krankenhäuser	26
Abbildung 2-1:	Kosten je Vollkraft in Krankenhäusern (2006)	43
Abbildung 2-2:	Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft zu versorgenden Belegungstage (2006)	53

EINLEITUNG

Im Gesundheitswesen finden wie auch in anderen Bereichen der Öffentlichen Dienstleistungen in allen europäischen Ländern Liberalisierungs- und Privatisierungsprozesse statt. Obwohl das Gesundheitswesen unter die ausschließliche politische Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt, hat die Politik der Europäischen Union einen relativ großen Einfluss auf die Politik im Gesundheitsbereich. (Streissler 2005:124). Zunächst sind es die Maastrichtkriterien der Wirtschafts- und Währungsunion, die Nationalstaaten immer geringeren Spielraum in ihren öffentlichen Ausgaben erlauben, wovon ein großer Anteil jene für Gesundheit darstellen. Im Rahmen der Strategie von Lissabon und der Europäischen Sozialagenda werden zudem unter dem Stichwort „Modernisierung des Sozial-schutzes“ Mitgliedsländer dazu aufgefordert, ihre Gesundheitssysteme zu konsolidieren (Urban 2003). Zudem werden die Grundfreiheiten des Binnenmarktes (freier Personenverkehr, freier Güterverkehr, freier Dienstleistungsverkehr und freier Kapitalverkehr) zunehmend beim Europäischen Gerichtshof auch im Bereich der Gesundheit eingeklagt (Lamping 2007). Die EuGH-Rechtssprechung der letzten Jahre im Gesundheitswesen hat bereits zu einigen Veränderungen am Arbeitsmarkt, am Pharmamarkt, im Bereich der Krankenversicherungen und Krankenhausinvestitionen geführt (Streissler 2005:124, Hofbauer:2007).

Seit den 90er Jahren sind europaweit Krankenhäuser als Folge von Gesundheitsreformen mit veränderten Anforderungen konfrontiert. Technologische und organisatorische Innovationen, Dezentralisierung, der Bedarf an neuen Qualifikationen und ein wachsendes Bewusstsein für PatientInnenrechte spielten bei der Reform des Gesundheitssektors eine Rolle. Die wichtigste Triebkraft für Veränderungen war aber das Ziel der Kosteneindämmung.

Der Hintergrund: Alle europäischen Länder – sowohl jene mit steuerfinanzierten Systemen als auch Länder mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen wie Österreich – hatten Schwierigkeiten, die steigenden Gesundheitskosten zu finanzieren (Saltman/Dubois 2004, McKee et al. 2002, Schulten 2006, Hermann 2007).¹ „Mit der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre überstiegen die Kosten, hervorgerufen durch die zunehmend teureren und immer schneller veraltenden Geräte und dem wachsenden Gesundheitsbedürfnis der Bevölkerung, die Zunahme des Bruttonationalproduktes. Als Folge musste ein immer größerer Teil der öffentlichen Budgets für die Gesundheitsversorgung aufgewendet werden“ (Hermann 2007:7). Die Einführung des Primats der ökonomischen Austerität, zunächst nur in einigen Nationalstaaten und dort oftmals in Kombination mit Steuersenkungen, in der Folge auch in der Europäischen Union, führte im weiteren Verlauf zu einer Verschärfung der Finanzierungskrise der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Diese Verschärfung betraf indes nicht nur die steuerfinanzierten Systemen, sondern auch die Länder mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen. In Län-

¹ Genauere Ausführungen der Hintergründe der Finanzierungskrise finden sich u.a. bei Hermann (2007), Brandt et al. (2008), Böhlke/Schulten (2008).

dern mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen finanzieren in der Regel die Gemeinden und Länder die Spitalsinfrastruktur, während die laufenden Kosten von den Krankenkassen beglichen werden. Damit kommen vor allem die Länder/Kommunen/Regionen unter Druck, die Krankenhausgaben zu senken. Aber auch die Krankenkassen selber haben mit großen Problemen zu kämpfen, da die Einnahmen aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, der Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse (Teilzeitbeschäftigte, neue Selbständige etc.) und stagnierender Löhne sinken. So ist beispielsweise die Lohnquote (der Anteil von Löhnen am Bruttonationalprodukt) nicht nur in Österreich seit vielen Jahren rückläufig (Guger/Materbauer/Walterskirchen 2007).

Als weitere wesentliche Triebkraft für Veränderungen sind mittlerweile auch die multinationalen Gesundheitskonzerne zu nennen. Trotz öffentlicher Budgetkrise wird davon ausgegangen, dass der Gesundheitssektor auch in Zukunft wächst. „Was den Gesundheitssektor besonders interessant für private Investoren macht, ist das Fehlen eines zyklischen Charakters. Andere Sektoren leiden unter einem Rückgang in der Nachfrage, aber PatientInnen brauchen medizinische Versorgung ungeachtet von Konjunkturprognosen. Das macht den Gesundheitssektor zu einem vergleichsweise sicheren Terrain für Investitionen“ (Hermann 2007:8).²

Die in den öffentlichen Debatten eingebrachten Argumente für ein größeres Engagement privater Anbieter in der Gesundheitsversorgung gleichen sich in ihren Grundzügen in allen Ländern. Ein Standardargument ist zweifellos, dass private Krankenanstalten effizienter sind und eine bessere Qualität der Versorgung bieten (Maarse 2006:1003). Natürlich sind Arbeitsorganisation und Management in öffentlichen Krankenhäusern nicht perfekt, allerdings besteht nach Buchan/O’May (2002:226) der wirkliche Kostenvorteil der privaten Krankenhausbetreiber nicht in einer effizienteren Spitalsorganisation, sondern zum einen im Nachholbedarf an Investitionen in öffentlichen Krankenhäusern und zum anderen in den niedrigeren Löhnen und schlechteren Arbeitsbedingungen der Krankenhausbeschäftigten. Personalkosten machen in Krankenhäusern in der Regel immerhin zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Gesamtkosten aus (siehe auch Hermann 2007).

Ein zweites – häufig eingebrachtes – Argument ist die vermeintlich positive Wirkung von Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung. Angenommen wird, dass Wettbewerb die Versicherungsanbieter dazu zwingt, ihre Versicherungsleistungen zu erhöhen und gleichzeitig die Beiträge zu senken. Allerdings zeigen Vergleiche zwischen öffentlichen und privaten Versicherungen, dass der Administrationsaufwand bei den privaten Versicherungen wesentlich höher ist als bei den öffentlichen Versicherungen (Mossialos/

² Die wachsende Bedeutung der Gesundheitsversorgung als „profitabler Ort für Investitionen“ zeigt sich nach Mosebach (2003) und Hermann (2007) nicht zuletzt darin, dass Gesundheit ein wichtiges Thema bei den WTO-Verhandlungen geworden ist. Während US-amerikanische Gesundheitskonzerne versuchen, ihre Geschäftstätigkeiten nach Europa auszudehnen – aufgrund des fehlenden Versicherungsschutzes ist der Markt in den USA beschränkt –, sind europäische Unternehmen bestrebt, ihre Geschäftstätigkeiten ein starkes Interesse, in den Entwicklungsländern auszubauen.

Thomson 2004:100). Private Versicherungen³ bieten für bestimmte Personengruppen billigere Verträge an, indem sie die Prämien individuell anpassen und KlientInnen mit einem niedrigeren Krankheitsrisiko günstigere Konditionen anbieten. Hermann (2007:9) ist zuzustimmen, wenn er schreibt: „Aus Statistiken wissen wir, dass Menschen mit höheren Einkommen gesünder sind. D.h. dass die, die ohnehin besser verdienen, auch noch von niedrigeren Prämien profitieren“.

Bei der Beschreibung des Strukturwandels im Gesundheitswesen wird von einigen Autoren zwischen Liberalisierung und Privatisierung unterschieden. Während mit Liberalisierung die Einführung von Wettbewerb – im Sinne der Zulassung mehrerer Anbieter – gemeint ist, wird unter Privatisierung der Transfer von Unternehmensanteilen von einem öffentlichen zu einem privaten Eigentümer. Während der Übergang von einer öffentlichen in eine private Trägerschaft eine „materielle Privatisierung“ genannt wird, wird die Umwandlung in eine private Rechtsform als „formelle Privatisierung“ bezeichnet. McDonald/Ruiters (2006) sehen indes in Liberalisierung und Privatisierung „zwei Extreme eines sehr komplexen und durchlässigen Prozesses, in dem die Natur und die Erbringung der öffentlichen Dienstleistungen verändert werden“ (zitiert nach Hermann 2007:9). Deutlich wird dies nach McDonald/Ruiters (2006) vor allem in Sektoren, die nicht nach den normalen Marktprinzipien funktionieren, und ein solcher Sektor ist der Gesundheitssektor. So finden sich Privatisierungsprozesse im Gesundheitssektor zwar in etlichen Ländern als – unterschiedlich stark ausgeprägte – Tendenz, aber insgesamt kann (noch) nicht von einem allgemeinen Trend gesprochen werden.⁴ Ein Trend findet sich hingegen in allen Ländern und das ist er Trend zur Ökonomisierung. Unter Ökonomisierung wird die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen und die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien (Effizienz wird mit Profitabilität gleichgesetzt) verstanden (siehe Hermann 2007, Schulten 2008). Im Vergleich mit den Veränderungsprozessen von anderen öffentlichen Dienstleistungen zeichnen sich die Veränderungen durch eine Vielfalt von Formen und Maßnahmen aus. Eine zweite Besonderheit des Gesundheitssektors ist der duale Charakter der Transformation mit Veränderungen sowohl in der Finanzierung als auch in Erbringung der Gesundheitsversorgung.

Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung haben, obwohl sie nicht notwendigerweise eine Verschiebung von einem öffentlichen zu einem privaten System beinhalten, die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung in Europa erbracht wird, grundsätzlich verändert (Hermann 2007). Thorsten Schulten (2006:14) fasst diesbezüglich die deutsche Situation folgendermaßen zusammen: „Die Veränderungen im Krankenhausfinanzierungssystem waren dazu gedacht, die Krankenhäuser einem beachtli-

³ Grundsätzlich – dies sei noch angemerkt – ändert die Ausweitung privater Finanzierung ändert nichts an den steigenden Gesundheitskosten, nur werden die Kosten individuell getragen und sind daher auch nicht Maastricht-relevant.

⁴ Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang nochmals auf die Berichte des PIQUE-Projekts: PIQUE Policy Paper 1: Varieties and Variations of Public Service Liberalisation and Privatisation, PIQUE Policy Paper 2: The Impact of Liberalisation and Privatisation on Labour Relations (2008), etc. Alle für den Gesundheitssektor relevanten Berichte des PIQUE-Projekts werden in der Literaturliste angeführt. Sie sind erhältlich unter: www.pique.at

chen Rationalisierungsdruck auszusetzen, um effizientere und billigere Gesundheitsdienstleistungen anbieten zu können. Tatsächlich traten die neuen Formen der Krankenhausfinanzierung einen weitgehenden Restrukturierungsprozess im deutschen Spitalsektor los, deren offensichtlichste Resultate die Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten war, die Verkürzung des durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltes und die Privatisierung von öffentlichen Krankenhäusern.“

Im vorliegenden Bericht sollen Strukturwandel und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in vier Ländern – Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich – dargestellt und verglichen werden. Nun ist es aber aufgrund der kommunalen Struktur der stationären Gesundheitsversorgung in allen vier Ländern und zunehmend fragmentierten Tarif(Kollektivvertrags)strukturen ebenfalls in allen vier Ländern schon kaum möglich Gesamtübersichten über die nationalen Krankenhaussektoren zu erstellen. Der Vergleich ist zudem noch mit einer Vielzahl zusätzlicher Probleme konfrontiert. Zu nennen sind an dieser Stelle nur unterschiedliche Datenlagen und unterschiedliche Datenkategorisierungssysteme, unterschiedliche Begriffsverwendungen und vor allem unterschiedliche nationalgesellschaftliche Traditionen, zumal es sich bei zwei Ländern um so genannte ‚Transformationsländer‘ handelt. Das Verständnis der Entwicklung des Gesundheitssystems – in allen Ländern als öffentliche Dienstleistung auch eng mit Verwaltungsveränderungen verbunden – setzt in hohem Maße Kontextwissen über die einzelnen Ländern voraus. Angesichts der engen zeitlichen und budgetären Ressourcen dieses Berichts, ist der vorliegende Vergleich daher nicht mehr als ein erster Schritt, der versucht, einige Unterschiede und Gemeinsamkeiten des Strukturwandels und der Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor darzustellen.

Wesentliche Teile dieses Berichts – Deutschland, Österreich und zum Teil auch Polen betreffend – basieren auf den Ergebnissen des von der EU-Kommission geförderten Projektes PIQUE (Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity), das von der Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt koordiniert wird. Im Rahmen des PIQUE-Projekts ist der Krankenhaussektor einer von vier Bereichen in dem die Auswirkungen von Privatisierungen untersucht wurden.

1. *PRIVATISIERUNGS- UND OUTSOURCINGSFORMEN*

Wie schon in der Einleitung angedeutet, muss zwischen verschiedenen Formen der Privatisierung unterschieden werden. Während der Übergang von einer öffentlichen in eine private Trägerschaft eine „materielle Privatisierung“ genannt wird, handelt es sich bei einer Umwandlung in eine private Rechtsform um eine „formelle Privatisierung“.

Die vier zu vergleichenden Ländern finden sich nun zum ersten in verschiedenen Stadien des Privatisierungsprozesses. Während in Deutschland eine wachsende Bedeutung privater Klinikenkonzerne zu konstatieren ist, ist materielle Privatisierung in Österreich eine Randerscheinung. In der tschechischen Republik und in Polen hingegen liegt der derzeitige Schwerpunkt auf der „formellen Privatisierung“. Allerdings finden gleichzeitig in den beiden Ländern auch materielle Privatisierungen statt, entweder in Form von Verkäufen von Krankenhäusern an Private oder in Form von Errichtung neuer Krankenhäuser vornehmlich für PrivatpatientInnen. Dieser Entwicklung wird allerdings wenig Aufmerksamkeit zuteil, was unter anderem auch in einem Mangel an zugänglichen Informationen seinen Ausdruck findet.

Was einen Vergleich der Privatisierungsformen zwischen den Ländern zum zweiten schwierig macht, ist, dass neben den unterschiedlichen Entwicklungsständen der Privatisierungsbegriff unterschiedlich verwendet wird. In der tschechischen Republik und in Polen wird unter Privatisierung eine Vielzahl oft unterschiedlicher Veränderungen erfasst. So wird nicht zwischen formeller und materieller Privatisierung unterschieden. Es wird bei privaten Krankenhäusern nicht zwischen privat gemeinnützigen und privat profitorientierten Krankenhäusern differenziert. Dies spiegelt sich unter anderem auch in den verfügbaren Daten. In der Tschechischen Republik und Polen werden Krankenhäuser nach ihren Rechtsformen kategorisiert, nicht nach der Eigentumsstruktur wie beispielsweise in Österreich.

Allerdings finden sich auch Gemeinsamkeiten in den vier Ländern. So sind in allen vier Ländern Ausgründungen von Unternehmensteilen zu beobachten. Insbesondere die medizinischen Servicebereiche Logistik, Küche, Gebäudereinigung und Wäscherei sind häufig die ersten Bereiche die entweder in eine krankenhauseigene Tochtergesellschaft oder in einem externen Unternehmen ausgegliedert werden. Zunehmend werden aber auch Bereiche, die eine höhere medizinische Spezialisierung erfordern aus dem Klinikbereich ausgegliedert. So sind bisweilen sowohl Krankenhausapotheken, Sterilisationsabteilungen, Labore als auch ganze Pflegeabteilungen und die Administration betroffen.

1.1. *Struktur nach öffentlichen, frei gemeinnützigen und privaten Trägern*

Im Folgenden werden die Krankenhausstrukturen der einzelnen Länder beschrieben. Bevor jedoch auf die einzelnen Strukturen näher eingegangen wird, wird für jedes Land kurz die Entwicklung des Gesundheitswesens in den letzten Jahren dargestellt. Dabei

wird auch auf die Finanzierungsformen der Gesundheitssysteme verwiesen. Zum einen finden Privatisierungsprozesse auch auf Finanzierungsseite statt, zum anderen haben Veränderungen der Finanzierungsformen nicht unwesentliche Auswirkungen auf die derzeitigen Veränderungen in der Erbringung der Gesundheitsdienstleistungen.

1.1.1. *Tschechische Republik*

Vor 1989 wurde in der Tschechischen Republik das Gesundheitswesen zentralstaatlich verwaltet. Generelle Charakteristika waren: die bürokratische Organisationsform, die Finanzierung aus dem staatlichen Budget sowie die Nichtexistenz privater medizinischer Dienstleistungen. Von den Leistungen des Gesundheitswesens war die gesamte Bevölkerung erfasst (vgl. Filipic 1998).

Seit den 90er Jahren ist das Gesundheitssystem weit reichenden Änderungen ausgesetzt: Dazu zählt auf der Seite der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen die Pluralisierung medizinischer Dienstleistungsanbieter durch die Zulassung sowohl von Privatordnungen aber auch von Privatkrankenhäusern, sowie die Möglichkeit der Errichtung und Verwaltung von Privatkrankenhäusern. Ziel der Pluralisierung war die Dezentralisierung des Gesundheitswesens, wobei regionalen öffentlichen Institutionen mehr Regelungs- und Kontrollbefugnisse zugestanden werden sollten. (vgl. Potůček 1993, nach Filipic 1998) Die rechtliche Basis bildete das Gesetz Nr. 160/1992 Slg. über die Gesundheitsversorgung in nichtstaatlichen Gesundheitseinrichtungen.

Dieses Gesetz zeitigte gewichtige Folgen: zum einen hinsichtlich der Trägerstruktur, zum anderen aber auch hinsichtlich der Krankenhausstruktur. So wurden aus großen Krankenhäusern kleinere Einrichtungen geschaffen, was wiederum eine Zunahme der Anzahl der Krankenhäuser nach sich zog, und einige Privatkrankenhäuser wurden gegründet. Gab es Ende 1992 180 staatliche Krankenhäuser, die über 85.117 Betten verfügten, und 3 nicht-staatliche Krankenhäuser (mit 289 Betten) in der Tschechischen Republik, waren Ende 1993 von 189 Krankenhäusern 157 staatliche Krankenhäuser und 32 nicht-staatliche Krankenhäuser. 23 der nicht-staatlichen Krankenhäuser wurden von Gemeinden geführt und 9 Krankenhäuser befanden sich in Privateigentum.

Ihren Höhepunkt hatte diese erste Welle der Veränderungen des Gesundheitswesens zwischen 1993 und 1995. Am Ende dieser Strukturveränderung fanden sich in der Tschechischen Republik 216 Krankenhäusern mit 69.450 Betten:

- 27 wurden vom Gesundheitsministerium verwaltet (21.234 Betten),
- 9 Krankenhäuser (3.305 Betten) von anderen Ministerien (wie etwa Verteidigungsministerium, Innenministerium, Justizministerium etc.),
- 82 von Kreisen (32.626 Betten),
- 43 von Städten oder Gemeinden (9.121 Betten) und
- 64 Krankenhäuser (6.468 Betten) hatten einen privaten Träger.

Weitreichende Änderungen der Struktur des Gesundheitswesens fanden erst wieder ab 2002 statt, als Folge der zweiten großen regionalen Verwaltungsreform in der Tschechi-

schen Republik. Die ehemaligen 77 Kreise, die bis 2002 einen Teil der zentralstaatlichen Verwaltung wurden aufgelöst und mit 1.1.2003 – basierend auf dem Gesetz Nr. 290/2002 Slg. – wurden alle 82 Kreiskrankenhäuser überwiegend in das Eigentum und die Verantwortung der 14 im Rahmen der ersten großen Verwaltungsreform im Jahr 2000 eingerichteten selbstverwalteten Bezirke (Regionen), vereinzelt in das Eigentum einzelner Städte oder Gemeinden überführt. In den weiter vom Staat selbst bzw. in dessen Verantwortungsbereich geführten Gesundheitseinrichtungen sind lediglich rund 30% aller Krankenhausbetten verblieben.

Da die ehemaligen Kreiskrankenhäuser oftmals schwer verschuldet waren, tendierten die Bezirke (Regionen) dazu, die Krankenhäuser in private Rechtsformen zu überführen, in der Regel in Handelsgesellschaften, die allerdings im 100%igen Eigentum der Bezirke verblieben. 2005 begann schließlich auch die Umwandlung der Gemeindespitäler in Handelsgesellschaften.

Auf der Seite der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen fand ebenfalls ein Wandel statt: Mit 1. Jänner 1993 traten weit reichende Änderungen der Krankenversicherung auf drei Ebenen in Kraft: der Finanzierung der Krankenversicherung, der Beitragsaufbringung und der Anpassung der Krankenversicherung an das neue Steuersystem (Filipic 1998:408) Während die Finanzierung bis dahin aus dem Staatsbudget erfolgte, ist die Krankenversicherung seither ein beitragsfinanziertes Versicherungssystem. Zur Beitragszahlungen sind ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen verpflichtet.

In der Tschechischen Republik sind alle EinwohnerInnen gesetzlich pflichtversichert. Zurzeit gibt es neun Krankenkassen.⁵ In der Tschechischen Republik haben die Krankenkassen Gewinnerzielungsverbot. Die überwiegende Mehrheit der tschechischen Bevölkerung – um die 70% – ist allerdings in einer Krankenkasse versichert, nämlich der allgemeinen Gesundheitsversicherung (VZP). Diese Versicherung ist eine öffentlich-rechtliche Körperschaft. Zusätzlich verfügen sowohl das Innen- als auch das Verteidigungsministerium über eine eigne Versicherung, und die restlichen 6 Versicherungen sind Formen von Betriebskrankenkassen; so hat beispielsweise der Automobilhersteller SKODA eine eigene Krankenversicherung für seine Beschäftigten.

Der Beitragssatz der Krankenversicherungen ist rechtlich reguliert. Die Grundleistungen der Kassen werden vom Gesundheitsministerium vorgegeben und sind fast identisch. Der Leistungskatalog der Kassen umfasst die kostenlose ambulante Versorgung bei freier Arztwahl, kostenlose stationäre Versorgung, Arzneimittel, Behandlung beim Zahnarzt mit Ausnahme von Prothesen sowie Vorsorgeleistungen.

In der Tschechischen Republik werden Krankenhäuser nach Rechtsform der Einrichtungen gegliedert in staatliche und nicht-staatliche Krankenhäuser. Staatliche Krankenhäuser werden von Ministerien (wie etwa das Gesundheitsministerium, das Verteidigungs-

⁵ Nach der Reform des Gesundheitswesens waren es ursprünglich 27 Krankenkassen, viele Kassen verschwanden durch Fusionen oder Konkurse vom Markt. Zudem wurde eine Mindestgröße für Krankenkassen eingeführt: Sie müssen mindestens 50.000 BürgerInnen versichern. Dadurch ging die Zahl der Krankenversicherungen zwischen 1995 und 2000 auf neun zurück.

ministerium, das Innenministerium, das Justizministerium oder das Verkehrsministerium) verwaltet.

Im nicht-staatlichen Bereich sind wiederum öffentliche und private Krankenhäuser zu unterscheiden. Als öffentliche Krankenhäuser gelten in der Tschechischen Republik jene, die von den Regionen und Gemeinden verwaltet werden. Unter private Krankenhäuser fallen zum einen Krankenhäuser gemeinnütziger Organisationen wie Kirchen, zum andern privatrechtliche Krankenhäuser. Letztere können sich sowohl im Eigentum von Regionen/Gemeinden oder von Privatpersonen, Handelsgesellschaften, Gesellschaften mit beschränkter Haftung etc. befinden. Leider lassen aber die tschechischen Daten keine Unterscheidung zwischen private, gemeinnützige, d.h. nicht auf Gewinn gerichtete Krankenhäusern und privaten, gewinnorientierte Krankenhäusern zu.

2007 gab es in der Tschechischen Republik 192 Krankenhäuser, die insgesamt 63.622 Betten zur Verfügung stellten.⁶ 25 Krankenhäuser – rund 13% aller tschechischen Krankenhäuser - werden nach wie vor staatlich verwaltet. Sie verfügen jedoch über rund 30% aller tschechischen Krankenhausbetten.

Regionen und Gemeinden betreiben 45 Krankenhäuser, was einem Anteil von 23,4% an allen Krankenhäusern und 22% an allen Spitalsbetten entspricht. Darüber hinaus fallen in der Tschechischen Republik 122 Krankenhäuser – oder 63% aller Krankenhäuser – unter die Kategorie private Krankenhäuser. Sie verfügen über 48% der Betten. Von diesen 122 Krankenhäusern befinden sich allerdings 50 Krankenhäuser zu 100% im Eigentum der Regionen oder Gemeinden. Diese 50 Krankenhäuser wiederum verfügen über fast zwei Drittel aller Betten der Privatkrankenhäuser (siehe Tabelle 1-1). Anzunehmen ist daher, dass es sich bei den Krankenhäusern, die sich entweder im Eigentum der Kirche oder von Privatpersonen/Handelsgesellschaften etc. befinden, eher um kleinere Krankenhäuser mit geringen Bettenzahlen handelt.

Tabelle 1-1: Zahl, Trägerstruktur und Betten tschechischer Krankenhäuser

Träger	Krankenhäuser (absolut)	Betten (in %)
Gesundheitsministerium	20	28%
Andere Ministerien	5	2,2%
Bezirke (Regionen)	25	15%
Gemeinden, Städte	20	7%
Private	122	48%
Davon zu 100% im Eigentum von Regionen oder Gemeinden/Städten	50	63%
Gesamt	192	63.622

Quelle: ÚZIS ČR – Institut für Informationen und Statistik im Gesundheitswesen der Tschechischen Republik 2008

⁶ Zusätzlich gab es Ende 2007 noch 153 spezialisierte therapeutische Einrichtungen (Sonderkrankenhäuser) mit einer Bettenanzahl von 22.191.

Anzumerken bleibt schließlich, dass in der Tschechischen Republik wie in anderen europäischen Ländern auch – die Anzahl der Krankenhäuser seit 1997 von 226 auf 192 im Jahr 2007 gesunken ist. Die Anzahl der privatrechtlichen Krankenhäuser hat sich hingegen seit 1997 von 60 auf 122 verdoppelt. Tabelle 1-2 zeigt die Entwicklung der Anzahl der Krankenhäuser nach Rechtsformen im Detail.

Tabelle 1-2: Anzahl der Krankenhäuser nach Träger, 1997-2007

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Staatlicher Sektor	114	109	106	105	103	101	19	19	19	19	25
Gesundheitsministerium	29	27	25	23	21	19	19	19	19	19	20
Kreisämter	85	82	81	82	82	82	0	0	0	0	0
Andere Ministerien	9	9	9	8	8	7	6	6	6	5	5
öffentlicher Sektor	43	43	37	34	32	31	110	89	78	69	45
Bezirke (Regionen)	0	0	0	0	2	2	81	63	52	47	25
Gemeinden/Städte	43	43	37	34	30	29	29	26	23	22	20
Private	60	64	60	64	60	64	66	83	95	98	122
TOTAL	226	225	212	211	203	203	201	197	195	191	192

Quelle: ÚZIS ČR – Institut für Informationen und Statistik im Gesundheitswesen der Tschechischen Republik 2008

1.1.2. Deutschland

Seit mehreren Jahren befindet sich der Krankenhaussektor⁷ in Deutschland in einem umfassenden Wandel. Der deutsche Krankenhaussektor ist überwiegend regional strukturiert. Lediglich die fünf Bundeswehrkrankenhäuser werden vom Bund und die 35 Universitätskliniken (mit Ausnahme des privatisierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg) von den Ländern betrieben. Alle anderen der 2104 Krankenhäuser (2006) sind nach dem Subsidiaritätsprinzip im Aufgabenbereich der Kommunen bzw. der Einheitsgemeinden der Stadtstaaten angesiedelt. Allerdings werden nicht alle Krankenhäuser auch von den Kommunen selber betrieben. Während bei einer schrumpfenden Gesamtzahl an Kliniken der Anteil der so genannten freigemeinnützigen Betreiber in den letzten Jahren etwa gleich geblieben ist, ist der Anteil der Krankenhäuser die von privaten Konzernen betrieben werden auf Kosten der von der öffentlichen Hand betriebenen Häuser stark gestiegen. Aber auch die öffentlichen Häuser haben bereits mehr als die Hälfte der Kliniken eine „formelle“ Privatisierung durch eine Umwandlung in eine private Rechtsform vorgenommen (Böhlke und Schulten 2008).

⁷ Mit über einer Millionen Beschäftigten (Statistisches Bundesamt 2007a) ist der Krankenhaussektor einer der wichtigsten Wirtschaftsbereiche Deutschlands.

Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie beispielsweise Großbritannien und Schweden, die ihre Gesundheitsausgaben nahezu ausschließlich durch Steuern finanzieren, ist das deutsche Gesundheitssystem in erster Linie abgabenfinanziert. Lediglich die Investitionskosten für die Krankenhäuser werden aus Steuermitteln der Länder finanziert.

Während die Krankenhäuser in Ländern mit steuerfinanzierten Systemen für lange Zeit nahezu ausschließlich von der öffentlichen Hand geführt wurden, gab es in Ländern mit Abgabensystemen immer einen Mix aus öffentlichen und privaten Einrichtungen sowie einem hohen Anteil an freigemeinnützigen Trägern. (Brandt/Schulten 2007) Seit den 1990er Jahren haben jedoch alle europäischen Länder umfassende Reformen ihrer Gesundheitssystem durchgeführt (Sen 2003). In Deutschland – aber nicht nur dort – stand dabei die Kostensenkung zur Stabilität der Beiträge an die Krankenversicherungen im Mittelpunkt.

Die offensichtlichste Auswirkung dieses Reformprozesses ist die sinkende Gesamtzahl an Krankenhäusern und Krankenhausbetten. Im Ergebnis nahm in diesen 15 Jahren die Versorgung an Krankenhausbetten gemessen an der Bevölkerung um mehr als ein Viertel ab. Gleichzeitig sinkt bei ansteigenden Fallzahlen die durchschnittliche Verweildauer der Patienten rapide ab (siehe Tabelle 1-3).

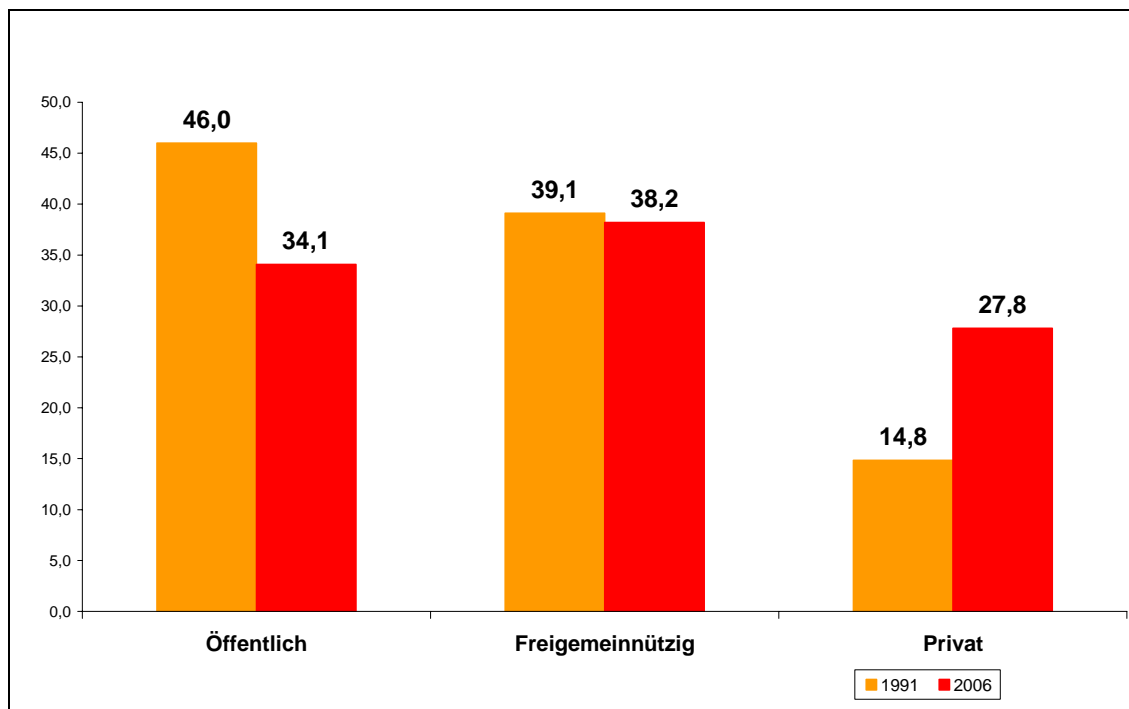
Tabelle 1-3: Veränderung der Strukturdaten der Krankenhäuser in Deutschland 1991 bis 2006

Veränderungen zwischen 1990 und 2006	1991	2006	Veränderung 1991-2006
Krankenhäuser	2.411	2.105	-12,7%
Krankenhausbetten	665.565	510.767	-23,3%
Krankenhausbetten pro 100.000 Einwohner	832	620	-25,5%
Beschäftigte (insgesamt)	1.119.791	1.071.995	-4,3%
Beschäftigte (Vollzeitäquivalente)	875.816	791.914	-9,6%
Fallzahl	14.576.613	16.832.883	+15,5%
Belegungstage	204.204.000	142.251.000	-30,3%
Verweildauer	14,0 Tage	8,5 Tage	-39,3%
Bettenauslastung	84,1%	76,3%	-9,3%

Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

Darüber hinaus ist eine wachsende Bedeutung privater Klinikkonzerne zu konstatieren. Während es 1991 noch 665.565 Betten in 2411 Kliniken in Deutschland gab, sank die Zahl der Häuser bis 2006 um 12,7% auf 2104 und die Zahl der Betten um 23,3% auf 510.767. Der Anteil privater Häuser stieg auf Kosten der öffentlichen Kliniken von 14,8 auf 27,8% während der Anteil der Krankenhäuser unter freigemeinnütziger Trägerschaft annähernd gleich blieb (siehe Abbildung 1-1) (Statistisches Bundesamt 2007a).

Abbildung 1-1: Trägerschaft von Krankenhäusern in Deutschland von 1991 bis 2006 (in %)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

Da die Bundesländer ihrer Aufgabe die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen nur unzureichend nachkommen, hat sich ein Investitionsstau angesammelt, der nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft etwa € 50 Mrd. beträgt (DKG 2007). Andere Studien gehen von € 30 Mrd. (Hess 2005) oder auch € 100 Mrd. aus (Simon 2008). Zur Kompensation müssen mittlerweile auch Teile der Investitionskosten aus den Krankenkassenbeiträgen finanziert werden. Dieses Defizit ist der wichtigste Motor für materielle Privatisierungen in Deutschland. Viele Kommunen versuchen durch neue private Investoren die entstandenen Lücken zu schließen.

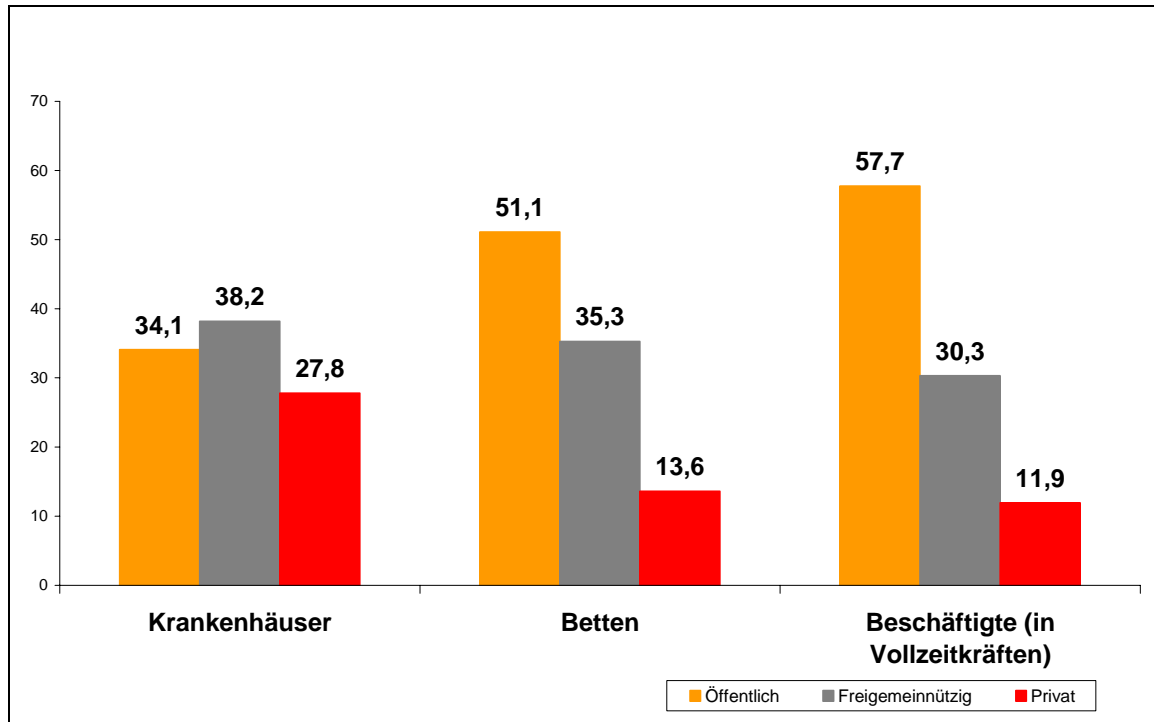
Die Privatisierung der deutschen Krankenhäuser erfolgte bislang in zwei Wellen. Die erste Welle startete nach der Wiedervereinigung und betraf insbesondere kleinere Krankenhäuser in Ostdeutschland. Die zweite Welle begann nach 2000 und erfasste auch größere Kliniken im gesamten Bundesgebiet. Vorläufige Höhepunkte dieser Entwicklung sind die Privatisierung des Landesbetriebes Krankenhäuser Hamburg AöR⁸ (LBK Hamburg) 2005, die bislang größte Privatisierung Europas und 2006 die erste Privatisierung eines Universitätsklinikums in Gießen und Marburg (Schulten 2006).

Trotz dieser Fälle sind die privatisierten Kliniken nach wie vor in der Mehrzahl kleinere Kliniken in ländlicheren Gebieten. Daher ist der relative Anteil der Krankenhausbetten

⁸ AöR ist die Abkürzung für Anstalt des öffentlichen Rechts.

und der Beschäftigten unter privater Trägerschaft geringer als der Anteil der Krankenhäuser (siehe Abbildung 1-2).

Abbildung 1-2: Anteil der Häuser, Betten und Vollzeitbeschäftigten nach Trägerformen 2006 (in %)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

1.1.3. Polen

Vor 1989 war das Gesundheitssystem in Polen – gleich der Tschechischen Republik – zentralistisch verfasst. Der Zugang zu gesundheitlichen Leistungen war kostenlos. Die Gesundheitszentren unterstanden der staatlichen Verwaltung und wurden durch den Staatshaushalt finanziert. Nach 1989 oblag die Gesundheitsversorgung in Polen zunächst Gemeinden und Provinzen, die Finanzierung erfolgte weiter aus dem Staatshaushalt.

Eine grundlegende Veränderung erbrachte die Umwandlung des staatlichen Finanzierungssystems in eine umlagefinanzierte gesetzliche Krankenversicherung nach Bismarckschem Vorbild. Für alle 16 Provinzen (Woiwodschaften) entstanden unabhängige regionale Krankenkassen mit eigener Selbstverwaltung, an die alle Arbeitnehmer 7,5 Prozent des Brutto-Gehaltes abführen mussten. Einen Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung gibt und gab es in Polen nicht. Die Wahl der Krankenkasse war für die Versicherten frei. Die Kassen wiederum schlossen direkte Verträge mit Leistungserbringern ab. Die Vereinbarung der Krankenkassen mit Krankenhäusern und Fachärzten wurde nach dem Grundsatz der Bezahlung für die entsprechenden Leistungen festgelegt und sie beziffern auch eine maximale Anzahl von Finanzierungen.

Schon kurz nach der Einführung offenbarte dieses Modell jedoch große Mängel. Beispielsweise gab es keinen einheitlichen Leistungskatalog für alle 16 Kassen. Nach Patientenprotesten und Streiks der schlecht bezahlten Ärzte und anderer Beschäftigter im Gesundheitswesen kam es 2003 zur zweiten Reform. Das Gesundheitswesen wurde wieder vereinheitlicht und der Nationalgesundheitsfond (NFZ) übernahm die Aufgaben der Krankenkassen. Er gliedert sich in 16 regionale Einheiten, die einer Zentrale untergeordnet sind. Der NFZ selbst untersteht dem Gesundheitsministerium, das seinen Finanzplan genehmigen muss. Während das Ministerium bis 2003 nur koordinierende Aufgaben hatte, verfügt es seit der zweiten Gesundheitsreform über erhebliche Kompetenzen. Es entscheidet etwa über das Leistungsangebot des NFZ und darüber, welche Medikamente erstattet werden. Der NFZ schließt Verträge mit Leistungserbringern und soll so die Versorgung der Versicherten gewährleisten. Für alle 16 Woiwodschaften gibt es Gesundheitspläne, die anhand des Bedarfs und der Finanzlage einer Provinz detailliert Art und Umfang der Gesundheitsleistungen beschreiben.

Auf der Seite der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen finden sich in Polen ähnliche Entwicklungen wie in der Tschechischen Republik. Allerdings wurden in Polen bereits 1993 die ehemals zentralstaatlich verwalteten Krankenhäuser in die Selbstverwaltung der Regionen (Woiwodschaften) überführt. Damit oblagen den Regionen die Verwaltung der Krankenhäuser und damit auch die Einsetzung eines neuen Managements in den Krankenhäusern, die Ermöglichung von Kreditgarantien, aber auch der Verkauf und die Auflösung von Krankenhäusern. Nach Kozek (2006) verfügte der öffentliche Eigentümer in der Praxis über geringe Einflussmöglichkeiten darauf, wie das eingesetzte Management das Krankenhaus verwaltete. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf eine Rechtslücke, was die Vereinbarungen der öffentlichen Eigentümer mit dem Management betraf. Die Folge: Relativ oft führte das Management Krankenhäuser in hohe Verschuldungen, indem sie neue Ausstattungen anschafften, ohne über finanzielle Ressourcen zu verfügen. Einige dieser hoch verschuldeten Krankenhäuser wurden dann schließlich auch an Private verkauft, andere wurden gleich wie in der Tschechischen Republik in private Rechtsformen übergeführt, bleiben aber zu 100% im Eigentum der Regionen.

Die Zuordnung zum öffentlichen oder privaten Krankensektor funktioniert in Polen gleich wie in der tschechischen Republik. Ausschlaggebend ist nicht die Eigentumsstruktur, sondern die Rechtsform des Krankenhauses. Ebenfalls wie in der Tschechischen Republik liegen auch in Polen keine Daten vor, die Differenzierungen zwischen den privaten Rechtsformen ermöglichen. Das heißt, sie lassen keine Unterscheidungen zu zwischen privaten, gemeinnützigen, d.h. nicht auf Gewinn gerichtete Krankenhäusern und privaten, gewinnorientierten Krankenhäusern zu.

Ende 2006 gab es 742 Krankenanstalten in Polen. Sie verfügten über 176.673 Krankenhausbetten. 153 – 20,6% der 742 Krankenhäuser – hatten eine private Rechtsform. Allerdings verfügten diese 153 Krankenhäuser nur knapp über 5% (9.318) aller Krankenhausbetten. Das heißt, es handelt sich dabei in der Regel um kleine Krankenhäuser. Kozek (2006) spricht von einem Durchschnitt von 50 bis 100 Betten.

Der Anteil der Krankenhäuser in privater Rechtsform unterscheidet sich jedoch erheblich nach Regionen (Woiwodschaften) wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 1-4: Krankenhäuser nach Woiwodschaften in Polen 2006

Woiwodschaft	öffentlich	privat	öffentlich	privat
Dolnośląskie	48	20	70,59 %	29,41 %
Kujawsko-Pomorskie	22	12	64,71 %	35,29 %
Lubelskie	33	4	89,19 %	10,81 %
Lubuskie	16	5	76,19 %	23,81 %
Łódzkie	46	13	77,97 %	22,03 %
Małopolskie	40	21	65,57 %	34,43 %
Mazowieckie	80	10	88,89 %	11,11 %
Opolskie	16	4	80 %	20 %
Podkarpackie	27	3	90 %	10 %
Podlaskie	23	4	85,19 %	14,81 %
Pomorskie	27	10	72,97 %	27,03 %
Śląskie	86	20	81,13 %	18,87 %
Świętokrzyskie	19	1	95 %	5 %
Warmińsko-Mazurskie	25	9	73,53 %	26,47 %
Wielkopolskie	52	12	81,25 %	18,75 %
Zachodniopomorskie	29	5	85,29 %	14,71 %
Gesamt	589	153	79,38 %	20,62 %

Quelle: Gesundheitsministerium 2007

Das Gleiche gilt für den Anteil der privaten Krankenhausbetten (siehe Tabelle 1-5).

Tabelle 1-5: Betten-Verteilung nach Woiwodschaften 2006

Woiwodschaft	öffentlich	privat	öffentlich %	privat %
Dolnośląskie	11.358	2220	83,65	16,35
Kujawsko-Pomorskie	7340	1431	83,68	16,32
Lubelskie	10.689	333	96,98	3,02
Lubuskie	3893	340	91,97	8,03
Łódzkie	12.918	263	98,00	2,00
Małopolskie	13.148	566	95,87	4,13
Mazowieckie	22.795	306	98,68	1,32
Opolskie	3861	308	92,61	7,39
Podkarpackie	8911	53	99,41	0,59
Podlaskie	5823	129	97,83	2,17
Pomorskie	7844	545	93,50	6,50
Śląskie	25.704	903	96,61	3,39
Świętokrzyskie	5578	156	97,28	2,72
Warmińsko-Mazurskie	5159	780	86,87	13,13
Wielkopolskie	14.646	833	94,62	5,38
Zachodniopomorskie	7688	152	98,06	1,94
Gesamt	167.355	9318	94,73	5,27

Quelle: Gesundheitsministerium 2007

Entgegen dem europäischen Trend ist in Polen zwischen 2000 und 2004 die Anzahl der Krankenhäuser gestiegen – von 754 auf 790. Ab 2004 findet sich jedoch auch in Polen ein Rückengang an Krankenhäusern. Von 790 im Jahr 2004 auf 742 im Jahr 2006. Von 2005 auf 2006 sinkt zum ersten Mal auch die Anzahl privater Krankenhäuser (um 8,38%).

Tabelle 1-6: Anzahl der Krankenhäuser nach öffentlichen und privaten Rechtsformen 2000 bis 2006

Einrichtungen	2000	2003	2004	2005	2006
Szpitale publiczne (öffentliche)	716	664	643	613	589
Szpitale niepubliczne (nicht öffentlich)	38	103	147	167	153
Summe	754	667	790	780	742

Quelle: Rocznik Statystyczny GUS 2002, 2004, 2005 (Statistical Yearbook), Gesundheitsministerium 2007

Die Anzahl der Krankenhausbetten ist hingegen im privaten Sektor zwischen 2005 und 2006 um rund 15% gestiegen, allerdings von einem geringen Ausgangsniveau (siehe Tabelle 1-7).

Tabelle 1-7: Entwicklung der Krankenhaus-Betten

Art	2005	2006	Änderung
öffentlich	171.355	167.355	-2,33
privat	8.060	9.318	15,61
gesamt	179.415	176.673	-1,53

Quelle: Gesundheitsministerium 2007

Die Veränderungen der Anzahl der Krankenhäuser nach Woiwodschaften zwischen 2005 und 2006 zeigt schließlich die nächste Tabelle (Tabelle 1-8).

Tabelle 1-8: Anzahl der Krankenhäuser 2005 und 2006 nach Woiwodschaften

Woiwodschaften	2005	2006	(Veränderung seit 2005)
Dolnośląskie	70	68	-2,86
Kujawsko-Pomorskie	35	34	-2,86
Lubelskie	41	37	-9,76
Lubuskie	23	21	-8,70
Łódzkie	63	59	-6,35
Małopolskie	72	61	-15,28
Mazowieckie	98	90	-8,16
Opolskie	22	20	-9,09
Podkarpackie	29	30	3,45
Podlaskie	26	27	3,85
Pomorskie	37	37	0,00
Śląskie	101	106	4,95
Świętokrzyskie	23	20	-13,04
Warmińsko-Mazurskie	38	34	-10,53
Wielkopolskie	69	64	-7,25
Zachodniopomorskie	33	34	3,03
Gesamt	780	742	-4,87

Quelle: Gesundheitsministerium 2007

1.1.4. Österreich

In Österreich herrscht zwar offiziell der Konsens, dass die marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist (Hofmacher/Rack 2006:209). Trotzdem findet eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens statt und erste Privatisierungstendenzen können beobachtet werden.

Insbesondere der Krankenhaussektor wurde in den letzten Jahren durch Reformen relativ unbemerkt von einer größeren Öffentlichkeit wesentlich marktnäher gestaltet.

So zielten in Österreich die Gesundheitsreformen in den letzten 15 Jahren primär auf Ausgabeneindämmung durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, der Erhöhung der Einnahmen durch Zuzahlungen sowie mit Verbesserungen in der Kapazitätsplanung, Kooperation der Akteure und Koordinierung der Finanzierungsströme (Hofmacher/Rack 2006:XVIII). Beitragseinnahmen wurden laufend erhöht und unter den Versichertengruppen angeglichen, die Einnahmenbasis aber nicht grundlegend geändert. (ebd.). Zur Finanzierung der Beiträge wurden auch die Selbstbehalte, die Rezeptgebühr, diverse Zuzahlungen wie z.B. für Brillen, und die Tabaksteuer erhöht (Hofmacher 2006:233).

1997 wurde schließlich die Krankenhausfinanzierung auf ‚Leistungsorientierung‘ umgestellt. Vor 1996 erfolgte die Finanzierung von Krankenhäusern in Form von undifferenzierten Tagespauschalen, seit 1997 erfolgt die Honorierung (der Hälfte) des laufenden Betriebes von Krankenhäusern durch das „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System). Reicht dies nicht aus, um die Kosten einer Klinik abzudecken, so müssen die Träger (Länder und Gemeinden) die Verluste zahlen.⁹ Das LKF-System ist eine Fallpauschalenhonorierung (ein so genanntes DRG – ‚diagnose related‘ – System) und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten.

Seit 2002 werden auch private, nicht-gemeinnützige Spitäler und Sanatorien nach dem LKF-System finanziert und zwar aus den Mitteln des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Der PRIKRAF ist die Ausgleichsstelle für die Leistungen der Privat-Krankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Er wird von Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie Sonderversicherungsanstalten gespeist (BMGF 2005:114).

Die Einführung des leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems sollte einen speziellen Anreiz für Spitäler schaffen, die Effizienz zu erhöhen. Während beispielsweise im früheren System ein Anreiz für Krankenhäuser bestand, PatientInnen so lange wie möglich im Haus zu behalten, haben die Spitäler jetzt ein großes Interesse daran, PatientInnen so früh wie möglich in die ambulante Betreuung zu entlassen (Hermann 2007).

Die EigentümerInnenstruktur betreffend gibt es drei Typen von Spitälern: 1) öffentliche Krankenhäuser (EigentümerInnen: Gemeinde, Land oder Sozialversicherungen), 2) private, gemeinnützige, d.h. nicht auf Gewinn gerichtete Krankenhäuser (EigentümerInnen: überwiegend Orden, gemeinnützige Vereine) und 3) private, gewinnorientierte Krankenhäuser (EigentümerInnen: Privatpersonen, AGs, GmbHs, etc.). Gleichzeitig ist

⁹ Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb (Hofmacher/Rack 2006:136). Die meisten Öffentlichen Krankenanstalten sind so genannte Fonds-Krankenanstalten, die von den Landesfonds finanziert werden. Auch Non-Profit-Krankenhäuser können über Öffentlichkeitsrecht und somit Subventionsrecht verfügen (Hofmacher/Rack 2006:XVII).

die österreichische Spitalslandschaft durch eine Vielzahl kleiner Krankenhäuser charakterisiert (BMGF 2005:55).

Ende 2006 gab es 264 Krankenanstalten in Österreich, die insgesamt 63.354 Betten zur Verfügung stellten. Dies entspricht einer Bettenzahl von 765 pro 100.000 EinwohnerInnen.¹⁰ Rund 45% aller österreichischen Krankenhäuser sind öffentlich. Sie verfügen jedoch über rund 64% der österreichischen Spitalsbetten. Die Sozialversicherungen betreiben 40 Krankenhäuser, was einem Anteil von 15,2% an allen Krankenhäusern und 9% an allen Spitalsbetten entspricht. Darüber hinaus fallen in Österreich 53 (20,1%) Spitäler in den Typus private, gemeinnützige, nicht gewinnorientierte Krankenanstalten mit einem Bettenanteil von 18,8%. 54 (20,4%) Krankenhäuser sind privat und gewinnorientiert. Ihr Anteil an allen Spitalsbetten betrug 2006 8,7% (siehe Tabelle 1-9).

Tabelle 1-9: Zahl, Eigentumsstruktur und Betten österreichischer Krankenhäuser 1990-2006

	1990		2003		2006	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
Krankenhäuser						
Öffentlich	163	50,9	133	48,9	117	44,3
Sozialversicherungen	43	13,4	40	14,7	40	15,2
Nicht-profit-orientiert	64	20,0	52	19,1	53	20,1
Privat	50	15,6	47	17,2	54	20,4
Insgesamt	320	100,0	272	100,0	264	100,0
 Betten						
Öffentlich	50.153	68,3	45.814	67,7	40.222	63,5
Sozialversicherungen	6.138	8,4	5.744	8,5	5.719	9,0
Nicht-profit-orientiert	13.780	18,8	11.863	17,5	11.926	18,8
Privat	3.308	4,5	4.287	6,3	5.487	8,7
Insgesamt	73.379	100,0	67.708	100,0	63.354	100,0

Quelle: Statistik Austria 2007, Hofmayer/ Rack 2006:141, Hofbauer 2007, eigene Berechnungen

Tabelle 1-10 zeigt die Veränderungen der Zahl der Krankenanstalten und der Bettenanzahl von 1996 bis 2006. Besonders ausgeprägt war die Reduktion der Spitalsstandorte

¹⁰ Allerdings bestehen in der Bettendichte zwischen den Bundesländern große Unterschiede. eine überdurchschnittlich hohe Bettendichte wiesen die Bundesländer Kärnten mit 935, Salzburg mit 901, die Steiermark mit 874 und Wien mit 795 Betten pro 100.000 Einwohner/in auf. Unterdurchschnittlich war sie in Tirol mit 689, Niederösterreich mit 667, Vorarlberg mit 598 Betten und im Burgenland mit 584 pro 100.000 Einwohner/in. Oberösterreich lag mit 744 Betten pro 100.000 Einwohner/in ebenfalls unter dem Durchschnitt (Statistik Austria 2007).

bei den öffentlichen Krankenanstalten (-28,2%), gefolgt von den gemeinnützigen Krankenanstalten (-13,5%). Etwas erhöht (8%) hat sich hingegen die Anzahl der profitorientierten Privatkrankenanstalten.

Der Bettenrückgang in den österreichischen Krankenhäusern insgesamt betrug zwischen 1990 und 2006 betrug 13,6%.¹¹ Besonders hoch war er wiederum bei den öffentlichen Krankenanstalten (-19,8% oder 9.931 Betten). Bei den gemeinnützigen Krankenanstalten lag er bei 13,5% (oder 1.854 Betten). Im Gegensatz zu allen anderen TrägerInnen hat die Bettenanzahl in profitorientierten Privatkrankenanstalten seit 1990 zugenommen (um 65,8% oder 2.179 Betten). Insgesamt zeigt sich an den Daten eine Bedeutungszunahme privater profitorientierter Krankenanstalten (wenn auch von einem niedrigen Ausgangsniveau ausgehend).

Tabelle 1-10: Veränderungen der Zahl und Betten österreichischer Krankenhäuser nach Eigentumsstruktur, 1990-2006

Veränderungen zwischen 1990 und 2006	Krankenhäuser Absolut	Krankenhäuser Prozent	Betten Absolut	Betten Prozent
Eigentümer				
Öffentlich	-46	- 28,2	-9.931	-19,8
Sozialversicherungen	-3	- 7,0	- 419	-6,8
Nicht-profit-orientiert	-11	-17,2	- 1.854	-13,5
Privat	+4	+ 8,0	+ 2.179	+ 65,8
Total	-56	-17,5	- 10.025	- 13,6

Quelle: Statistik Austria 2007, eigene Berechnungen

Wie deutlich wurde, hat sich die Krankenhauslandschaft in Österreich in den letzten Jahren verändert. Zusätzlich zur allgemeinen Bettenreduktion und zur Zunahme der Privatspitäler sind es mittlerweile in allen Bundesländern, außer in Wien, Gesellschaften, die nach dem Privatrecht organisiert sind, den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten führen. (siehe genauer 1.3) Die Organisationsformen dieser Gesellschaften unterscheiden sich; gemeinsam ist ihnen jedoch, dass die Eigentümer/innen, das sind die Gebietskörperschaften, zumeist Ausfallhaftungen übernehmen. Auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten, die großteils einen öffentlichen Versorgungsauftrag haben, haben sich zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert. Für definierte private, gewinnorientierte Krankenanstalten gilt darüber hinaus, dass der Betrieb, angelehnt an

¹¹ Um die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau weiter aufrechtzuerhalten wurde gleichzeitig die durchschnittliche Belegsdauer der Betten – also die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus – verkürzt. So ist insgesamt im österreichischen Durchschnitt die durchschnittliche Belegsdauer von 17,9 Tagen (1980) auf 8,0 Tage (2003) zurückgegangen.

die Vergütung öffentlicher Spitäler leistungsorientiert finanziert wird. Stationäre Gesundheitsleistungen, werden demnach von hauptsächlich privatrechtlich geführten öffentlichen Krankenanstalten, von privat-gemeinnützigen Krankenanstalten, die teilweise über Öffentlichkeitsrechte verfügen,¹² und von privat-gewinnorientierten Krankenanstalten¹³ erbracht (Hofmacher/Rack 2006:136/137).

1.2. *Rechtsformwechsel in private Trägerschaft oder Teilprivatisierung seit 2004*

Genauere Informationen über Rechtsformwechsel in private Trägerschaft oder Teilprivatisierung liegen für Deutschland und Österreich vor. In Österreich allerdings sind ‚materielle‘ Privatisierungen aber auch Teilprivatisierungen im Gegensatz zu Deutschland eine Randerscheinung. Der Versuch der Darstellung der Situation in der Tschechischen Republik und in Polen ist indes mit einem Datenproblem konfrontiert. Es fehlen Daten, die Differenzierungen zwischen den privaten Rechtsformen ermöglichen. Das heißt, sie lassen sowohl keine Unterscheidungen zwischen privaten, gemeinnützigen und privaten, gewinnorientierten Krankenhäusern zu, als auch keine Unterscheidungen zwischen privatrechtlichen Krankenhäusern, die sich im Eigentum der Regionen oder Gemeinden befinden und jenen, die sich in Privateigentum befinden. Kurz: Aussagen zur Entwicklung der materiellen Privatisierung im Sinne des Verkaufs von öffentlichen Krankenhäusern an private Investoren sind ebenso wenig möglich wie über den Bau neuer privater Krankenhäuser.¹⁴ Bekannt ist nur, dass es einen solchen Trend zum Bau von privaten Krankenhäusern für PrivatpatientInnen in den neuen EU-Mitgliedsländern in Mittel- und Zentraleuropa gibt.

¹² Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb (Hofmacher/Rack 2006:136). Die meisten Öffentlichen Krankenanstalten sind so genannte Fonds-Krankenanstalten, die von den Landesfonds finanziert werden. Auch Non-Profit-Krankenhäuser können über Öffentlichkeitsrecht und somit Subventionsrecht verfügen (Hofmacher/Rack 2006:XVII).

¹³ Seit 2002 werden auch private, nicht-gemeinnützige Spitäler und Sanatorien nach dem „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System) finanziert und zwar aus den Mitteln des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF). Der PRIKRAF ist die Ausgleichstelle für die Leistungen der Privat-Krankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Er wird von Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie Sondernversicherungsanstalten gespeist (BMGF 2005:114). Für öffentliche und gemeinnützige private Krankenanstalten gilt „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System) seit 1997. Reicht dies nicht aus, um die Kosten einer Klinik abzudecken, so müssen die Träger (Länder und Gemeinden) die Verluste zahlen. Das LKF-System ist eine Fallpauschalenhonorierung (ein so genanntes DRG – ‚diagnose related‘ – System) und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten.

¹⁴ Das Gleiche gilt für die von den ProjektpartnerInnen zur Verfügung gestellten Informationen. Für Polen waren allerdings im Unterschied zur Tschechischen Republik vereinzelte Informationen über Krankenhäuser in Privateigentum zugänglich.

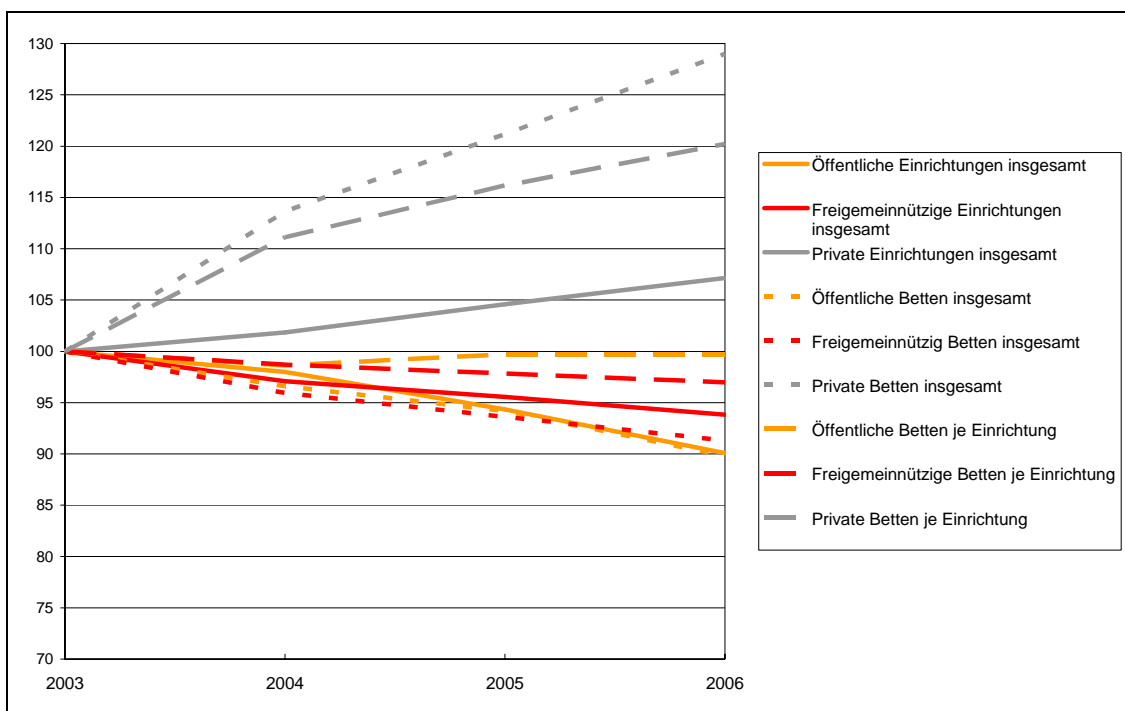
1.2.1. Tschechische Republik

Für die Tschechische Republik liegen wie eingangs beschrieben keine Informationen vor.

1.2.2. Deutschland

Wie bereits geschildert sind seit 2000 immer größere Krankenhäuser privatisiert oder teilprivatisiert worden. Diese Entwicklung ist mit dem Beginn der flächendeckenden Einführung eines Fallpauschalensystems, dem so genannten DRG-System (Diagnosis Related Groups) 2004 noch verstärkt worden. So ist die Zahl der privaten Krankenhäuser von 2003 bis 2006 zwar nur um 7,2% gestiegen, die Zahl der Betten, die private Einrichtungen bereitstellen, jedoch um 29%. Die durchschnittliche Anzahl an Betten je Einrichtung sank in diesem Zeitraum in öffentlichen Einrichtungen um 0,3%, in privaten Krankenhäusern stieg er jedoch um 20,2% (Abbildung 1-3). Dennoch hat die durchschnittliche private Klinik noch immer weniger als ein Drittel der Größe eines öffentlichen Hauses (Statistisches Bundesamt 2007a).

Abbildung 1-3: Veränderungen seit Einführung der DRGs (2003 = 100)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

Wie schon erwähnt sind die Teilprivatisierungen des LBK Hamburg und des Universitätsklinikum Gießen und Marburg Höhepunkte dieser Entwicklung. Beide Privatisierungen stießen auf erheblichen Widerstand von Beschäftigten, den Oppositionsparteien und Teilen der Zivilgesellschaft. In Hamburg organisierte die Gewerkschaft ver.di einen Volksentscheid gegen die Mehrheitsprivatisierung, der allerdings trotz erfolgreichem

Ausgang (76,8% der Wähler stimmten gegen die Privatisierung) von der konservativen Regierung übergangen wurde (Greer 2006).

Nicht zuletzt aufgrund der Größe und der damit verbundenen Relevanz dieser Kliniken für die Gesundheitsversorgung größerer Regionen behielt der vorherige Betreiber – die Bundesländer Hamburg und Hessen - einen Anteil an den privatisierten Kliniken. In Hamburg betrug dieser Anteil 25,1%, das Land Hessen behielt als vormaliger Betreiber der Uniklinika Gießen/Marburg lediglich 5%.

Studien gehen davon aus, dass der Anteil privatisierter Kliniken weiter steigen wird. Es wird davon ausgegangen, dass 40% (Hess 2005, Bähr/Fuchs et al. 2006) bis 50% (Schmidt/Gabbert et al. 2003) der Krankenhäuser in Deutschland zukünftig von privaten Konzernen betrieben werden.

1.2.3. Polen

Zu Polen liegen einige Teilinformationen vor. So sind nach Kozek (2006) private Krankenhäuser meist auf einzelnen Fachrichtungen spezialisiert. Überdies sind sie relativ klein – Bettenzahlen zwischen 50 und 100 sind die Regel. (Kozek 2006) Die überwiegende Mehrzahl der Privatkrankenhäuser versucht mit dem Nationalgesundheitsfond Verträge abzuschließen, allerdings gibt es einige Krankenhäuser, die auf einen Vertrag verzichten und damit nur PrivatpatientInnen aufnehmen. Dies sind beispielsweise das *Damian's Krankenhaus* in Warschau und das *Certus Poznań, Carolina Medizinische Zentrum, ebenfalls in Warschau*. Allein im Raum Warschau gibt es Pläne für den Bau von fünf neuen Privatkrankenhäusern (Kozek 2006:8-9).

Gleichzeitig zeigt sich nach Kozek (2006) in Polen ein Trend, der auch in Österreich zu finden ist, nämlich, dass Privatkrankenhäuser nur spezialisierte Gesundheitsdienstleistungen anbieten und sich in der Nähe von großen öffentlichen Krankenhäusern ansiedeln. Damit nutzen Private die öffentliche Infrastruktur mit, denn im Notfall ist ein großes – nicht-spezialisiertes – Krankenhaus in der Nähe.

Nach Baatzsch (2008) wurden von 1999 bis 2006 171 Gesundheitseinrichtungen privatisiert (darin sind Krankenhäuser, die sich im Eigentum der öffentlichen Hand befinden, aber eine privatrechtliche Form aufweisen inkludiert): 119 davon auf öffentliche Initiative (Städte/Kreise), in der Mehrzahl handelte es sich dabei allerdings um Ambulanzen. Unter Woiwodschafts- und Kreisverwaltungen wurden vor allem Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen, unter Stadt- und Gemeindeverwaltungen vorwiegend Ambulanzen privatisiert. Einen genauen Überblick gibt die Tabelle 1-11.

Tabelle 1-11: Privatisierte Gesundheitseinrichtungen von 1999 bis 2006

		Auf Initiative der Städte und Kreise
Insgesamt privatisierte Gesundheitseinrichtungen 1999 bis 2006	171	119
Davon		

Krankenhäuser	45	37
Krankenhausabteilungen	31	22
Ambulanzen	95	60

Quelle: Baatzsch 2008

1.2.4. Österreich

Im vorigen Abschnitt wurde bereits darauf verwiesen, dass in Österreich seit etlichen Jahren privatrechtliche Gesellschaften, den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten führen. Dabei handelt es sich allerdings um so genannte ‚Organisationsprivatisierungen‘, das heißt formale und nicht materielle Privatisierungen. (siehe genauer 1.3) ‚Materielle‘ Privatisierungen aber auch Teilprivatisierungen sind in Österreich – im Gegensatz zu Deutschland – selten.

In Österreich wurden bislang zwei Krankenhäuser (Kitzbühl, Kapfenberg) an Privatunternehmen verkauft (Rümmele 2007:87). Im Falle von Kitzbühl ging das Krankenhaus nach fünf Jahren allerdings wieder in den öffentlichen Besitz über, nachdem der private Betreiber ausgestiegen war, weil die Geburtsklinik aus dem Krankenanstaltenplan des Landes gestrichen worden war. Inzwischen wurde das Spital zur Gänze aufgelassen (Rümmele 2007:40, Hofbauer 2007).

Privatisiert wurde auch ein Rehabilitationszentrum (Sonderkrankenanstalt) der Sozialversicherung der Bauern (SVB). Die SVB blieb jedoch mit einem Minderheitsanteil von 26 Prozent weiter an den Gesundheitseinrichtungen beteiligt. Nach diesem Modell sollen nun die vier weiteren Gesundheitseinrichtungen der SVB im Rahmen eines Ausschreibungsverfahrens an private Eigentümer abgegeben werden (Rümmele 2007:55).

Gleich mehrmals brachen Privatisierungsdiskussionen 2002 und 2004 über das Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse aus. Das Hanusch-Krankenhaus wurde auch im Regierungsprogramm 2007 als „Veränderungskandidat“ (Rümmele 2007/38) angeführt. Das Spital wird als Referenzkrankenhaus und Kompetenzzentrum für alle anderen Kassen geführt, um den Krankenhausalltag und seine Abläufe zu studieren. Die Befürworter des Verkaufs, allen voran VertreterInnen der Regierung, sehen das Spital als wirtschaftliche Belastung für alle Krankenkassen und als Hauptursache des enormen Defizits der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) (Rümmele 2005:24).

Insgesamt zeigt sich in Österreich im Gesundheitsbereich die Tendenz, dass private AnbieterInnen ein so genanntes „Rosinenpicken“ betreiben. Sie tendieren zur PatientInnenselektion, „picken“ sich die leichteren Fälle mit geringerem Risiko heraus. Das zeigen auch die Daten des österreichischen LKF-Systems (Streissler 2005:128). Private beschränken sich meist auf standardisierbare und daher lukrative Behandlungen, während risikoreiche Behandlungen und teure Akutkapazitäten weiterhin von der Allgemeinheit bezahlt werden (Rümmele 2005:15). Zudem nützen private die öffentliche Infrastruktur, indem sie sich bevorzugt in der Nähe der besten öffentlichen Spitäler

ansiedeln. So befindet sich heute in der Nähe des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) die österreichweit höchste Anzahl an privaten Gesundheitseinrichtungen,¹⁵ denn im Notfall ist eines der besten Krankenhäuser Österreichs in der Nähe (ebd.:29). Viele AKH-ÄrztInnen haben Ordinationen in Privatkliniken rund um das AKH oder sind an privaten Instituten beteiligt (ebd.:30) (Hofbauer 2007:18).

PrivatisierungsbefürworterInnen argumentieren, dass private AnbieterInnen effizienter wären. Tatsächlich sind sie manchmal günstiger, aber der Hauptgrund ist nicht die höhere Effizienz sondern die niedrigeren Personalkosten. Private Spitäler fallen unter den für die KrankenhausbetreiberInnen günstigeren Kollektivvertrag der privaten Krankenanstalten. Darüber hinaus bilden private AnbieterInnen oft kein Personal aus und greifen auf flexible Leiharbeitskräfte zurück (Streissler 2005:127). Andererseits führt die zunehmende Konzentration in Bereich der privaten medizinischen Dienstleistungen dazu, dass private AnbieterInnen vor allem bei Auslagerungen die Preise in die Höhe treiben können (Rümmele 2005:133).

1.3. Formalprivatisierte Trägerschaften in ausschließlich oder überwiegend öffentlichem Eigentum

In allen vier Ländern finden sich formalprivatisierte Trägerschaften in ausschließlich oder überwiegend öffentlichem Eigentum. Allerdings haben wie bereits in der Einleitung beschrieben formalprivatisierte Trägerschaften in den nationalen Privatisierungsdebatten unterschiedliche Bedeutung. Während in der tschechischen Republik und in Polen die formalprivatisierten Trägerschaften im Mittelpunkt stehen, dies wird ja auch an der Zuordnung der Krankenhäuser zum öffentlichen oder privaten Sektor nach rechtlicher Trägerstruktur deutlich, liegt in Deutschland und Österreich der Debatten-schwerpunkt auf materieller Privatisierung.

Generell können formelle Privatisierungen als erster Schritt gesehen werden, um eine materielle Privatisierung vorzubereiten. Ob und wie schnell die nächsten Schritte, materielle Privatisierungen dann real erfolgen, dazu liegen in Deutschland und Österreich unterschiedliche Erfahrungen vor. In der Tschechischen Republik und in Polen scheint die Situation noch offen. Fest steht allerdings, dass in allen Ländern diese formellen Privatisierungen Versuche sind, die Krankenhäuser zu wirtschaftlicherem Handeln zu zwingen.

1.3.1. Tschechische Republik

Wie bereits in Abschnitt 1.1 dargestellt, fanden weit reichende Änderungen der Struktur des Gesundheitswesens ab 2002 als Folge der zweiten großen regionalen Verwaltungsreform in der Tschechischen Republik statt. Die ehemaligen 77 Kreise – bis 2002 Teil der zentralstaatlichen Verwaltung – wurden aufgelöst und mit 1.1.2003 wurden alle 82

¹⁵ Die Region um das Wiener Allgemeine Krankenhaus wird im Volksmund auch die ‚goldene Meile‘ genannt.

Kreiskrankenhäuser in das Eigentum und die Verantwortung der 14 selbstverwalteten Bezirke (Regionen) bzw. vereinzelt in das Eigentum einzelner Städte oder Gemeinden überführt. Die hohe Verschuldung der ehemaligen Kreiskrankenhäuser führte dann oftmals dazu, dass die Regionen die Krankenhäuser in private Rechtsformen überführten, in der Regel in Handelsgesellschaften, die allerdings im 100%igen Eigentum der Regionen verblieben.

Die Umwandlung der regionalen Spitäler fand kontinuierlich zwischen 2003 und 2007 statt. In einigen Regionen formierten sich die Spitalhandelsgesellschaften zu Holdings ehemals regionaler Krankenhäuser. 2007 gab es 50 Krankenhausunternehmen, die sich zu 100% in öffentlichem Eigentum befinden. 11 von 14 Regionen haben keine öffentlich-rechtlichen Krankenhäuser mehr.

Die Situation der Gemeindespitäler entwickelte sich ähnlich den regionalen Krankenhäusern: Zuerst wurden Gemeinden/Städte Eigentümer der ehemaligen staatlichen Kreisspitäler, dann wurden die Spitäler in Handelsgesellschaften umgewandelt. Im Gegensatz zu den Bezirkskrankenhäusern finden sich bei den ehemaligen Gemeindespitälern neben Aktiengesellschaften auch etliche Gesellschaften mit beschränkter Haftung.

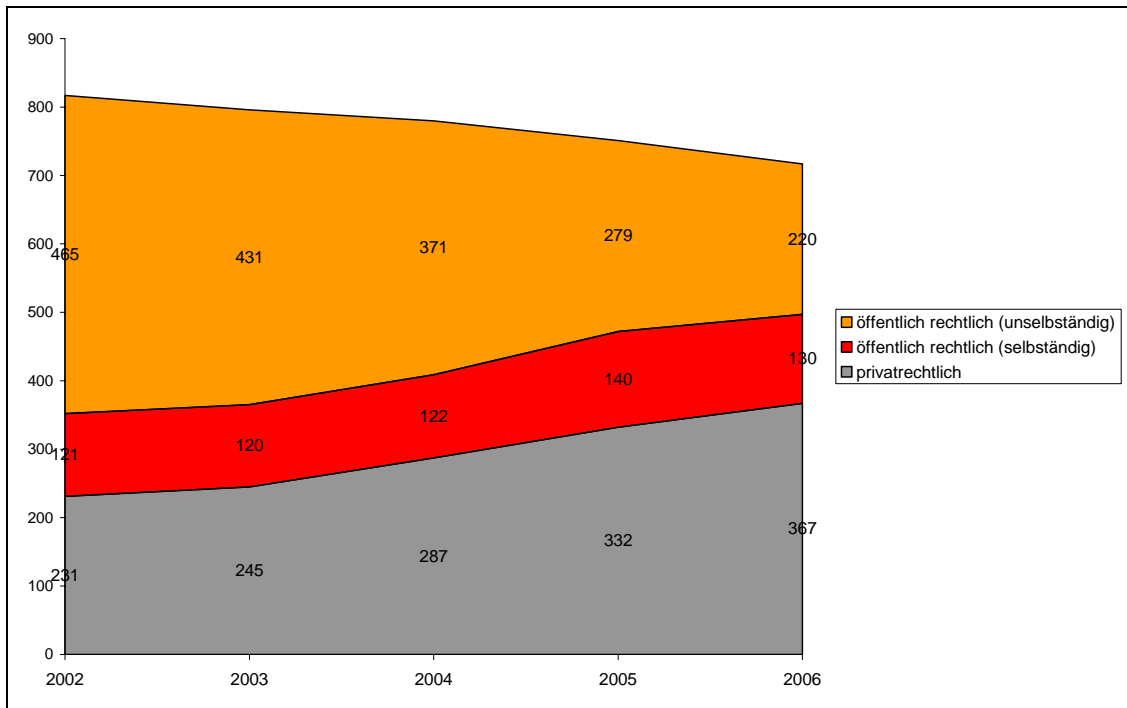
1.3.2. Deutschland

In *Deutschland* ist für viele Kommunen die Transformation der Rechtsform, unter der die Krankenhäuser von ihnen betrieben werden, ein erster Schritt, um eine materielle Privatisierung vorzubereiten (Schulten 2006:8, Trümmer 2004:93). Teilweise verbleiben Krankenhäuser, wie beispielsweise die *Vivantes GmbH* in Berlin, aber auch längere Zeit unter privater Rechtsform in öffentlicher Hand, ohne dass eine weitere Privatisierung geplant ist. In jedem Fall ist eine formelle Privatisierung der Versuch, die Krankenhäuser zu wirtschaftlicherem Handeln zu zwingen.

Lange waren die meisten deutschen Krankenhäuser in öffentlicher Rechtsform in die Verwaltungsstrukturen eingebunden. Dies ist bei Regiebetrieben mehr und bei Eigenbetrieben weniger der Fall. In dieser Struktur wird auch über Detailfragen in den öffentlich tagenden kommunalen Verwaltungen verhandelt. Daneben werden öffentlich-rechtliche Krankenhäuser auch selbständig als Körperschaft (bei Universitätskliniken), Zweckverband, Stiftung oder Anstalt öffentlichen Rechts geführt. Wenn der Weg in eine private Rechtsform gewählt wird, entscheiden sich die Verwaltungen entweder für die GmbH oder die AG. Bisweilen werden auch die gemeinnützigen Formen gGmbH oder auch gAG gewählt. Diese Umwandlung in private Rechtsformen macht die Klinikleitung im Tagesgeschäft von der kommunalen Verwaltung unabhängig.

Während noch 2002 mehr als die Hälfte der öffentlichen Einrichtung in einer unselbständigen öffentlich-rechtlichen Form betrieben worden sind, hat sich bis 2006 das Verhältnis gegenüber privatrechtlichen Formen umgekehrt. Im zweiten Jahr nach der Einführung der DRGs werden 51,2% der öffentlichen Kliniken in privatrechtlicher Form betrieben (Abbildung 1-4).

Abbildung 1-4: Anzahl der unterschiedlichen Rechtsformen öffentlichen Krankenhäuser



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

1.3.3. Polen

In Polen wurden – wie ebenfalls bereits in Abschnitt 1.1.3 erläutert – die ehemals zentralstaatlich verwalteten Krankenhäuser schon 1993 in die Selbstverwaltung der Regionen (Woiwodschaften) überführt. Oftmals wurde ein neues Management eingesetzt, manchmal Kreditgarantien vergeben. Kozek (2006) verweist hinsichtlich der Vereinbarungen der öffentlichen Eigentümer mit dem Management auf eine Gesetzeslücke, die zur Folge hatte, dass der öffentliche Eigentümer in der Praxis über wenig Einfluss auf das Management verfügte. Als Folge führten ManagerInnen Krankenhäuser des Öfteren in hohe Verschuldungen. Neben dem Verkauf einiger hoch verschuldeter Krankenhäuser wurden andere in private Rechtsformen übergeführt, in Polen in der Regel in Handelsgesellschaften, blieben aber zu 100% im öffentlichen Eigentum. (siehe auch Abschnitt 1.2.3) Diese privatrechtlichen Krankenhäuser haben sich mittlerweile in einem Verband zusammengeschlossen – den ‚Verband der privaten Krankenhäuser der Selbstverwaltung‘ und betreiben natürlich Interessenspolitik: Privatrechtliche Formen werden als einzige Variante von Krankenhäusern promotet, die mittelfristig die polnische stationäre Gesundheitsversorgung absichern und gleichzeitig einen bestimmten

Qualitätsstandard anbieten kann.¹⁶ Untersuchungen bzw. Studien und damit Daten über polnische Krankenhäuser in unterschiedlicher TrägerInnenschaft liegen allerdings nicht vor.

1.3.4. Österreich

Auch in Österreich sind seit den 1980er Jahren in fast allen Bundesländern Spitalskonzerne entstanden, die den Ländern gehören. Viele Gemeinden haben ihre Krankenhäuser an die Länder verkauft und diese haben sie dann in Spitalsgesellschaften bzw. Holdinggesellschaften zusammengefasst. Beispiele sind die Kages (Steiermark), die Vorarlberger Krankenhausbetriebsgesellschaft oder der KAV (Wiener Krankenanstalten Verbund). Diese zusammengeschlossenen Krankenhäuser zählen dann oft zu den größten Arbeitgebern in den jeweiligen Bundesländern. Die größeren Gesellschaften in Wien oder in der Steiermark sind bereits fast so groß wie private amerikanische oder deutsche Klinikketten. (Rümmele 2005:82). Parallel zu der Bildung größerer Spitals-einheiten kam es auch zur Überführung der Krankenhäuser in privatrechtliche Gesellschaften. Mittlerweile wird in allen Bundesländern außer in Wien der Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser von Gesellschaften geführt, die nach Privatrecht organisiert sind. Obwohl sie privatrechtlich organisiert sind, übernehmen die EigentümerInnen (die Gebietskörperschaften) aber in der Regel auch weiterhin die Ausfallhaftungen (ebd.:80). Das heißt, es handelt sich dabei primär um formelle und nicht um materielle Privatisierungen, also um ‚Organisationsprivatisierungen‘ (Hofmacher/Rack 2006:61).

1.4. *Typische Ausgründungen von Küche, Reinigung, Hol- und Bringdienste, Sterilisation, Apotheke, Labor oder Management*

In allen vier Ländern haben sowohl bei Krankenhäusern unter privater, wie auch unter freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft im Rahmen der Restrukturierungen des Krankenhaussektors eine erhebliche Zahl an Ausgründungen stattgefunden. Entweder wurden Bereiche in unternehmenseigene Servicebetriebe (Insourcing) oder an Fremdfirmen/ein anderes Krankenhaus vergeben (Outsourcing). Den Anfang machten Ausgründungen von genannten sekundären Dienstleistungen wie die Reinigung, Wäscherei oder Küche. Salfeld/Hehner et al. (2008:100) begründen dies beispielsweise für Deutschland damit, dass Einsparungen bei den nichtklinischen Diensten leichter zu vermitteln sind und daher in vielen Häusern seit Jahren auf diese Bereiche konzentriert wird. Mittlerweile werden aber auch primäre Dienstleistungen wie Labors, Dialysen,

¹⁶ Ihre Argumente klingen vertraut, es sind die gängigen Pro-Privatisierungsargumente: höhere Rentabilität, Gewinn statt Verlust, hoch qualifizierte ÄrztInnen, hoher Versorgungsstandard, eine effizientere Verwaltung durch eine neue Managementqualität, gleichzeitig damit eine bessere Versorgung, kurze Wartezeiten und eine hohe Zufriedenheit für PatientInnen, aber auch Vorteile für die Belegschaft durch stabile Arbeit, pünktliche Entlohnung, Leistungszulagen, Schulungen, gute Arbeitsbedingungen, freundliches Betriebsklima etc.(nach Baatsch 2008) Gegenargumente können in der Einleitung nachgelesen werden.

CT – in Polen überdies auch Bereiche wie medizinische Beratung, Gastroskopie und Koloskopie, Betäubung – ausgelagert.

In Österreich findet sich überdies eine spezifische Form der Ausgründung, nämlich Public Private Partnerships (PPP). Der Begriff Public Private Partnership bezieht sich im Allgemeinen auf Formen der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen Stellen und Privatunternehmen zwecks Finanzierung, Bau, Renovierung, Betrieb und/oder Unterhalt einer Infrastruktur oder die Bereitstellung einer Dienstleistung. Public Private Partnerships sind auf Dauer angelegte Kooperationen von öffentlicher Hand und privater Wirtschaft bei der Planung, der Erstellung, der Finanzierung, dem Betreiben oder der Verwertung von (bislang) öffentlichen Aufgaben mit angemessener Verteilung der Risiken und Verantwortlichkeiten.

Eine in Österreich beliebte PPP-Variante ist die Übernahme der Betriebsführung von Krankenanstalten durch private Firmen, die sich auf Krankenhausmanagement spezialisiert haben. In mindestens zwei Krankenhäusern (NRZ Rosenhügel und Neunkirchen) wurde das Management an Private übertragen. 2003 versuchte das Land Steiermark 2003 das Management für alle seine 24 Spitäler (Kages) an einen privaten Klinikbetreiber zu vergeben. Der Versuch scheiterte am Widerstand der ÄrztInnen und der Öffentlichkeit sowie an den Vorgaben des Landes. Die InteressentInnen, darunter die deutsche Helios Gruppe, sahen schlussendlich zu wenig Spielraum und zogen sich zurück (ebd.:87). Die österreichische Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) überträgt die Führung ihres Rehabilitationszentrums an ein privates Unternehmen. Das Zentrum wird künftig von der Humanomed-Gruppe geführt. Die Firma wird sich auch zu 49 Prozent an einer Betriebsführungsgesellschaft beteiligen. Das Rehab-Zentrum selbst bleibt weiter im Eigentum der SVA (Newsletter Kranken Geschäfte 09/2007).

Die Salzburger Stadt Oberndorf (Flachgau) führt ihr Krankenhaus seit 2007 zusammen mit dem privaten Spitalsdienstleister Vamed. Die Stadt behält mit 51 Prozent die Mehrheit an einer Managementfirma und gibt 49 Prozent an die Vamed ab. Die Vamed gehört mehrheitlich dem deutschen Medizintechnik- und Spitalskonzern Fresenius, zu dem auch der private Klinikbetreiber Helios gehört. Konkret sollen von der Vamed – inklusive der Landesförderungen – etwa 22 bis 24 Millionen Euro in die Modernisierung des Spitals investiert werden. Die Vamed soll nun nicht nur das Spital um- und ausbauen, es ist zudem an die Errichtung eines Rehab- und eines Ärzte-Zentrums gedacht (Newsletter Kranken Geschäfte 01/2008).

Innerhalb eines PPP werden Private auch zunehmend zur Finanzierung von Investitionen geholt. In mindestens fünf Spitalern wurden bzw. werden mit privater Hilfe um- oder neu gebaut (ebd.:86f). Im Falle des Allgemeinen Krankenhauses in Wien (AKH) ist die technische Betriebsführung in privater Hand. Das Privatunternehmen hat das AKH fertig gebaut und ist heute für die technische Betriebsführung zuständig.

Eine weitere Variante ist schließlich die Ausgründung von primären Dienstleistungen wie Labors, Röntgenabteilungen oder auch Dialyseabteilungen. So hat der Wiener Krankenanstaltenverbund zusammen mit der Wiener Krankenkasse und einem

privaten aber nicht profit-orientierten Krankenhaus in Wien eine Firma gebildet, die ein neues Dialysezentrum errichten soll. Weil die der private Partner das Management übernimmt (obwohl er das geringste Kapital in das Projekt eingebracht hat), fallen die Beschäftigten unter den ungünstigeren Kollektivvertrag für Privatkrankeanstalten (Rümmele 2007:40).

Argumentiert werden diese Ausgründungen in den vier Ländern vor allem mit Kostenersparnis. Daten über Kosten von outgesourcten Dienstleistungen fehlen allerdings in den Ländern.

Insgesamt ist ein Manko an nationalen Daten über ausgelagerte Bereiche festzustellen. Nur für Deutschland liegen dazu genaue Informationen vor. Für Deutschland hat das Deutsche Krankenhausinstitut festgestellt, dass seit 2004 etwa ein Drittel der Krankenhäuser Aufgaben outgesourct und ein Viertel insourct hat. Während ersteres eher in kleineren Häusern vorkommt, wird in größeren Häusern eher insourct. Etwa 8% vorrangig kleinerer Kliniken (50 – <300 Betten) haben beides betrieben (Blum/Offermanns et al. 2007:26f). Nach Aufgaben aufgeteilt wird insbesondere Reinigung (in 33,6% der Krankenhäuser) und Küche (22%) insourct, während das Labor am häufigsten outgesourct wird (24%) (Tabelle 1-12).

Tabelle 1-12: Ausgelagerte Bereiche ab 2004 – Outsourcing und Insourcing

Bereiche	Outsourcing Krankenhäuser in %	Insourcing Krankenhäuser in %
Einkauf	11,1	11,6
Küche	18,4	22,0
Reinigung	19,5	33,6
Wäscherei	17,2	1,5
Hol- und Bringdienste	8,3	11,2
Bettenaufbereitung	9,1	8,6
Labor	24,0	3,0
Radiologie	9,1	3,1
Sonstiges	10,9	10,2

Quelle: Blum/Offermanns et al. 2007:28

Darüber, ob diese Entwicklung in Deutschland eher von den öffentlichen (Wendl 2008:44) oder von privaten Krankenhäusern (Gröschl-Bahr/Stumpffögger 2008:172) vorangetrieben wird, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Jaehrling (2007) vermutet dagegen, dass die Frage, ob outgesourct wird, mehr mit der Sozialstruktur der Region in der ein Krankenhaus angesiedelt ist als mit der Trägerschaft zu tun hat, weil genügend Einnahmen durch gut verdienende Privatpatienten Spielraum für eine Bezahlung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) bietet (2007:183). Über die Tschechische Republik, Polen und Österreich liegen dazu keine Informationen vor.

2. *ARBEITSBEDINGUNGEN AUF NATIONALER/ BETRIEBLICHER EBENE*

Über die Arbeitsbedingungen in den vier Ländern liegen unterschiedlich detaillierte Informationen vor. Im Folgenden werden entlang der vorgegebenen Berichtsstruktur die jeweiligen Bedingungen in den einzelnen Ländern dargestellt.

2.1. *Insolvenzschutz*

Die Bestimmungen zum Insolvenzschutz ähneln sich erwartungsgemäß¹⁷ in ihren Grundzügen in den einzelnen Ländern. Ein wesentlicher Unterschied zwischen Deutschland und Österreich auf der einen und der Tschechischen Republik und Polen auf der anderen Seite besteht darin, dass in Deutschland und Österreich bei Eröffnung eines Insolvenzverfahrens ein Insolvenzverwalter (in Österreich der so genannte Masseverwalter) an die Stelle des Arbeitgebers tritt, während in Polen und der Tschechischen Republik das Gericht dem Arbeitgeber unter Aufsicht eines Gerichtsaufsehers die Eigenverwaltung überlassen kann und der Arbeitgeber nicht die Verfügungsbefugnis über sein Vermögen verliert. Ein zweiter Unterschied liegt darin, dass während in Deutschland und Österreich die Insolvenz eines öffentlich-rechtlich konstituierten Unternehmens rechtlich auch nicht vorgesehen ist, ist in der Tschechischen Republik die Möglichkeit einer Insolvenz eines öffentlich rechtlichen Arbeitgebers möglich. Ihre Wahrscheinlichkeit ist allerdings sehr gering. Wenn sie eintritt, sehen die rechtlichen Bestimmungen vor, dass im Falle einer Insolvenz der Verlust für ArbeitnehmerInnen vom öffentlichen Träger gedeckt wird.

2.1.1. *Tschechische Republik*

In der Tschechischen Republik sieht das Arbeitsgesetzbuch für den Fall, dass der Arbeitgeber seinen Verpflichtungen gegenüber den Beschäftigten nicht mehr nachkommen kann, u.a. folgende Schutzbestimmung für ArbeitnehmerInnen vor:

- die Möglichkeit, das Arbeitsverhältnis mit sofortiger Wirkung zu beenden, wenn der Arbeitgeber den/das ausstehende(n) Lohn/Gehalt oder einen Teil davon nicht binnen 15 Tagen ab dem Fälligkeitsdatum auszahlt.¹⁸

Handelt es sich um einen öffentlichen Arbeitgeber, der in der öffentlich-rechtlichen Form eines Eigenbetriebs geführt wird, wird der Verlust, wie bereits erwähnt, von dem Träger gedeckt. Diesbezüglich ist also das Risiko der Zahlungsunfähigkeit eines öffentlichen-rechtlichen Arbeitgebers – mit Ausnahme weniger Fälle, wie z.B. bestimmter strafbarer Handlungen – sehr gering. Private Arbeitgeber können im Falle

¹⁷ Alle vier Länder gehören der Europäischen Union an und unterliegen demgemäß den vereinheitlichten Bestimmungen des EU-Rechts zum Insolvenzschutz.

¹⁸ § 56 des Arbeitsgesetzbuches.

ihrer Überschuldung Insolvenz anmelden.¹⁹ In einem solchen Fall können die ArbeitnehmerInnen auf jene rechtlichen Schutzbestimmungen zurückgreifen, die im Gesetz Nr.118/2000 Slg. über den Schutz der Beschäftigten bei einer Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers geregelt sind. Ist der Arbeitgeber zahlungsunfähig und wurde deswegen ein Insolvenzantrag gestellt, hat der Beschäftigte die Möglichkeit, rückwirkend maximal 3 Monatsgehälter vor der Beantragung des Insolvenzverfahrens einzufordern. Die Forderung wird bei dem zuständigen Arbeitsamt beantragt und von diesem auch bezahlt.

2.1.2. *Deutschland*

In Deutschland gilt im Insolvenzfall grundsätzlich die Insolvenzordnung (InsO). Nach dieser tritt bei der Eröffnung eines Insolvenzverfahrens ein Insolvenzverwalter an die Stelle des Arbeitgebers (§ 80 Abs. 1 InsO). Bis auf einige Sonderregelungen gelten alle Verträge, Betriebsvereinbarungen und Tarifverträge weiter. Die Sonderregelungen umfassen u.a. die Kündigungsfrist, die lediglich drei Monate beträgt (§ 113 InsO) und die Klagefrist von drei Wochen gegen Kündigungen. Zudem können das Vermögen belastende Betriebsvereinbarungen, ebenfalls mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden (§ 120 InsO) und die Höhe der Sozialplanmittel ist auf einen Gesamtbetrag von bis zu 2,5 Monatsgehältern der von Kündigung bedrohten Mitarbeitern sowie 1/3 des Gesamtvermögens begrenzt (§123 InsO). Darüber hinaus steht Arbeitnehmern in Deutschland für die letzten drei Monate vor Eröffnung des Verfahrens Insolvenzgeld in Höhe des Nettoentgelts vom Arbeitsamt zu, wenn sie während dieses Zeitraums ihr Gehalt nicht erhalten haben (§ 183ff SGB III). Weitere Gehaltsforderungen sind einfache Insolvenzforderungen, die angemeldet werden müssen und aus dem vorhandenen Vermögen gezahlt werden (§§ 28 Abs. 1, 174, 175 InsO).

Gemäß § 12 Abs. 1 InsO ist eine Insolvenz eines öffentlich-rechtlich konstituierten Unternehmens nicht möglich. Im Falle einer Überschuldung oder Zahlungsunfähigkeit können die Arbeitnehmer allerdings die gleichen Leistungen nach SGB III verlangen, die ihnen bei einem Insolvenzverfahren zugestanden hätten (§ 12 Abs. 2 InsO).

Nach dem Gesetz zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (Betriebsrentengesetz – BetrAVG) übernimmt der Pensions-Sicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit (PSVaG) die Zahlung betrieblicher Renten im Insolvenzfall (§§ 7, 14). Die Regelungen zu Langzeitkonten sind sowohl bei den meisten öffentlichen (§ 10 Abs. 1 Satz 1, Abs. 6 Satz 1 TVöD) und privaten Betreibern (beispielsweise: § 18 Abs. 10 Satz 2 TV Helios) über Betriebs- bzw. Dienstvereinbarungen geregelt. Dabei sind obligatorisch Regelungen zur Insolvenzsicherung zu treffen (§ 10 Abs. 6 Satz 2 TVöD, § 18 Abs. 10 Satz 3 TV HELIOS). Wie sich diese Betriebsvereinbarungen im Einzelnen darstellen, war im Rahmen dieser Studie nicht feststellbar.

¹⁹ Gesetz Nr. 182/2006 Slg., über Insolvenz sowie Verfahren zu ihrer Lösung (das Insolvenzgesetz). Das Insolvenzgesetz findet keine Anwendung auf den Staat sowie selbstverwaltete Gebietskörperschaften.

2.1.3. *Polen*

Im polnischen Insolvenzrecht und Reorganisationsgesetz ist ein Konkursverfahren vorgesehen, entweder mit der Möglichkeit zum Abschluss eines Vergleichs oder der Abwicklung des Schuldnervermögens sowie ein dem amerikanischen „Chapter 11“ ähnlich geregeltes Restrukturierungsverfahren. Als wichtigste Regel gilt, dass ein Konkursverfahren nur dann eingeleitet wird, wenn ein Ausgleich nach objektiven Kriterien nicht möglich ist. Sind der Konkurs und die Verwertung des Vermögens die einzige Lösung, soll die Einzelverwertung des Vermögens den Ausnahmefall darstellen. Die lange bestehende Unterscheidung zwischen Konkursrecht und Ausgleichsrecht wurde in Polen aufgegeben. Es kann nun zwischen beiden Verfahren gewechselt werden. Konkursverfahren können durch den Schuldner oder den Gläubiger angestrebt werden und zwischen zwei und vier Jahre dauern. Der Schuldner muss angeben, ob er die Insolvenzerklärung mit der Möglichkeit des Abschlusses eines Vergleichs oder aber die mit der Abwicklung seines Vermögens verbundene Insolvenz beantragt. Ein wesentlicher Unterschied zur deutschen und österreichischen Konkursordnung besteht wie eingangs beschrieben darin, dass im Falle der Insolvenzerklärung – mit der Möglichkeit des Abschlusses eines Vergleichs – das Gericht dem Arbeitgeber unter Aufsicht eines Gerichtsaufsehers die Eigenverwaltung überlassen kann und der Schuldner nicht die Verfügungsbefugnis über sein Vermögen verliert.

2.1.4. *Österreich*

Die im Insolvenzgesetz geregelten Schutzbestimmungen für ArbeitnehmerInnen beziehen sich auch in Österreich ausschließlich auf Beschäftigte in der Privatwirtschaft. Für den öffentlichen Dienst sind Insolvenzen nicht vorgesehen.

Die Insolvenz hat grundsätzlich keine Auswirkung auf das Arbeitsverhältnis. Im Konkursverfahren besteht das Arbeitsverhältnis weiter, wobei der Masseverwalter die Arbeitgeberrechte und –pflichten wahrzunehmen hat. Nur der Masseverwalter (in seiner Funktion als Arbeitgeber) kann das bestehende Arbeitsverhältnis lösen. Neben den arbeitsrechtlichen bestehen nun auch konkursspezifische Lösungsrechte. Auch der Arbeitnehmer kann im Konkursverfahren eine Lösung des Arbeitsverhältnisses nur gegenüber dem Masseverwalter erklären. Im Gegensatz dazu behält der Ausgleichsschuldner im Ausgleichsverfahren seine Geschäftsfähigkeit, sodass er weiterhin Ansprechpartner für den Arbeitnehmer ist. Es ist der Ausgleichsschuldner, der auch nach Ausgleichseröffnung die Rechte und Pflichten aus dem Arbeitsverhältnis wahrnimmt. Der Ausgleichsschuldner wird allerdings vom Ausgleichsverwalter überwacht. Wesentliche Geschäfte bzw. Rechtshandlungen bedürfen der Zustimmung des Ausgleichsverwalters, so unter anderem die Kündigung der ArbeitnehmerInnen. Im Falle einer Konkursabweisung bleibt das Dienstverhältnis unverändert aufrecht. Es gibt nur die arbeitsrechtlichen Beendigungsmöglichkeiten.

Nach Eröffnung des Konkursverfahrens wird das Arbeitsverhältnis in der Regel nicht aus arbeitsrechtlichen Gründen, sondern auf Grund besonderer Auflösungsmöglichkeiten beendet (§ 25 Konkursordnung). Innerhalb eines Monats kann der Masseverwalter

das Arbeitsverhältnis laut Konkursordnung kündigen bzw. der Arbeitnehmer den vorzeitigen Austritt erklären, wenn der Beschluss, mit dem die Schließung des Unternehmens oder eines Unternehmensbereiches angeordnet, bewilligt oder festgestellt wird, sowie öffentlich in der Insolvenzdatei (www.edikte.justiz.gv.at) bekannt gemacht ist.

Anspruch auf Insolvenz-Entgelt besteht, wenn der Arbeitgeber auf Grund eines Insolvenztatbestandes nicht mehr in der Lage ist die offenen Ansprüche der ArbeitnehmerInnen zu bezahlen. Anspruch auf Insolvenz-Entgelt haben alle ArbeitnehmerInnen (einschließlich der Lehrlinge) und HeimarbeiterInnen sowie deren Hinterbliebene bzw. Erben. Freie DienstnehmerInnen werden bei Insolvenz des Arbeitgebers ab 1.1.2008 den ArbeitnehmerInnen gleich gestellt.

Keinen Anspruch auf Insolvenz-Entgelt haben:

- Werkvertragsnehmer und sonstige atypisch Beschäftigte ohne Arbeitsvertrag („neue“ Selbstständige),
- Arbeitnehmer, die in einem Dienstverhältnis zum Bund, zu einem Bundesland, zu einer Gemeinde, zu einem Gemeindeverband stehen,
- Gesellschafter, denen beherrschender Einfluss auf die Gesellschaft zusteht.

ArbeitnehmerInnen erhalten Insolvenz-Entgelt für laufende Entgelte (Löhne, Gehälter, Überstunden etc.), Sonderzahlungen (Urlaubs- und Weihnachtsgeld), allfällige Kündigungsentschädigung und Urlaubersatzleistung höchstens bis zu einem monatlichen Bruttobetrag von € 7.860,- (seit 1.1.2008). Davon werden die Dienstnehmerbeiträge zur Sozialversicherung sowie eine vorläufige pauschale Lohnsteuer von 15 Prozent abgezogen. Für gesetzliche Abfertigungsansprüche erhalten ArbeitnehmerInnen das Insolvenz-Ausfallgeld pro Monatsbetrag Abfertigung bis brutto € 3.930,- (seit 1.1.2008) ungekürzt. Steht ein höherer Monatsbetrag zu, erhalten ArbeitnehmerInnen darüber hinaus nur mehr die Hälfte des Differenzbetrages, jedoch nicht mehr als brutto € 5.895,- (seit 1.1.2008).

Diese Ansprüche müssen von den ArbeitnehmerInnen rechtzeitig beim zuständigen Insolvenzgericht (innerhalb der vom Gericht festgesetzten Anmeldefrist) angemeldet und bei der IEF Service GmbH (Insolvenz-Entgelt-Fonds) fristgerecht (6-Monatsfrist) beantragt werden.

2.2. *Beschäftigungssicherheit – Kündigungsschutz*

Die größten Unterschiede im Kündigungsschutz zwischen Beschäftigten in öffentlichen und Beschäftigten in Privatkrankenhäusern finden sich in Österreich. Dies steht damit in Zusammenhang, dass im öffentlichen Gesundheitssektor Beschäftigte in der Regel ‚BeamtenInnenstatus‘ oder zumindest Vertragsbedienstetenstatus haben. Landesbeamte sind in Österreich nahezu unkündbar und auch Vertragsbedienstete stehen unter besonderem Kündigungsschutz (eine Kündigung nach einem 1-jährigen Dienstverhältnis (nach dem Vertragsbedienstetengesetz (VBG)) kann nur mehr schriftlich unter Angabe eines Grundes erfolgen (§32 VBG)). Der TVöD (Tarifvertrag öffentlicher Dienst) in Deutschland sieht zwar ebenfalls einen besonderen Kündigungsschutz vor, allerdings

erst nach 15jähriger Beschäftigungsdauer: dann kann dem Arbeitnehmer nur noch aus „wichtigem Grund“, also bei groben Pflichtverletzungen gekündigt werden (§ 34 TVöD).

Die Kündigungsschutzbestimmungen für Beschäftigte im privaten Krankenhaussektor sind in Österreich im Angestelltengesetz geregelt und in Deutschland durch das Kündigungsschutzgesetz. Diese Bestimmungen ähneln den Bestimmungen in der Tschechischen Republik und in Polen, wenn sich auch einige Variationen finden.

In der *Tschechischen Republik* ist die Beendigung eines Arbeitsverhältnisses im Arbeitsgesetzbuch geregelt. Eine kurzfristige Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist nur auf Grund bestimmter Gründe, die im Arbeitsgesetzbuch geregelt sind, möglich.

In *Deutschland* gilt zunächst für alle Beschäftigten, die länger als sechs Monate in einem Unternehmen mit mehr als zehn Mitarbeitern tätig sind, das Kündigungsschutzgesetz (KSchG). Dieses sieht insbesondere vor, dass Kündigungen nach bestimmten Kriterien sozial gerechtfertigt sein müssen und den Mitarbeitern bei betriebsbedingten Kündigungen Abfindungen zustehen (§§ 1, 1a KSchG). Die Kriterien umfassen insbesondere die Einhaltung der Mitbestimmungsrechte der Mitarbeitervertretungsorgane in öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Unternehmen sowie die Berücksichtigung der Dauer der Betriebszugehörigkeit, des Lebensalters, der Unterhaltspflichten und der Schwerbehinderung des Arbeitnehmers (§ 1 Abs. 2 Satz 1 bis 3, Abs. 3 Satz 1 und 2 KSchG). Auch bei einer Privatisierung gilt dieses Recht weiter, obwohl die Beschäftigten nicht länger im gleichen Unternehmen tätig sind. Nach § 613a Abs. 4 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ist eine Kündigung aufgrund eines Betriebsüberganges, zu dem auch Privatisierungen zählen, unwirksam und die im bisherigen Tarifvertrag (in der Regel der TVöD) geltenden Regelungen haben nach Abs. 1 des gleichen Paragraphen weiter Bestand.

Der TVöD sieht – wie bereits eingangs erwähnt – für die Kündigung des Arbeitsverhältnisses eine nach Beschäftigungszeit gestaffelte Kündigungsfrist vor. In den ersten 15 Jahren der Beschäftigung nimmt nach der Beendigung der Probezeit die Kündigungsfrist von einem auf bis zu sechs Monate zu. Danach kann dem Arbeitnehmer nur noch aus „wichtigem Grund“, also bei groben Pflichtverletzungen gekündigt werden (§ 34 TVöD). Diese Fristen sind in einigen anderen Tarifverträgen im Krankenhaussektor übernommen worden. Im Konzerntarifvertrag der Helios-Kliniken GmbH sind die Fristen jeweils etwa eine Stufe schlechter für die Beschäftigten und die Obergrenze verbleibt auch nach 15 Dienstjahren bei sechs Monaten (§ 29 Abs. 4 TV HELIOS). Für die Beschäftigten der ausgegliederten Servicegesellschaften gelten jedoch auch diese Regelungen nicht. Hier sollen die Kündigungsfristen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Situation auf örtlicher oder regionaler Ebene verhandelt werden und somit aus Beschäftigtenperspektive eher verschlechtert werden (Abs.1c TV HELIOS Anwendung). Auch wenn die einzelnen Stufen unterschiedlich ausgestaltet sind, gilt doch generell eine Staffelung von einem auf bis zu sechs Monate.

Darüber hinaus ist bei fast allen Privatisierungen der Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen über einen bestimmten Zeitraum Bestandteil der Kaufverträge zwischen den kommunalen Verwaltungen und den privaten Klinikkonzernen gewesen. Dennoch

wird in den betroffenen Häusern dadurch, dass freigewordene Stellen nicht neu besetzt werden, Personal abgebaut (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008:170).

In *Polen* wiederum muss Kündigung schriftlich erfolgen und im Falle eines unbefristeten Arbeitsvertrags müssen auch die Kündigungsgründe angegeben werden. Massenentlassungen (nach dem so genannten Gesetz über Massenentlassungen) sind möglich. Im Allgemeinen bedarf es aber der Zustimmung der Gewerkschaften, der Einleitung offizieller Verfahren sowie der Zahlung von Abfindungen. Auch in Polen findet sich eine nach Beschäftigungszeit gestaffelte Kündigungsfrist: So betragen die Kündigungsfristen eines unbefristeten Arbeitsvertrags

- zwei Wochen bei einer Beschäftigungsdauer von einem bis zu sechs Monaten,
- einen Monat bei einer Beschäftigungsdauer zwischen sechs Monaten und drei Jahren,
- drei Monate bei einer Beschäftigungsdauer von mehr als drei Jahren.

Auch in Österreich richten sich die Kündigungsfristen nach der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses und betragen für Angestellte (Angestelltengesetz) bei

- einer Dauer von 0 bis 2 Jahren – sechs Wochen,
- einer Dauer 2 bis 5 Jahren – zwei Monate,
- einer Dauer 5 bis 15 Jahren – drei Monate,
- einer Dauer 15 bis 25 Jahre – vier Monate und
- einer Dauer von über 25 Jahren – fünf Monate.

Hinsichtlich des Kündigungsschutzes ist anzumerken, dass in Österreich die Kündigung eines Arbeitnehmers grundsätzlich nicht an das Vorliegen von (wichtigen) Gründen gebunden ist. Dennoch gibt es in Österreich Kündigungsschutzbestimmungen, die eine Anfechtung gewisser Kündigungen möglich macht:

So ist auch in Österreich – wie in Deutschland und Polen – der Betriebsrat von jeder geplanten Kündigung eines Arbeitnehmers unverzüglich zu verständigen und kann innerhalb von fünf Tagen nach erfolgter Verständigung vom Betriebsinhaber eine Beratung über die Kündigung verlangen. Der Betriebsrat kann innerhalb dieser Frist zu der geplanten Kündigung Stellung nehmen. Eine vor Ablauf dieser Frist bzw. vor Abgabe der Stellungnahme ausgesprochene Kündigung ist absolut nichtig. Zulässig ist der Kündigungsausspruch, wenn der Betriebsrat während der Fünf-Tages-Frist bekannt gibt, dass er keine Stellungnahme abgeben werde.

Der Betriebsinhaber hat den Betriebsrat vom Ausspruch der Kündigung zu verständigen. Danach sind folgende Varianten denkbar:

- Der Betriebsrat kann der Kündigungsabsicht ausdrücklich widersprechen. In diesem Fall kann der Betriebsrat auf Verlangen des gekündigten Arbeitnehmers binnen einer Woche nach Verständigung vom Ausspruch der Kündigung diese bei Gericht anfechten. Kommt der Betriebsrat dem Verlangen des Arbeitnehmers nicht nach, so kann dieser innerhalb einer Woche nach Ablauf der für den Betriebsrat geltenden Frist die Kündigung selbst beim Gericht anfechten.

- Hat der Betriebsrat innerhalb der fünftägigen Frist keine Stellungnahme abgegeben, so kann der Arbeitnehmer innerhalb einer Woche nach Zugang der Kündigung diese bei Gericht selbst anfechten.
- Hat der Betriebsrat der beabsichtigten Kündigung innerhalb der genannten Frist ausdrücklich zugestimmt, so kann der Arbeitnehmer innerhalb einer Woche nach Zugang der Kündigung diese bei Gericht anfechten. In diesem Fall kann der Arbeitnehmer als Anfechtungsgrund nur das Vorliegen eines verpönten Motivs, nicht aber Sozialwidrigkeit geltend machen.
- Wurde in einem grundsätzlich betriebsratspflichtigen Betrieb kein Betriebsrat errichtet, so kann der betroffene Arbeitnehmer binnen einer Woche nach Zugang der Kündigung diese selbst anfechten.

Gleichzeitig findet sich in Österreich wie in Deutschland ein besonderer Kündigungsschutz für bestimmte ArbeitnehmerInnengruppen. Diese können nur unter erschwerten Bedingungen gekündigt werden. Beispielsweise nur mit Zustimmung des Gerichts oder des Bundessozialamtes. Die Kündigungsschutzbestimmungen für die einzelnen geschützten ArbeitnehmerInnengruppen sind allerdings sehr unterschiedlich. Besonders geschützt werden:

- werdende Mütter sowie Mütter und Väter, die einen Karenzurlaub oder eine Teilzeitbeschäftigung aus Anlass der Geburt in Anspruch nehmen,
- Betriebsräte oder diesen gleichgestellte Personen,
- Präsenz- und Zivildienstpflichtige, Frauen im Ausbildungsdienst,
- Begünstigte Behinderte (mindestens 50%) und Opferbefürsorgte,
- Vertragsbedienstete,
- Hausbesorger,
- Lehrlinge.

2.3. *Zusätzliche Betriebsrenten*

Zusätzliche betriebliche Altersversorgung gehört nur in Deutschland zu den zumeist tariflich abgesicherten sozialen Standards in Krankenhäusern. Weder in der Tschechischen Republik noch in Polen oder Österreich sind zusätzliche Betriebspensionen im Krankenhaussektor üblich. In Österreich ist derzeit allerdings der Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung in öffentlichen Krankenhäusern in einzelnen Bundesländern in Vorbereitung.²⁰ Ein Beispiel ist die geplante Einrichtung einer zusätzlichen Pensionskasse für Wiener Gemeindebedienstete – darunter fallen auch der Wiener Krankenanstaltenverbund und damit die Beschäftigten der öffentlichen Krankenhäuser in Wien.²¹

²⁰ Weder in den Kollektivverträgen für private gemeinnützige Krankenhäuser noch in den Kollektivverträgen für private, gewinnorientierte Krankenhäuser sind zusätzliche Betriebspensionen geregelt.

²¹ Das Grundmodell dieser Betriebspension sieht einen Sockelbeitrag von rund € 20,- und 1% des Einkommens bis zur ASVG Höchstbeitragsgrundlage (rund € 3.900,-) sowie 2% für jenen Einkommensteil, der über der ASVG Höchstbeitragsgrundlage liegt. Wenn die DienstnehmerInnen einen

Gesetzliche Regelungen, die zusätzliche Betriebspensionen ermöglichen, finden sich in allen vier Ländern, auch wenn sie hinsichtlich ihrer konkreten Ausgestaltung etwas variieren.

Der Aufbau einer betrieblichen Altersversorgung in öffentlichen Krankenhäusern in Österreich orientiert sich an den Regelungen für Betriebspensionen.²² Diese werden grundsätzlich ausschließlich vom Arbeitgeber finanziert. Bei Pensionskassenzusagen – durch den Arbeitgeber - besteht aber auch die Möglichkeit, dass sich der Arbeitnehmer durch Eigenbeiträge beteiligt (Eigenvorsorge). Voraussetzung für einen Anspruch auf Betriebspension ist, dass der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer zusagt, ihm zusätzlich zur gesetzlichen Pension eine ergänzende Versorgungsleistung (Pensionszuschuss) zu gewähren. Das bedeutet also, dass dieser Anspruch nicht „automatisch“ besteht und ohne entsprechende Zusage des Arbeitgebers vom Arbeitnehmer auch nicht einseitig erzwingbar ist. Eine Pensionszusage kann neben der Altersversorgung (Alterszuschuss-pension) auch andere Arten von Pensionsansprüchen wie z.B. Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen und Hinterbliebenenpensionen beinhalten. Pensionszusagen können grundsätzlich auf Grundlage eines Einzelarbeitsvertrages (vertragliche Zusage; Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer), einer Betriebsvereinbarung (Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat) oder eines Kollektivvertrages (wie in Österreich bei Banken und Versicherungen üblich) erteilt werden.

Ein flächendeckendes System betrieblicher Altersversorgung findet sich in der Tschechischen Republik auch außerhalb des Gesundheitssektors nicht. Einzelne können jedoch eine Zusatzpensionsversicherung abschließen, zu der Arbeitgeber sowohl des öffentlichen Sektors (Verordnung Nr. 114/2002Slg.) als auch der Privatwirtschaft einen Beitrag leisten können. Einzige Bedingung für die steuerliche Absetzbarkeit der Beitragsleistung durch den Arbeitgeber, ist, dass dies in einem Kollektivvertrag, einer internen Vorschrift des Arbeitgebers oder in einer individuellen Vereinbarung mit dem bzw. der ArbeitnehmerIn vereinbart worden sein muss. Diese zusätzlichen Versicherungen werden – wie auch bspw. in Österreich - staatlich durch Steuernachlässe gefördert, und zwar sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer.²³

Wie bereits eingangs erwähnt gehört in Deutschland in fast allen Krankenhäusern betriebliche Altersversorgung zu den zumeist tariflich abgesicherten sozialen Standards (Vollmer 2003:59). Sowohl der TVöD als auch einzelne Tarifverträge zwischen ver.di (Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft) und privaten Häusern regeln die betriebliche Altersversorgung nach den Vereinbarungen des Tarifvertrages über die betriebliche Altersversorgung der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes (Tarifvertrag Altersver-

eigenen Beitrag leisten, hat sich die Dienstgeberin verpflichtet, eine Verdopplung des 1%igen Teils (Zusatzbeitrag) zu leisten.

²² Das seit 1.7.1990 geltende Betriebspensionengesetz (BPG) ist das Rahmenrecht für betriebliche Pensionszusagen. Es regelt die Sicherung von Leistungen und Anwartschaften aus Betriebspensionszusagen, die dem Arbeitnehmer im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses vom Arbeitgeber gemacht werden. Die Möglichkeit von Betriebspensionen gibt es seit einigen Jahren auch für den öffentlichen Dienst.

²³ Bei Arbeitnehmern sind diese vermögenswirksamen Leistungen bis zu einer Höchstgrenze von CZK 24.000,-, d. h. rund € 970,- jährlich von der Einkommenssteuer- und Abgabepflicht befreit.

sorgung – ATV). Dieser regelt die betriebliche Altersversorgung für alle Beschäftigten, deren Arbeitgeber an der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) beteiligt sind (§ 1 ATV). Da der Übergang zu einer nicht von der VBL organisierten betrieblichen Altersversorgung mit erheblichen Kosten verbunden ist, verbleiben einige private Krankenhäuser wie bspw. das Uniklinikum Gießen und Marburg bei dieser. Kirchliche Träger sind in der Regel Vertragspartner der kirchlichen Zusatzversicherungen.

Dennoch unterscheiden sich die durchschnittlichen Aufwendungen für die Altersvorsorge zwischen den verschiedenen Trägerformen erheblich. Bei einem privaten Träger betragen die Ausgaben 2006 € 1.082,- je Vollkraft, € 2.414,- bei einem freigemeinnützigen Träger und bei einem öffentlichen Träger € 3.110,- (Augurzky et al. 2008:103f).

Darüber hinaus sieht der TVöD auch die Zahlung vermögenswirksamer Leistungen vor (§ 23 Abs. 1 TVöD). Diese werden beispielsweise in den privatisierten Asklepios Kliniken Hamburg GmbH auch von privaten Trägern gezahlt, was allerdings nicht die Regel ist. So sehen der TV HELIOS und die untersuchten Tarifverträge der Rhön Kliniken AG vermögenswirksame Leistungen nicht vor. Die Rhön-Kliniken AG verpflichtet sich in den meisten abgeschlossenen Haustarifverträgen lediglich, eine Direktversicherung nach § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Verbesserung der betrieblichen Altersversorgung (BetrAVG) abzuschließen. In Gießen und Marburg gilt dies zusätzlich zu der Altersversorgung der VBL. Der Konzerntarifvertrag mit Helios Kliniken GmbH sieht ebenfalls eine betriebliche Altersversorgung vor, über die Höhe der Ausgaben wird noch in einem gesonderten Versorgungstarifvertrag verhandelt (§ 21 TV HELIOS).

2.4. *Entlohnungsniveau*

Die nationalen (absoluten) Einkommensniveaus variieren beträchtlich zwischen den Ländern. Dabei stellt der Gesundheitsbereich allerdings keine Ausnahme dar. Relativ – bspw. bezogen auf die nationalen Durchschnittseinkommen – sind die Unterschiede allerdings nicht so groß. Eine Ausnahme bildet dabei allerdings Polen: In Polen sind die Gehälter sowohl in privaten als auch in öffentlichen Krankenhäusern als besonders niedrig zu bezeichnen. Gemeinsam ist der Tschechischen Republik, Deutschland und Österreich, dass die Beschäftigten in öffentlichen Krankenhäusern tendenziell höhere Einkommen aufweisen. Welches Ausmaß diese Einkommensunterschiede real aufweisen, hängt nicht zuletzt auch wesentlich von der jeweiligen Verhandlungsmacht der Gewerkschaften ab. Gemeinsam ist den drei Ländern auch, dass Die Berufsgruppe Ärzte/innen durchschnittlich über ein in etwa ungefähr doppelt so hohes Einkommen verfügen als Pflegekräfte.

Im Folgenden wird die Einkommenssituation von Krankenhausbeschäftigten in den einzelnen Ländern dargestellt.

2.4.1. *Tschechische Republik*

Die Tschechische Republik hat ein rechtlich festgelegtes Mindesteinkommen für alle Beschäftigten. Festgesetzt und erhöht wird die Höhe des Mindesteinkommens mittels einer Rechtsvorschrift durch die Regierung (gegenwärtig ist es die Regierungsverordnung Nr. 567/2006 Slg.).²⁴

Die rechtlichen Regelungen hinsichtlich Einkommen unterscheiden zwischen dem sog. Gehaltsystem im öffentlichen Dienst und dem Lohnsystem in der Privatwirtschaft.

Das Gehaltsystem im öffentlichen Dienst: Das Gehaltsystem im öffentlichen Dienst ist klar definiert und lässt keinen Spielraum zu. Für die Beschäftigten bedeutet dies mehr Sicherheit und Einkommensstabilität.

Zu den Rechtsvorschriften zur Regelung des Gehaltsystems zählen das Arbeitsgesetzbuch (vor allem §§ 109-112 und §§ 113-121) und die Regierungsverordnung Nr. 564/2006 Slg., betreffend die Gehaltsverhältnisse im öffentlichen Dienst und der Verwaltung sowie die Verordnung Nr. 567/2006 Slg.

Durch das Arbeitsgesetzbuch und die entsprechenden Durchführungsvorschriften werden die Entgelte der Beschäftigten, ihre Einstufung in die jeweiligen Gehaltsgruppen und -stufen und damit die Höhe der sog. Gehaltstarife je nach Art der ausgeübten Tätigkeit, abgeschlossener Ausbildung und Vordienstzeiten festgelegt. Darüber hinaus sind im Arbeitsgesetzbuch aber noch weitere einzelne Arbeitsentgeltbestandteile und ihre Höhe festgelegt, insbesondere:

- Gehaltstarife und ihre Höhe (zur Bestimmung des monatlichen Grundgehalts);
- Zuschläge für Überstunden, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit sowie ihre prozentuale Höhe gemessen am Grundgehalt;
- Führungszulagen, Zuschläge für erschwerte Arbeitsbedingungen etc.;
- persönliche Leistungszulagen und Prämien.

Das Lohnsystem in der Privatwirtschaft: Das auf dem Arbeitslohn basierende Entgeltsystem in der Privatwirtschaft ist im Gegensatz zu dem Gehaltsystem wesentlich flexibler. Durch die Rechtsvorschriften zur Regelung der Arbeitsentgelte für das auf dem Arbeitslohn basierende System werden lediglich die nicht zu unterschreitenden Mindeststandards festgelegt (Arbeitsgesetzbuch, insb. §§ 109-112 sowie 122-137, und Regierungsverordnung Nr. 567/2006 Slg.).

Durch die Rechtsnormen werden lediglich einige verpflichtende Lohnbestandteile als Arbeitsentgelt einschließlich ihrer Höhe sowie Zuschläge für Überstunden, Nacht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit u. Ä. garantiert. Auch für diese Zuschläge ist lediglich die Mindesthöhe gesetzlich festgelegt. Führungszulagen, Schichtarbeits- und sonstige Zuschläge sowie persönliche Zulagen und Prämien usw. liegen grundsätzlich im Ermessen des Arbeitgebers.

Das heißt, während das Gehaltsystem im öffentlichen Dienst die Einkommen genau regelt, sind in der Privatwirtschaft nur die Mindestlöhne festgelegt.²⁵ Die größten

²⁴ Der Grundtarif für den Mindestlohn bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden beträgt derzeit CZK 48,10 (€ 2,02) pro Stunden oder CZK 8.000,- (€ 337,05) pro Monat.

²⁵ Einkommen bildet daher auch den Schwerpunkt bei Kollektivverhandlungen.

Probleme ergeben sich daher, wenn eine Gesundheitseinrichtung von dem Gehaltssystem in das Lohnsystem transferiert wird. Im Zuge dieser Transformation versuchen die neuen Arbeitgeber üblicherweise das Einkommenssystem grundlegend zu verändern:

- die vormals in den öffentlichen Einrichtungen angewandten Gehaltstarife werden auf die Höhe der Mindestlohntarife mit der Begründung herabgesenkt, dass der Differenzbetrag in die flexiblen leistungsbezogenen Lohnanteile verschoben wird, um einen höheren Einsatz der MitarbeiterInnen für die Belange des Arbeitgebers zu erreichen;
- Zuschläge werden ebenfalls auf das gesetzlich garantierte Mindestmaß gekürzt, da die Zuschläge in dem auf dem Gehalt basierenden Bereich, d. h. im öffentlichen Dienst, höher liegen als die für den auf dem Lohn basierenden Bereich, d. h. für die Privatwirtschaft festgelegten Mindestzuschläge.

Einkommenshöhen: Öffentliche Krankenhäuser und private Krankenhäuser

2006 waren in der Tschechischen Republik 145.300 Personen in stationären Gesundheitseinrichtungen beschäftigt, davon 19.165 ÄrztInnen und 56.964 allgemeine Schwestern und Hebammen.

Das Durchschnittsgehalt der Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitswesen lag 2006 bei CZK 22.058,- (€ 929,3),²⁶ das von ÄrztInnen bei CZK 42.287,- (€ 1.761,3), das von allgemeinen Schwestern und Hebammen bei CZK 21.298,- (€ 897,32). Der Durchschnittslohn der Beschäftigten in privaten Gesundheitseinrichtungen lag hingegen bei CZK 18.254,- (€ 769,07), das von ÄrztInnen bei CZK 39.962,- (€ 1.683,76), das von allgemeinen Schwestern und Hebammen bei CZK 17.023,- (€ 717,21).

Zum Vergleich: Das Durchschnittseinkommen aller Beschäftigten in der Tschechischen Republik lag 2006 bei CZK 20.845,- (€ 878,23). Das heißt, die Beschäftigten im öffentlichen Dienst („Gehaltssystem“) verdienten 2006 durchschnittlich CZK 1.213,- (€ 51,1) über dem gesamten Durchschnittseinkommen, während die Beschäftigten in der Privatwirtschaft („Lohnsystem“) im Durchschnitt um CZK 2.591,- (€ 109,16) unter dem nationalen Durchschnitt lagen.

²⁶ Wechselkurs vom 28.07.2008 (Währungsrechner des Bundesverbandes deutscher Banken).

Tabelle 2-1: Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen, durchschnittliche Gehälter und Löhne im Jahr 2006

Beschäftigten- gruppen	Anzahl (absolute)	Im Gehalt- system	Durchschnittseinkommen im Gehaltssystem 2006	Durch- schnittsein- kommen im Lohnsystem 2006	Durchschnittseinkommen in der Tschechischen Republik CZK 20.845,- (€ 878,23).	
					Differenz zu Durch- schnitts- einkommen im Gehalt- system	Differenz zu Durchschnitts- einkommen im Lohnsystem
Gesundheits- einrichtungen gesamt	241.229	109.932	CZK 22.058,- (€ 929,34)	CZK 18.254,- (€ 769,07)	CZK 1.213,- (€ 51,1)	CZK -2.591,- (€ - 109,16)
Davon: stationäre Gesundheits- einrichtungen	145.300					
Davon:						
ÄrztInnen	19.165	13.786	CZK 42.287,- (€ 1.761,3)	CZK 39.962,- (€ 1.683,76),	CZK 21.442,- (€ 903,39)	CZK 19.117,- (€ 805,43)
allgemeine Schwestern, Hebammen	56.964	42.325	CZK 21.298,- (€ 929,34)	CZK 17.023,- (€ 717,21)	CZK 453,- (€ 19,08)	CZK -3.822,- (€ -161,02)

Für die ersten Monate des Jahres 2007 liegen ebenfalls bereits Daten vor. Sie zeigen, dass das Verhältnis der Einkommen im öffentlichen Dienst (Besoldungssystem) und in privaten Krankenhäusern unverändert ist.

2.4.2. Deutschland

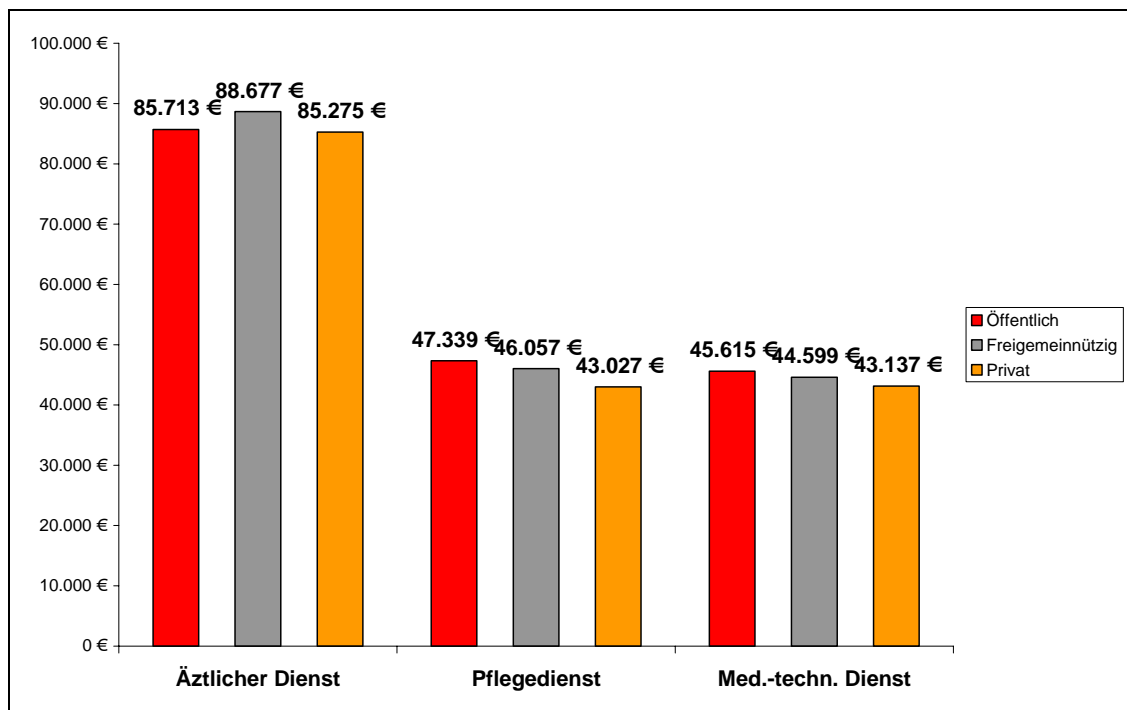
Genau wie die Beschäftigungssicherheit gelingt es bei dem Verkauf von Krankenhäusern fast immer für einen über den in § 613a BGB festgelegten Zeitraum hinaus, die Weitergeltung der alten Regelungen für den Lohn und den Urlaub zu vereinbaren. Welche weiteren Regelungen dann für die Beschäftigten privatisierter Häuser gelten, hängt wesentlich von ihrer Verhandlungsmacht vor Ort, von dem übernehmenden Privatkonzern und von ihrer Position innerhalb des Krankenhauses ab.

Wie schon erwähnt, schloss *Helios Kliniken GmbH* Anfang 2007 mit *ver.di* einen Konzerntarifvertrag ab. Bis 2009 sollen demnach die Tarifniveaus der Häuser und Regionen im ganzen Konzern angeglichen werden. Bezüglich des Entlohnungsniveaus steht allerdings bislang lediglich fest, dass Ärzte € 100,- im Monat mehr verdienen. Die Eingruppierungsbestimmungen für das restliche Personal stehen noch aus und werden vermutlich erst Ende 2009 ausgehandelt sein. Nach Gröschl-Bahr und Stumpfögger will der Konzern Mehrkosten für den Tarifvertrag durch eine möglichst niedrige Eingruppierung verschiedener Beschäftigungsgruppen wieder hereinholen (2008:175f).

Genau wie beispielsweise der auf Landesebene abgeschlossene Tarifvertrag bei *Asklepios Kliniken Hamburg GmbH* haben auch einige Entgeltordnungen²⁷ bei *Helios Kliniken GmbH* (Wuppertal, Schwelm, Schwerin, Bad Schwartau und den Kliniken in Baden-Württemberg) (ver.di 2008) und der Tarifvertrag zwischen der *Rhön-Kliniken AG* und ver.di für die Uniklinika Gießen/Marburg in etwa das Entgeltniveau des öffentlichen Bereiches vereinbart worden. Auch hier gilt dies aber in der Regel nur für die Stammebelegschaft und nicht für die Beschäftigte in ausgegliederten Servicegesellschaften.

Generell sind die Kosten je Vollkraft in privaten Kliniken geringer als im öffentlichen Sektor. Dies gilt allerdings in erster Linie für die Pflege und den medizinisch-technischen Dienst. Der ärztliche Dienst verdient in privaten Häusern annähernd genauso viel wie der ärztliche Dienst in einem öffentlichen Klinikum. Die höheren Einkommen der Ärzte bei den freigemeinnützigen Häusern sind auf deren höhere Bedeutung in den alten Bundesländern zurückzuführen. Dort werden auch im Krankenhausbereich generell höhere Löhne gezahlt (Abbildung 2-1).

Abbildung 2-1: Kosten je Vollkraft in Krankenhäusern (2006)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007b, eigene Berechnungen

²⁷ Es gibt zwar den am 16. Januar 2007 abgeschlossenen Mantel- und Entgelttarifvertrag aber noch keine bundesweite Entgeltordnung für die *Helios Kliniken GmbH*.

2.4.3. Polen

Auch Polen – wie in der Tschechischen Republik – gibt es einen geregelten Mindestlohn. 2006 lag der Mindestlohn bei ca. € 230,- (PLN 899,-)²⁸ und wurde mit 1.1.2007 auf ca. € 250,- (PLN 936,-) erhöht.²⁹

Der Durchschnittslohn betrug in Polen 2006 ca. € 700,- (PLN 2.611,-).

Das durchschnittliche monatliche Brutto-Einkommen in Krankenhäusern lag nach Beschäftigtengruppen (und unterschiedlichen Bildungsniveaus) im Juni 2006 für

- ÄrztInnen ohne Spezialisierung € 390,- (PLN 1.300,-),
- ÄrztInnen mit einer Spezialisierung € 555,6 (PLN 1.800,- bis 1.900,-),
- ÄrztInnen mit zwei Spezialisierungen € 750,- (PLN 2.500,-),
- ChefärztInnen von € 1.051,- bis € 1.201,- (von PLN 3.500,- bis PLN 4.000,-),
- Pflegekräfte nach der Mittelschule € 315,4 (PLN 1.000,- bis PLN 1.100,-),
- Pflegekräfte mit höherer Bildung € 360,4 (PLN 1.200,-),
- Hilfspflegekräfte € 285,- (PLN 900,- bis PLN 1.000,-).

Einkommensdaten nach öffentlichen und privaten Trägern sind für Polen nicht vorhanden. Der Vergleich der monatlichen Brutto Monatseinkommen zum einen mit dem Mindestlohn und zum anderen mit dem Durchschnittslohn in Polen, zeigt insbesondere für die Pflegekräfte deren prekäre Einkommenssituation. Eine Folge ist, die hohe Anzahl von ArbeitsmigrantInnen im Gesundheitsbereich: Die polnische Ärztekammer geht für 2006 davon aus, dass mehr als 20 000 polnische MedizinerInnen im Ausland arbeiten. Die Zahl der Krankenschwestern und Pflegekräfte, die im westeuropäischen EU-Ländern Geld verdienen, wird auf rund dreimal so hoch geschätzt, also rund 60.000. Entsprechend dramatisch ist der Mangel vor allem in den Krankenhäusern der großen Städte.

²⁸ Wechselkurs vom 15.08.2008 (Währungsrechner des Bundesverbandes deutscher Banken).

²⁹ Die Grundsätze und die Vorgehensweise bei der Festlegung der Mindestarbeitsvergütung (Mindestlohn) sind durch das Gesetz vom 10. Oktober 2002 über die Mindestarbeitsvergütung (ustawa o minimalnym wynagrodzeniu za prace) (GBl. Nr. 200, Pos. 1679 mit spät. Änd.) geregelt. Die Höhe der Mindestvergütung wird jährlich mittels Verhandlungen durch die trilaterale Kommission für sozialwirtschaftliche Angelegenheiten (Trójstronna Komisja do Spraw Społeczno-Gospodarczych) festgelegt. Bis zum 15. September eines jeden Jahres wird die Höhe der Mindestvergütung für das folgende Jahr bestimmt. Der angegebene Betrag der Mindestvergütung betrifft Personen in Vollzeitbeschäftigung. Im Fall einer Teilzeitbeschäftigung ist dieser Betrag proportional geringer. Der Betrag der Mindestvergütung bezieht sich auf alle Vergütungsbestandteile, mit Ausnahme von Vergütungen für Mehrarbeit, Jubiläumsauszeichnungen und Abfindungen beim Übergang in die Altersrente oder eine sonstige Rente. Falls die Vergütung eines Arbeitnehmers in einem Monat in Anbetracht der Auszahlungstermine für bestimmte Vergütungsbestandteile oder der Arbeitszeitverteilung niedriger ist als die Mindestvergütung, hat der Arbeitnehmer Anspruch auf eine Ausgleichszahlung, die zusammen mit der Zahlung der Vergütung geleistet wird. Die Arbeitgeber können für das erste Beschäftigungsjahr eines Arbeitnehmers eine Arbeitsvergütung festlegen, die geringer ist als die geltende Mindestvergütung. Die Höhe dieser Vergütung darf allerdings nicht weniger als 80% der geltenden Mindestvergütung betragen.

2.4.4. Österreich

Der wesentlichste Unterschied zwischen der Einkommenssituation in öffentlichen Krankenhäusern auf der einen und privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenhäusern auf der anderen Seite, ist, dass die kollektivvertraglich vereinbarten Mindestlöhne sowohl in privaten non-profit als auch in privaten profit Krankenhäusern rund 20% unter dem Lohnniveau in öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern liegen.³⁰ Jährlich ausgehandelte Lohnsteigerungen für in privaten non-profit als auch in privaten profit Krankenhäusern orientieren sich an den Lohnsteigerungen in den öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern.

Um ausreichend qualifiziertes Personal auch in privaten non-profit und privaten profit Krankenhäusern zu bekommen und auch zu ‚halten‘, sind in den Betriebsvereinbarungen der einzelnen Krankenanstalten Überzahlungen festgelegt: Einerseits in Form von „offenen Überzahlungen“, und andererseits in Form verschiedenster verdeckter Überzahlungen wie bspw. eine Überstundenpauschale, für die keine Überstunden geleistet werden müssen, aber auch verschiedene Formen von Zuschlägen. Da gibt es eine Vielzahl von Varianten: OP-Zuschläge oder Sonn- und Feiertagszuschläge für Dienste innerhalb der Normalarbeitszeit oder erhöhte Zuschläge für Rufbereitschaften. Sodass sich im Endeffekt die Einkommenshöhe dem Einkommensniveau in den Landeskrankenhäusern annähern. Dies gilt vor allem für alle in der Pflege beschäftigten (Diplomierte und Hilfskräfte) und Beschäftigte des gehobenen medizinischen Dienstes (PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, DiätassistentInnen, ...).

Die Einkommenssituation der ÄrztInnen ist etwas komplizierter und ‚undurchsichtiger‘. Ausgehend vom kollektivvertraglich vereinbarten Minimum werden in fast allen privaten non-profit als auch in privaten profit Krankenhäusern Individualverträge mit den ÄrztInnen abgeschlossen. Die Unübersichtlichkeit wird seitens der Gewerkschaft als großes Problem definiert.

Die Entwicklung in den privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenanstalten ist in den letzten Jahren allerdings charakterisiert durch das Bemühen verdeckte Überzahlungen und sonstige Zuschläge zu kürzen, um damit Personalkosten zu reduzieren. Das Instrument zur Durchsetzung dieser Kürzungen sind Änderungskündigungen.

Einkommensdaten nach Trägerstruktur liegen in Österreich nicht vor. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass das monatliche Bruttoeinkommen der Beschäftigten im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen um ca. € 300,- unter dem durchschnittlichen Einkommen liegt. Das zeigt ein Blick auf die Quartils-Verteilung³¹ der Monatein-

³⁰ Österreich ist durch eine fragmentierte Kollektivvertragslandschaft im Krankenhauswesen charakterisiert: Kollektivverträge für öffentliche (Landes-)Krankenhäuser (mindestens einen pro Bundesland) mit einer 100% Deckung, Kollektivvertrag für Krankenhäuser der Sozialversicherungen (hohe Deckung), Kollektivvertrag für private non-profit Krankenhäuser und Kollektivvertrag für private profit Krankenhäuser, beide mit hoher Deckung. (siehe auch Schulten 2007) Mit der Fragmentierung des Kollektivvertragssystems Hand in Hand geht eine Fragmentierung der für die Kollektivverträge zuständigen Gewerkschaften und Arbeitgebervertreter.

³¹ Ein Quartil ist ein Viertel in einer bestimmten Statistikrangliste.

kommen nach Einkommenshöhe. Im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen weisen ein Viertel der Beschäftigten ein Monatseinkommen auf, das unter € 1.100,- beträgt, während diese Grenze in der Gesamtwirtschaft bei € 1.356,- liegt. Die Hälfte der Beschäftigten in der Branche verdient monatlich brutto weniger als € 1.677,-. Im Gegensatz dazu liegt die Grenze in der Gesamtwirtschaft, die die untere Hälfte der Einkommensbezieher von der oberen trennt bei € 1.944,-. Das mittlere oder Medianeinkommen liegt also im Durchschnitt aller Branchen um € 300,- über jenem im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen. Auch im obersten Einkommensbereich wird dieser Abstand von ca. € 300,- eingehalten: das obere Viertel der Einkommensbezieher verdient im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen mehr als € 2.365,- und über alle Branchen gerechnet liegt das obere Viertel jenseits von € 2.655,- (Statistik Austria 2005).

Dieses unterdurchschnittliche Einkommensniveau hängt ursächlich damit zusammen, dass es sich um eine Frauenbranche handelt. Betrachtet man aus einem die Abstände in den Einkommen der Männer und Frauen in der Branche zum durchschnittlichen Männer- bzw. Fraueneinkommen, so sind kaum Unterschiede festzustellen (bis auf das unterste Quartil der Männereinkommen). Allerdings ist der allgemeine Abstand in den Einkommen zwischen Männern und Frauen sehr groß: die unteren 25% der Männereinkommen liegen unter € 1.761,- und damit um über € 700,- über jenem der unteren 25% der Fraueneinkommen (€ 1.058,-). Das Medianeinkommen der Männer beträgt € 2.273,-, jenes der Frauen € 1.528,-. Und die oberen 25% liegen bei den Männern jenseits von € 3.056,- und bei den Frauen bei € 2.124,- (Statistik Austria 2005). Diese Kluft schlägt sich dann auch im Durchschnittseinkommen im Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen nieder. Mit einem Frauenanteil von 75% schlagen die niedrigen Fraueneinkommen voll auf die Durchschnittseinkommen der Branche durch. Dieser Umstand ist umso bemerkenswerter als mit den ÄrztInnen eine nicht unbedeutende Gruppe mit relativ hohen Einkommen darin enthalten ist.

2.5. *Arbeitsbeziehungen*

Hinsichtlich der Arbeitsbeziehungen liegen unterschiedlich detaillierte Informationen vor, die zum Teil auch unterschiedliche Aspekte der Arbeitsbeziehungen treffen: Während beispielsweise für die Tschechische Republik eher arbeitsrechtliche Informationen vorhanden sind, beschäftigt sich der Abschnitt über Deutschland primär mit der tarifvertraglichen Situation.

2.5.1. *Tschechische Republik*

In der Tschechischen Republik sind Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen im Arbeitsgesetzbuch geregelt. Die rechtliche Lage ist für alle Beschäftigten des Gesundheitswesens – also für Beschäftigte in öffentlichen und für Beschäftigte in privaten Einrichtungen – bis auf einige wenige Unterschiede gleich. Ein solcher Unterschied betrifft beispielsweise die Sozialleistungen für ArbeitnehmerInnen. Die Eigenbetriebe,

sowohl in Trägerschaft des Staates als auch der Selbstverwaltung, verfügen als öffentliche Einrichtungen über einen ‚Kultur- und Sozialfonds (FKSP)‘. Eine Rechtsverordnung definiert die Sozialleistungen, die den Arbeitnehmerinnen zustehen. In privaten Einrichtungen beruht hingegen die Installierung eines Sozialfonds für ArbeitnehmerInnen Sozialfonds auf keiner gesetzlichen Regelung. Es ist eine freiwillige Einrichtung, die in Unternehmensstatuten oder in Kollektivverträgen geregelt sein kann. Auch der Vorstand kann darüber entscheiden.

Das Arbeitsgesetzbuch unterscheidet bezüglich Arbeitsbeziehungen nach ArbeitnehmerInnen, die „Gehalt“ (öffentlicher Dienst) erhalten, und solchen, die einen Arbeitslohn (privatrechtliche Einrichtungen und Unternehmen) bekommen. Das Gleiche gilt auch für ArbeitgeberInnen. ArbeitgeberInnen im Gehaltsbereich sind in § 109 Abs. 3 des Arbeitsgesetzbuches spezifiziert. Darunter fallen: Der Staat, Selbstverwaltungskörperschaften wie Gemeinden und Bezirke, öffentliche Eigenbetriebe, öffentliche Bildungseinrichtungen sowie öffentliche gemeinnützige stationäre Gesundheitseinrichtungen, die allerdings bislang noch nicht geschaffen wurden.

Neben den unterschiedlichen Einkommenshöhen (siehe 2.4.1) legt das Arbeitsgesetzbuch im Bereich der Arbeitsbeziehungen u.a. folgende weitere Differenzierungen zwischen Beschäftigten im privatem und im öffentlichem Bereich fest:

- Unterschiedliche Länge des Urlaubsanspruches. Das Minimum des Urlaubsanspruches in der Privatwirtschaft liegt bei 4 Wochen im Kalenderjahr. Für öffentlich Bedienstete liegt der Urlaubsanspruch bei 5 Wochen im Kalenderjahr, kann allerdings nicht verlängert werden.
- Für ArbeitnehmerInnen im Lohnsystem ist es auch möglich einen Kollektivvertrag abzuschließen, der kürzere Wochenarbeitszeiten ohne Lohneinbußen vorsieht, für öffentlich Bedienstete ist dies nicht möglich. Individuell vereinbarte Teilzeitarbeit mit entsprechenden Lohn- bzw. Gehaltseinbußen ist in beiden Systemen möglich.³²
- Arbeitgeber in der Privatwirtschaft können im Gegensatz zum öffentlichen Dienst auch ‚Arbeitszeitkonten‘ einführen.
- Schließlich gibt es darüber hinaus noch andere Möglichkeiten der Reisekostenabrechnung für Beschäftigte in der Privatwirtschaft.³³

Generell nimmt in der Tschechischen Republik die Tendenz zur Liberalisierung der Arbeitsbeziehungen zu. Seit 1.1.2007 wurden die arbeitsrechtlichen Bestimmungen gelockert und es finden sich größere Spielräume für individuelle Vereinbarungen, die es den ArbeitgeberInnen ermöglichen, einzelne Aspekte der Arbeitsbeziehungen an ihre spezifischen Bedingungen und Bedürfnisse anzupassen. Dies gilt nicht nur für individuelle Vereinbarungen, sondern auch für Kollektivverträge zwischen ArbeitgeberInnen und Gewerkschaften.

Auf Unternehmensebene können Arbeitsbeziehungen durch einen Kollektivvertrag geregelt sein und durch interne einseitige Vorgabe des Arbeitgebers. Beides ermöglicht den ArbeitgeberInnen, bestehende rechtliche Regelungen auf die eigenen betrieblichen

³² Siehe § 80 des Arbeitsgesetzbuches.

³³ §§ 173-181 des Arbeitsgesetzbuches.

Gegebenheiten anzupassen. Ein Kollektivvertrag und eine interne Vorschrift des Arbeitgebers kann den ArbeitnehmerInnen mehr Rechte zusprechen, als arbeitsrechtlich geregelt, dürfen jedoch zu keiner Schlechterstellung der ArbeitnehmerInnen gegenüber der Regelung des Arbeitsgesetzbuches führen. Das heißt, die arbeitsrechtlichen Bestimmungen sind Mindestbestimmungen. In einigen Wirtschaftszweigen finden sich auch sog. Kollektivverträge höheren Rangs, die beispielsweise ganze Branchen umfassen (ähnlich den Branchenkollektivverträgen bzw. Flächentarifverträgen), im Gesundheitswesen gibt es jedoch gegenwärtig keinen abgeschlossenen KV höheren Rangs.

2.5.2. Deutschland

Die unterschiedlichen Arbeitsbeziehungen bei verschiedenen Trägerformen werden in Deutschland insbesondere durch die unterschiedliche tarifvertragliche Situation reflektiert. Während die Mitarbeiter öffentlicher Krankenhäuser immer noch mit großer Mehrheit unter dem Flächentarifvertrag des öffentlichen Diensts (TVÖD/TVL) fallen, ist dies bei freigemeinnützigen und privaten Kliniken kaum der Fall. Nur wenige freigemeinnützige Betreiber schließen Tarifverträge ab. Insbesondere kirchliche Träger richten sich lediglich nach Arbeitsvertragsrichtlinien (besonderes Kirchenrecht). Arbeitsrechtlich wirksam werden diese nur bei entsprechender arbeitsvertraglicher Vereinbarung (Kreutzer 2005:154). Verhandlungen über einen branchenweiten Tarifvertrag für die privaten Krankenhausarbeitgeber scheiterten 2006. Daraufhin schloss der Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V. (BDPK) einen Tarifvertrag mit dem Deutschen Industrie- und Handelsgehilfenverband (DHV) im christlichen Gewerkschaftsbund (CGB) ab. Wo ver.di ausreichend Verhandlungsmacht besaß, handelte sie auf Landes-, Unternehmens-, oder Betriebsebene bessere Tarifverträge aus. Unter den drei größten Klinikonzernen in Deutschland (Helios Kliniken GmbH, Rhön-Kliniken AG und Asklepios Kliniken GmbH) hat lediglich Helios einen Konzerntarifvertrag abgeschlossen. Asklepios verhandelt seit September 2007 mit ver.di über einen solchen und hat in Hamburg einen Tarifvertrag auf Landesebene, der unter anderem auch für die öffentliche Universitätsklinik gilt unterzeichnet. Rhön-Klinken schließt dagegen bislang nur Haustarifverträge ab (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008:173ff). Durch die Möglichkeit Notlagentarifverträge abzuschließen, gilt allerdings auch der TVöD nicht mehr flächendeckend. 2007 galten in etwa 11% der bundesweiten und sogar 18% der ostdeutschen Krankenhäuser Notlagentarifverträge. In weiteren 8% der Kliniken sind solche geplant (Blum/Offermanns et al. 2007:69).

Tabelle 2-2: Tarifbindung von Krankenhäusern nach Trägerschaft bezogen auf alle Beschäftigten mit Ausnahme der Ärzte

	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat
Öffentlicher Dienst (TVÖD/TV L)	85,7%	8,1%	14,1%
Haustarifverträge	3,1%	-	20,3%
Sonstige Tarifverträge ³⁴³⁵	10,7%	17,3%	41,6%
Sonderregelungen in kirchlichen Krankenhäusern	-	73,6%	-
Kein Tarifvertrag	0,5%	1,0%	24,0%

Quelle: Blum/Offermanns et al. 2007: 62

Wesentliche Elemente der Arbeitsbeziehungen werden allerdings nicht durch die Trägerschaft, sondern auch durch die jeweilige Rechtsform der Krankenhäuser vorgegeben. Auf die Unterschiede zwischen Personalvertretungs- und Betriebsverfassungsgesetz wird insbesondere auch Abschnitt 4.7.2 hingewiesen.

Die im Rahmen des PIQUE-Projekts durchgeführten Interviews haben zudem ergeben, dass zu den ersten Maßnahmen eines neuen Betreibers in vielen privatisierten Kliniken die Veränderung der Unternehmenskultur gegenüber den Mitbestimmungsorganen gehörte. Bei mehreren Klinikonzernen konnten erst mit erheblichen Verzögerungen Wahlen zu einem paritätisch besetzten Aufsichtsrat stattfinden. Diese konnten nur mit gewerkschaftlichem Druck (teilweise auch erst nach Gerichtsentscheiden) und aufgrund der Tatsache, dass ein schlechter Ruf Nachteile im Wettlauf um Krankenhauskäufe bringt, durchgesetzt werden.

Unter den privaten Klinikonzernen gilt Asklepios unter anderem aufgrund der Gründung einer eigenen Leiharbeitsfirma, die – mit Ausnahme der Ärzte – alle Berufsgruppen einstellt und verleiht als schlechtesten Arbeitgeber. Hier klagen Gröschl-Bahr und Stumpfögger (2008:176f) zufolge viele Betriebsräte über Probleme im Alltagsgeschäft. Rhön-Kliniken AG dagegen wird insbesondere wegen der Haustarifstrategie von Gewerkschaftern kritisiert. Der Konzern verhandelt unmittelbar nach der Übernahme eines Klinikums über Haustarifverträge in denen – wie auch im Fall Gießen/Marburg – etwa die Standards beibehalten werden, aber im Manteltarifvertrag erste Verschlechterungen durchgesetzt werden. Mit dieser Strategie ist es der Unternehmensleitung gelungen Tarifierhöhungen unterhalb und Leistungsverdichtungen oberhalb des Branchendurchschnitts durchzusetzen (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008:175). Vor allem wegen des Konzerntarifvertrages, aber auch wegen des geräuschlos installierten paritätisch

³⁴ Einschließlich des Branchentarifvertrages mit dem so genannten Christlichen Gewerkschaftsbund (CGB).

³⁵ Dies sind zum Teil lediglich Manteltarifverträge. Dadurch, dass häufig Entgelttarifverträge oder -ordnungen fehlen, ähnelt sich die Situation vieler Beschäftigter unter dieser Kategorie, der von Beschäftigten für die gar kein Tarifvertrag gilt.

besetzten Aufsichtsrats wird Helios-Kliniken GmbH weniger kritisiert als ihre wichtigsten Konkurrenten (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008:175f).

2.5.3. *Polen*

Charakteristisch für die Arbeitsbeziehungen im Krankenhaussektor in Polen ist nach Kozek (2007), dass nur sehr wenige betriebliche Kollektivverträge abgeschlossen werden. Laut Kozek (2007) argumentieren Arbeitgeber, dass keine Vertragssicherheit mit dem Nationalen Gesundheitsfonds besteht und daher keine Kollektivverträge abgeschlossen werden können, da die Finanzierung der Krankenhäuser nicht gesichert sei.

Allerdings gab es bereits 1998 Verhandlungen über einen flächendeckenden Tarifvertrag. Nach Kozek (2007) wurde ein Vertrag ausgearbeitet, dessen Abschluss allerdings von berufsständischen Interessensgruppen, im konkreten Fall der ÄrztInnen, blockiert wurde. Dies wird nachträglich seitens der Gewerkschaften (mit Ausnahme der Ärztegewerkschaft OZZL) als großer Fehlschlag interpretiert, da eine solche Vereinbarung nicht nur Regelungen in Bezug auf Beschäftigung und Einkommen beinhaltet hätte, sondern auch soziale Sicherheit gewährleisten würde.

Derzeit werden betriebliche Kollektivverträge am ehesten in Einrichtungen abgeschlossen, die beispielsweise durch ein spezialisiertes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen eine relative abgesicherte Marktposition ausweisen. Im Gegensatz dazu erschwert die hohe Verschuldung vieler Krankenhäuser den Abschluss von kollektivvertraglichen Vereinbarungen (siehe Kozek 2007).

2005 wurde zur Erarbeitung eines Gesetzesvorschlages, der Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen (inklusive Krankenhäuser) eine Einkommenserhöhung von 30% sichern sollte, eine interministerielle Arbeitsgruppe eingerichtet. Eine Gesetzesvorlage wurde auch verabschiedet. Allerdings wurden in der praktischen Umsetzung nur in wenigen Krankenhäusern die Löhne der Beschäftigten um 30% erhöht. In der Regel lag die Einkommenserhöhung unter 20%. Laut Kozek (2006) ist dies darauf zurückzuführen, dass für die geplanten Lohnerhöhungen keine ausreichenden finanziellen Mittel vom Nationalen Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt wurden. Diese Gesetzesvorlage betraf ausschließlich die Beschäftigten in öffentlichen Krankenhäusern. Eine Gesetzesvorlage für Lohnerhöhungen für die Beschäftigten in privatrechtlichen Krankenhäusern wurde vorbereitet, aber nicht verabschiedet. Darüber hinaus liegen für Polen leider keine Informationen über die unterschiedlichen Arbeitsbeziehungen bei verschiedenen Trägerformen vor.

2.5.4. *Österreich*

In Österreich liegen den unterschiedlichen Arbeitsbeziehungen bei verschiedenen Trägerformen zum einen die unterschiedlichen arbeitsrechtlichen Bestimmungen für öffentliche Bedienstete und Privatangestellte zugrunde, zum anderen unterschiedliche tarifvertragliche Situationen. Wie bereits im „Report on the transformation of labour relations in public services“ (Schulten 2007) ausgeführt, ist Österreich durch eine frag-

mentierte Kollektivvertragslandschaft im Krankenhauswesen charakterisiert: Kollektivvertrag für öffentliche (Landes-)Krankenhäuser, Kollektivvertrag für private non-profit Krankenhäuser und Kollektivvertrag für private profit Krankenhäuser sowie Kollektivvertrag für Krankenhäuser der Sozialversicherungen. Mit der Fragmentierung des Kollektivvertragssystems Hand in Hand geht eine Fragmentierung der für die Kollektivverträge zuständigen Gewerkschaften und Arbeitgebervertreter. In Österreich sind vier Gewerkschaften für Krankenhausbeschäftigte zuständig.

Wesentliche Schlechterstellungen im Vergleich BeamtInnen, Vertragsbedienstete und Angestellten in privaten gemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Krankenanstalten gibt es wie schon beschrieben vor allem bei den Kündigungsschutzbestimmungen und der Einkommenshöhe. Eine weitere Schlechterstellung bezieht sich auf Entgeltfortzahlungsregelungen im Krankheitsfall. Die Entgeltfortzahlungsregelungen im Krankheitsfall sind für BeamtInnen und Vertragsbedienstete wesentlich weiter ausgedehnt (bis maximal 182 Kalendertage volle Bezüge, dann für den gleichen Zeitraum halbe Bezüge) als für Privatangestellte (im Angestelltengesetz für maximal 12 Wochen volle Bezüge und 4 Wochen halbe Bezüge). Dieser Nachteil wird jedoch durch die Gewährung des Krankengeldes wesentlich abgefedert.

Grundsätzlich besteht sowohl für Vertragsbedienstete als auch für Angestellte nur ein geringer Versetzungsschutz. Es existieren jedoch wesentlich verstärkte Einflussmöglichkeiten für BetriebsrätInnen bei ausgegliederten – privatrechtlichen – Einrichtungen im Vergleich zu den im Bundes-Personalvertretungsgesetz normierten Regelungen (Vetorecht des Betriebsrates bei dauernder Versetzung und Verschlechterung der Entgelt- oder sonstigen Arbeitsbedingungen – § 101 ArbVG).

Daneben finden sich Bestimmungen, die für beide Bereiche gelten wie beispielsweise das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG). In Österreich begrenzt seit 1997 das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von „Angehörigen von Gesundheitsberufen in Kranken- und Pflegeanstalten“ auf 48 Stunden. Die Wochenarbeitszeit kann in einzelnen Wochen bis auf 60 Stunden ausgedehnt werden, wenn gewährleistet ist, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit über einen bestimmten Zeitraum nicht 48 Stunden überschreitet. Zusätzlich darf die tägliche Arbeitszeit 13 Stunden nicht überschreiten. Es gibt allerdings einen Zusatz, dass durch Betriebsvereinbarungen die Maximalgrenze überschritten werden darf. In diesem Fall schreibt das Gesetz eine maximale Wochenarbeitszeit von 60 Stunden und eine Wochenarbeitszeit von 72 Stunden in einzelnen Wochen vor. Zusätzlich findet sich im Besonderen in Krankenhäusern eine Häufung überlanger Arbeitszeiten. Laut Arbeitsinspektorat (Adam 2008) brechen 7 von 10 österreichischen Spitälern systematisch das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) um Personalkosten zu sparen. Berichtet wird von wöchentlichen Arbeitszeiten bis zu 100 Wochenstunden. Auffällig ist, dass diese Arbeitszeitüberschreitungen vor allem in öffentlichen Krankenhäusern vorkommen. Vom Arbeitsinspektorat wird dies darauf zurückgeführt, dass es im Unterschied zu Privatkrankenanstalten für öffentliche Spitäler keine finanziellen Sanktionsmöglichkeiten für das Unterlaufen von Arbeitszeitregelungen gibt.

2.6. Personalbemessung

Über Personalbemessung liegen für die vier Länder nur vereinzelte Informationen vor. Während in Deutschland und Österreich keine Regelungen für den Mindestbestand an qualifiziertem Personal vorhanden sind, ist in der Tschechischen Republik die Mindestpersonalbemessungsebene durch das Gesundheitsministerium festgelegt.³⁶ Der Anhang der Verordnung enthält verbindliche Mindestanforderungen an die Personalbemessung in einzelnen Krankenhausabteilungen (abhängig von der Anzahl der Betten). Darin wird festgelegt, wie viele ÄrztInnen und sonstiges medizinisches Personal mit welchen Qualifikationen in der jeweiligen Krankenhausabteilung beschäftigt werden müssen. Die Erfüllung dieser Mindestanforderungen an die Personalausstattung ist eine Voraussetzung, um Leistungen durch die Versicherungen vergütet zu bekommen. Gleichzeitig sind die Versicherungen, die Einhaltung der Anforderungen an die Personalbemessung in den Krankenhäusern zu kontrollieren.

Unterschiede nach Trägerstrukturen finden sich hinsichtlich Personalbemessung in der Tschechischen Republik nicht. Betreiber von Gesundheitseinrichtungen sind verpflichtet, angemessene Personalbemessung sicherzustellen. Ausreichend qualifiziertes medizinisches Personal zur Verfügung zu stellen, ist eine der Bedingungen für die Eintragung eines nicht-staatlichen Krankenhauses in das amtliche Register.

In Deutschland gibt es – wie in Österreich – hingegen keine Regelungen für den Mindestbestand an qualifiziertem Personal. Daher ist es den Krankenhäusern möglich auf den vergrößerten Druck zur Verminderung von Kosten im Allgemeinen und Lohnkosten im Besonderen nach der Einführung der DRGs zunehmend mit einer Zergliederung der Arbeit zu reagieren. Es werden immer mehr niedrig bezahlte Hilfskräfte eingestellt, auf die möglichst viel Arbeit verlagert wird (Gröschl-Bahr/Stumpfögger 2008:172).

Zugleich steigt die Arbeitsintensität auch für die Stammebelegschaft. Dies gilt insbesondere für private und freigemeinnützige Häuser. Während eine Pflegekraft in einem Krankenhaus öffentlicher Trägerschaft 2006 durchschnittlich 450 Belegungstage³⁷ zu versorgen hatte, kümmerte sich ihre Kollegin³⁸ in einem privaten Krankenhaus um 515 Belegungstage. Noch gravierender sind die Unterschiede beim ärztlichen und beim medizinisch-technischen Dienst. Ein Arzt³⁹ in einer privaten Klinik hat 29,2% mehr Belegungstage als in einer Öffentlichen zu versorgen und die Kraft im medizinisch-technischen Dienst (u.a. Medizinisch-technische Assistenten/-innen, Krankengymnasten/-innen und Sozialarbeiter/-innen) sogar 45,1% mehr. Interessanterweise haben diese beiden Dienste in freigemeinnützigen Kliniken sogar mehr Belegungstage zu versorgen als in Privaten (Abbildung 2-2).

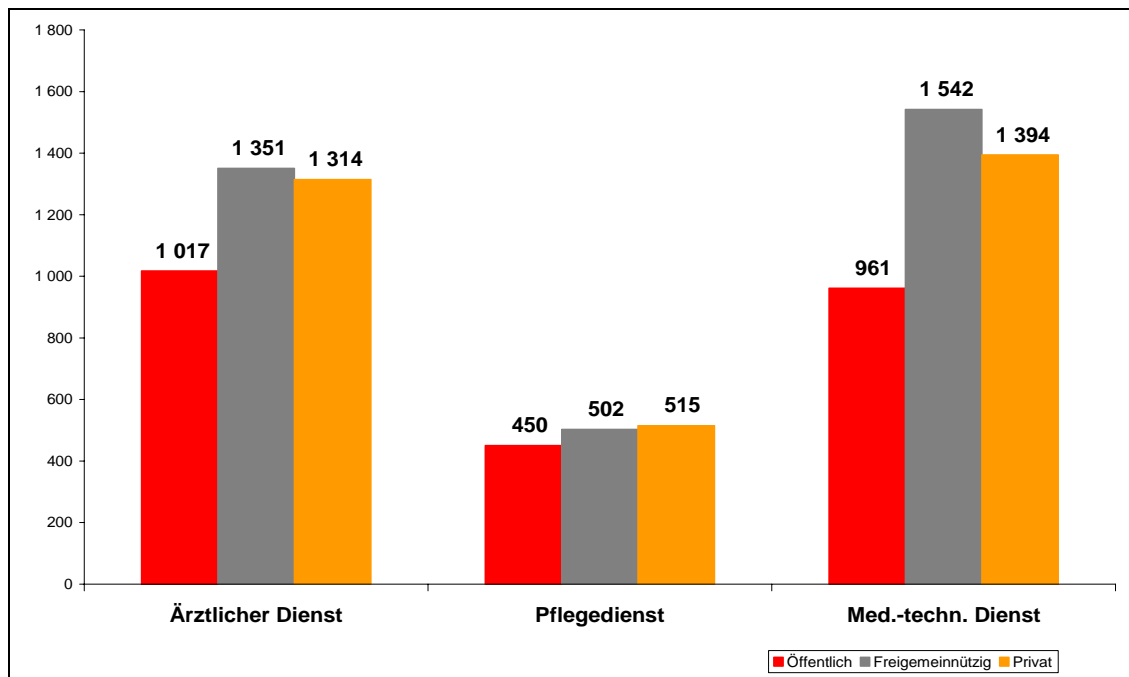
³⁶ Siehe Verordnung des Gesundheitsministeriums No. 134/1998.

³⁷ Ein Belegungstag ist ein für eine Nacht belegtes Krankenhausbett.

³⁸ Da das Verhältnis zwischen männlichen und weiblichen Pflegekräften derzeit etwa 1 zu 6 ist, wird hier bewusst die weibliche Form verwendet vgl.:(Statistisches Bundesamt 2007a).

³⁹ Beim ärztlichen Dienst ist das Verhältnis etwa 1,5 zu 1 zugunsten des männlichen Personals, weshalb hier die männliche Form verwendet wird (Statistisches Bundesamt 2007a).

Abbildung 2-2: Anzahl der durchschnittlich pro Vollkraft zu versorgenden Belegungstage (2006)



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a, eigene Berechnungen

Wie erwähnt fehlen auch in Österreich Regelungen für den Mindestbestand an qualifiziertem Personal. Es liegen zwar für einzelne Abteilungen – wie beispielsweise Intensivstationen – Empfehlungen vor, aber deren Nichteinhaltung hat keinerlei Folgen. Personalbemessungsrechnungen bzw. –modelle werden laut Auskunft von GewerkschafterInnen in einigen Spitälern angewandt, allerdings liegen dazu keine veröffentlichten Informationen in Österreich vor.

Gleich wie in Deutschland steigt u.a. als Folge fehlender Regelungen auch in Österreich die Arbeitsintensität für Beschäftigte im Krankenhaus. Leider sind dazu nur Daten und Berechnungen für Pflegekräfte in öffentlichen Krankenhäusern vorhanden. Die Daten zeigen: Standen 1994 17,9 diplomierte Pflegekräfte und 5,0 Pflegehilfspersonen pro 1.000 stationäre Aufenthalte zur Verfügung, waren es im Jahr 2005 nur mehr 16,3 diplomierte Kräfte und 2,9 Pflegehilfspersonen. (ÖBIG 2008) Anders als in Deutschland hat jedoch in Österreich der Anteil der diplomierten Pflegekräfte an allen Pflegekräften in den öffentlichen Krankenhäusern zugenommen. Laut Pflegebericht (2008) betrug der Anteil der diplomierten Pflegekräfte an allen Pflegekräften in öffentlichen Krankenhäusern im Jahr 2005 85 Prozent, im Jahr 1994 lag er indes nur bei 78%.

3. **VERSORGUNGSQUALITÄT UND PATIENTENZUFRIEDENHEIT**

Versorgungsqualität und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist in allen vier Ländern der Studie seit einigen Jahren Thema: Arbeitsgruppen wurden eingerichtet, Maßnahmenvorschläge entwickelt, etc. Der Entwicklungsstand aber auch der Regulierungsgrad von Maßnahmen zur Qualitätssicherung variiert allerdings erheblich zwischen den Ländern. Am ausgeprägtesten ist er in Deutschland, gefolgt von Österreich und der Tschechischen Republik. Das Schlusslicht bildet Polen. So ist Deutschland das einzige der vier Länder, in dem für alle Krankenhäuser die Verpflichtung besteht, alle zwei Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht im Internet zu veröffentlichen.

In *Deutschland* ist der Regulierungsgrad im Bereich der Qualitätssicherung im stationären Gesundheitssektor in den letzten Jahren ständig gestiegen. Während noch Anfang der 1990er Jahre lediglich einzelne Häuser einige freiwillige Angaben preisgaben, ist heute ein umfassendes Qualitätssicherungssystem entstanden (Böhm 2008:57). Dieses verläuft nach einer klaren Struktur. Vorgaben des Gesetzgebers werden im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert und müssen schließlich in den einzelnen Krankenhäusern umgesetzt werden (Böhm 2008:65). Der G-BA setzt sich aus jeweils fünf von Leitungserbringern und Kostenträgern entsandten sowie drei unparteiischen Vertretern zusammen und ist ein Gremium der Selbstverwaltung (§ 91 Sozialgesetzbuch). Es gibt jedoch immer mehrere Sichtweisen, aus denen Qualität bewertet wird. Neben der objektiven auf festgelegten Kriterien basierenden Sichtweise ist für die Krankenhäuser auch die subjektive Sichtweise der Patienten wichtig. Darüber hinaus ist zwischen der Ergebnis- und der Prozessqualität zu unterscheiden. Während Ersteres das Gesamtergebnis aller diagnostischen und therapeutischen Bemühungen anhand harter Eckpunkte misst, wird unter Letzterem die Beachtung üblicher Behandlungsstandards verstanden.

In *Österreich* wurden vor 2005 eine Vielzahl von qualitätsbezogenen (Projekt)Aktivitäten unterstützt und finanziert, u.a. zu den Themen Qualitätsberichterstattung, Patientenorientierung, Optimierung des Antibiotikaeinsatzes, Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Hygiene, Ergebnisqualität, Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik, Patientensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse. Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde ein umfassendes Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen verabschiedet. Damit wurde der rechtliche Rahmen geschaffen, eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen und die in den Jahren davor zersplitterten Aktivitäten im Bereich der Qualitätssicherung zu bündeln. Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und Patientensicherheit. Das Gesetz sieht vor, bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln und umzusetzen. Dies betrifft alle Sektoren des Gesundheitswesens, darunter öffentliche und private Spitäler ebenso wie Ambulatorien, Ärztinnen/Ärzte sowie alle

anderen Gesundheitsberufe. Dem Bund kommt dabei insbesondere eine Koordinierungs- und Abstimmungsfunktion zu.

Das Gesetz hält fest, dass eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufgebaut wird, in deren Rahmen bundeseinheitlich über alle Bereiche und alle Berufe berichtet wird. Mit diesem Instrument soll einerseits Transparenz sichergestellt, gleichzeitig aber auch eine Methode zur systematischen Verbesserung der Qualitätsarbeit eingeführt werden. Das Gesetz sieht vor, dass Fördermaßnahmen und Anreizmechanismen zur Verbesserung und Sicherung der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen geschaffen werden. Außerdem ist die Gründung eines Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen gesetzlich festgelegt, das das BMGF insbesondere in der Entwicklung von Qualitätsvorgaben Grundsätzen und der bundesweiten Koordinierung unterstützen soll. Gleichzeitig wurden die Themen Qualität und Nahtstellenmanagement in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2005-2008) in eigenen Artikeln ausgeführt. Darüber hinaus wurden Qualitätsarbeit und Nahtstellenmanagement als explizite Aufgaben der Bundesgesundheitsagentur sowie der Gesundheitsplattformen auf Landesebene festgeschrieben.

In der *Tschechischen Republik* wurde vom Ministerium für Industrie und Handel im Jahr 2000 auf der Grundlage des Kabinettsbeschlusses Nr. 458/2000 über die Nationale Strategie zur Qualitätsförderung der sog. Tschechische Rat für Qualität eingerichtet. Dieser setzt sich aus VertreterInnen von Ministerien, Berufsverbänden, Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen (NGO's) zusammen. Im Zuge dieser Initiative wurde im Gesundheitsministerium der Rat für Qualität im Gesundheitswesen eingerichtet, um bestehende Qualitätsprogramme zu integrieren und zu koordinieren und sie in das System der Qualitätsförderung gemäß dem mittelfristigen Rahmenkonzept des Gesundheitsministeriums und dem Rahmenkonzept der Europäischen Region der WHO „Gesundheit 21“ einzubinden. Sein Auftrag war die Entwicklung von Grundlagen für Qualitäts- und Effizienzmonitoring sowie Erarbeitung von Themenvorschlägen für Projekte zur Qualitätsförderung in der Gesundheitsversorgung. Konkrete Ergebnisse aus der Arbeit des Rates waren im Rahmen dieser Studie nicht zugänglich. Es wurde jedoch die Möglichkeit geschaffen, Projekte zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen zu beantragen. Nach Legido-Quigley et al. (2008) wurde 2005 53 solche Projekte beantragt, darunter beispielsweise Projekte zur Entwicklung von Qualitätsleitfäden für Krankenhäuser, zur Entwicklung statistischer Indikatoren für ein sog. kontinuierliches Qualitätsmonitoring etc.

In *Polen* wurde bereits 1994 das Nationale Zentrum für Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen (NCQA) gegründet. Ziel war die Schaffung von Grundlagen der Qualitätssicherung und Unterstützung von Qualitätsverbesserungsinitiativen. Nach Legido-Quigley et al. (2008) wurde allerdings dieses Ziel nur sehr begrenzt umgesetzt. Zurückgeführt wird dies zum einen auf fehlende finanzielle Ressourcen, aber ein fehlendes Interesse der Regierungen an Qualitätssicherung bzw. fehlende Motivation diese zu implementieren (siehe auch Puringer et al. 2001).

3.1. Krankenhausqualitätsberichte

Wie bereits erwähnt ist in *Deutschland* gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V von allen Krankenhäusern im zweijährigen Abstand ein strukturierter Qualitätsbericht im Internet zu veröffentlichen. Damit sollen einerseits Leistungstransparenz und andererseits Qualitätsinformationen bereitgestellt werden. Damit hat Deutschland, Salfeld/Hehner et al. zufolge, inzwischen eine Vorreiterrolle bei der Qualitätsberichterstattung übernommen (2008:12). Für insgesamt 20 Indikationen werden – u.a. entlang der Prozess- und Ergebnisqualität – Qualitätsindikatoren bestimmt für die Referenzbereiche festgelegt werden, die eine Bewertung ermöglichen. Bei Überschreitung der Referenzbereiche werden Krankenhäuser um Stellungnahmen gebeten und evtl. zur Qualitätsverbesserung aufgefordert. Die Ergebnisse weisen eine insgesamt hervorragende Qualität aus. Allerdings schwankt die Qualität zwischen den Kliniken stark (Salfeld/Hehner et al. 2008:12).⁴⁰

Eine Aufschlüsselung nach der Qualität verschiedener Trägerformen findet im Rahmen dieser Qualitätsberichte nicht statt. Das gilt auch für das „Pfleger-Thermometer“ des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung (DIP). Hier wurden die Beschäftigten selber nach relevanten Qualitätsindikatoren und deren Einhaltung gefragt. Zudem wurde nach der Häufigkeit der so genannten „unerwünschten pflegerischen Vorkommnissen“ gesprochen. Bei dieser Befragung sind die Ergebnisse deutlich schlechter als in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser (Isfort/Weidner 2007).

Auch in *Österreich* werden von einigen Krankenhäusern Qualitätsberichte publiziert, dies erfolgt jedoch auf freiwilliger Basis. Der in der Gesundheitsreform 2005 festgelegte Aufbau einer regelmäßigen Qualitätsberichterstattung ist noch nicht abgeschlossen.

3.2. Patientenzufriedenheit

Neue Studien zur Patientenzufriedenheit mit Krankenhäusern finden sich nur für Deutschland. Die wenigen österreichischen Studien stammen hingegen aus den 90er Jahren. Zwar werden in Österreich von einigen Krankenanstalten regelmäßige PatientInnenbefragungen durchgeführt, diese sind allerdings Großteils nicht veröffentlicht und auch nicht vergleichbar. Für die Tschechische Republik und Polen waren keine Studien zugänglich.

Allerdings liegen vom letzten Spezial Eurobarometer Gesundheit (2007) Ergebnisse zu drei Fragen – Krankenhäuser betreffend – vor. Die drei Fragen beziehen sich auf die Qualität der Krankenhäuser in den einzelnen europäischen Ländern, den Zugang zu Krankenhausbehandlungen und die Leistbarkeit von Krankenhausbehandlungen. Dabei handelt es sich allerdings nicht um PatientInnenbefragungen, sondern um Meinungen

⁴⁰ Von der Monopolkommission der Bundesregierung werden diese Qualitätsberichte allerdings stark kritisiert. Sie bemängelt, dass diese nur wenig Transparenz schaffen, da lediglich 27 von 270 Prozess- und Ergebnisindikatoren unanonymisiert veröffentlicht werden (2008:372).

und Einschätzungen der Gesamtbevölkerung. Zwar stellt sich immer die Frage, was denn nun genau mit solchen Fragen gemessen wird, gleichzeitig sind dies die einzigen Informationen, nach denen die vier Länder verglichen werden können.

Qualität der Krankenhäuser: Insgesamt wird von rund 15% der EU-Bevölkerung die Qualität der Krankenhäuser in ihren Ländern als sehr gut und von 56% als recht gut eingeschätzt. Immerhin 20% geben allerdings an, dass die Qualität schlecht und 5%, dass sie sehr schlecht ist.

In Österreich wird die Qualität der Krankenhäuser von 92% der ÖsterreicherInnen als sehr gut oder recht gut eingeschätzt. Österreich hat damit den zweithöchsten Anteil hinter Belgien. In der Tschechischen Republik halten 80% der Bevölkerung die Qualität der Krankenhäuser für sehr gut oder recht gut. In Deutschland sind es 79% und in Polen 42%. Polen bildet gemeinsam mit Rumänien das Schlusslicht in Europa.

Zugang zu Krankenhausbehandlungen: Was die Einfachheit des Zugangs zu Krankenhausbehandlungen betrifft, sind es in Österreich 92%, für die der Zugang zu Krankenhausbehandlungen einfach ist. In Deutschland sind es 87% und in der Tschechischen Republik 86%, und 69% der polnischen Bevölkerung schätzt den Zugang zu Krankenhausbehandlungen als einfach ein. Polen weist zwar innerhalb der vier Länder wieder den geringsten Anteil auf, liegt aber im Vergleich aller EU 27 Länder im unteren Mittelfeld. Noch schwieriger wird der Zugang zu Krankenhausbehandlungen beispielsweise von den UngarInnen eingeschätzt: Nur 54% der UngarInnen halten der Zugang zu Krankenhausbehandlungen für einfach.

Leistbarkeit von Krankenhausbehandlungen: Bei der letzten Frage, die Leistbarkeit von Krankenhausbehandlungen betreffend, zeigt sich, dass in Deutschland 24% der Bevölkerung Krankenhausbehandlungen für kaum leistbar oder nicht leistbar halten. In Polen sind es 21%, in Österreich 11% und in der Tschechischen Republik 8%. Als Verweis auf Gesamteuropa: in Malta sind es 57%, für die Krankenhausbehandlungen kaum leistbar oder nicht leistbar sind, in Bulgarien 52%, in Dänemark hingegen nur 1%.

3.2.1. Nationale Studien

Wie eingangs erwähnt, liegen nationale Studien vor allem für Deutschland vor. Neben internationalen Studien in denen durch Befragungen die Zufriedenheit der Patienten aller deutschen Krankenhäuser mit denen anderer Länder verglichen wird (v.a. Schoen/Osborn et al. 2005), gibt es auch mehrere Studien, die sich nur auf Deutschland beziehen und in denen auch die Zufriedenheit mit Krankenhäusern unterschiedlicher Träger erfragt werden (Braun/Müller 2006, Denk/Schweitzer 2006).

Im Ländervergleich mit Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und den USA schnitten die deutschen Kliniken insgesamt relativ gut ab. In keinem anderen Land fühlten sich die Patienten so gut über die Risiken aufgeklärt und meinten so viele, dass sich die Mitarbeiter untereinander über den Heilungsverlauf ihrer Patienten informiert hatten. Zudem gab es in keinem der untersuchten Länder weniger Wiederaufnahmen aufgrund von Komplikationen nach einer abgeschlossenen Behandlung. Lediglich das

Entlassungsmanagement ist wesentlich schlechter bewertet worden als in den anderen Ländern (Schoen/Osborn et al. 2005:513).

Dieses insgesamt gute Ergebnis der deutschen Kliniken können auch die Studien aus Deutschland bestätigen. Dies zeigt sich zunächst vor allem bei der Prozessqualität. Das „vorbildliche und individuelle Bemühen um die Gesundheit der Patienten“ durch das Personal wird von 85% der befragten Patienten gelobt (Braun/Müller 2006:36). Differenziert man die Ergebnisse der Befragung allerdings nach Trägerformen und berücksichtigt die Entwicklung der letzten Jahre, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Das Gefühl ausreichend informiert worden zu sein, ist – wie auch der Ländervergleich darstellt – zwar mit 86,1% in 2005 (gegenüber 86,7% in 2002), nach wie vor hoch. Allerdings hat dieses Gefühl bei Patienten privater Kliniken seit 2002 um etwa 7,5% abgenommen, während es in öffentlichen Kliniken im gleichen Zeitraum um 1% zunahm (Braun/Müller 2006:52f) Insgesamt wird an mehreren Punkten eine Verschlechterung festgestellt, die bei privaten Kliniken noch wesentlich stärker empfunden wird. Insbesondere das Gefühl, dass Geld die entscheidende Rolle bei der Behandlung spielt, hat in diesen Kliniken zugenommen, während das Gefühl rücksichtsvoll behandelt worden zu sein, abgenommen hat (Braun/Müller 2006:39).

Die Untersuchung der Ergebnisqualität zeigt bei unterschiedlichen Krankheiten ein uneinheitlicheres Bild. So verringerte sich die Heilungs- und Besserungshäufigkeit bei Krebspatienten in freigemeinnützigen und privaten Häusern und ist bei letzteren mittlerweile auch am schlechtesten. Gleichzeitig nimmt die Heilungs- und Besserungshäufigkeit in öffentlichen und Uni-Kliniken zu. Anders sieht es dagegen bei Herz-/Kreislauf-Beschwerden aus. Hier verbesserten sich die freigemeinnützigen und privaten Kliniken am stärksten und sind nun auch insgesamt die Besten. Die öffentlichen Kliniken dagegen verbesserten sich nur leicht und die Uni-Kliniken verschlechterten sich sogar (Braun/Müller 2006:57).

Beim Entlassungsmanagement ergibt sich dagegen wieder ein sehr viel einheitlicheres Bild. Alle wesentlichen Entlassungsleistungen (Aufklärung über Medikamente und beachtenswerte Warnsignale sowie darüber wie Alltagsaktivitäten wieder aufgenommen werden können und wie Angehörige und der Patient selber dabei helfen können) sind 2005 in privaten Kliniken seltener erhalten worden als noch 2002. In öffentlichen Häusern sind diese Leistungen (abgesehen von der Aufklärung über Warnsignale) dagegen häufiger erfolgt (Braun/Müller 2006:68).

Interessanterweise kommen andere Befragungen allerdings auch zu anderen Ergebnissen. Denk und Schweitzer kamen bei sowohl bei der Gesamtbewertung als auch bei fast allen in ihrer Studie, „Patienten-Barometer 2006“ gestellten Fragen zu dem Ergebnis, dass private Kliniken besser sind als freigemeinnützige und die wiederum besser als öffentliche (2006:56ff) Bei dieser Befragung ist allerdings ein höherer Anteil der in privaten Kliniken befragten Patienten privat oder Krankenzusatzversichert ist und somit verfügten beispielsweise fast dreimal so viele Patienten in diesen Kliniken über ein Einzelbettzimmer (Denk/Schweitzer 2006:55). Daher scheint das Ergebnis auch eher die unterschiedliche Betreuung privater und gesetzlich versicherter Patienten abzubilden als Unterschiede in der Qualität unterschiedlicher Trägerformen darzustellen.

In Österreich fehlen Studien, die PatientInnenzufriedenheiten nach Trägerstruktur vergleichen. Interessant zu erwähnen ist hingegen, dass obgleich die Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem im Allgemeinen und der stationären Dienstleistungen recht hoch ist, insbesondere die Schließung von Krankenanstalten und eine Einschränkung der medizinischen Versorgung mittlerweile zu den „Zukunftsängsten der ÖsterreicherInnen“ gehören (IMAS 2004). Auch eine repräsentative Umfrage (Gottschlich/Gallup 1995) aus den 90er Jahren differenziert das ‚Zufriedenheitsbild‘: Nach dieser Umfrage gaben 37% der Befragten an, dass ÄrztInnen sich nicht genügend Zeit für ihre PatientInnen nehmen. 39% beklagten mangelndes Vertrauen in die ÄrztInnenschaft (davon 15% kein Vertrauen; 24% zweifelnd) und immerhin 44% gaben an, sich im Krankenhaus dem System ausgeliefert zu fühlen und keine Möglichkeit zu sehen, Einfluss zu nehmen. Demgegenüber fühlten sich 35% ernst genommen und glaubten, mitbestimmen zu können.

4. ANFORDERUNGEN AN DIE SOZIALPARTNER-ORGANISATIONEN

Wie in Kapitel 1 ausführlich dargestellt unterscheiden sich die Privatisierungsformen in den einzelnen Ländern und liegen die Schwerpunkte der Gewerkschaften auf unterschiedlichen Privatisierungsformen. Da materielle Privatisierungen in Österreich im Krankenhaussektor Randerscheinungen sind und sich bei bisherigen formalrechtlichen Privatisierungen in der Regel Arbeitsbeziehungen marginal veränderten, sind Anforderungen hinsichtlich Übergangsregelungen kein Thema der Gewerkschaften. Anders ist, wie schon oftmals deutlich wurde, die Situation in Deutschland. Wiederum unterschiedlich stellt sich die Situation in der Tschechischen Republik und in Polen dar. In beiden Ländern sind Übergänge von öffentlichen Einrichtungen in formalprivatrechtliche Einrichtungen (zu 100% im Eigentum) öffentlicher Hand ein wichtiges Thema, da sich mit dieser Umwandlung zumindest in der Tschechischen Republik die Arbeitsbeziehungen für die Beschäftigten nicht unwesentlich verändern (siehe Abschnitt 2.5.1), allerdings waren nur zum Teil Informationen hinsichtlich Anforderungen bei Übergangsregelungen zugänglich. Daraus resultiert, dass einige Abschnitte auf Deutschland fokussieren.

4.1. Vereinbarung von Betriebsübergängen

Vereinbarungen von Betriebsübergängen sind vor allem in Deutschland ein Thema. In Österreich sind materielle Privatisierungen nur Randerscheinungen, für die Tschechische Republik liegen einige grundsätzliche Informationen vor, für Polen waren keine Informationen zugänglich.

In der *Tschechischen Republik* sind die Bestimmungen zu Betriebsübergängen im Handelsgesetzbuch geregelt (§§ 476 - 488a).⁴¹ Das Handelsgesetzbuch regelt nicht nur den Übergang der Eigentumsrechte am Betrieb, sondern auch den Übergang einzelner mit dem Betrieb im Zusammenhang stehenden Rechte, einschließlich der gewerblichen Schutzrechte oder sonstigen geistigen Eigentums. Hinsichtlich der Arbeitsbeziehungen ist im Handelsgesetzbuch nur festgehalten, dass die „Rechte und Pflichten aus den bestehenden Arbeitsverhältnissen mit Beschäftigten vom Veräußerer auf den Erwerber übergehen.“⁴² Dieser Grundsatz des Fortbestehens von Arbeitsverhältnissen findet auch auf die Nießbrauchsbestellung (d.h. Verpachtung) Anwendung.

Die grundlegenden Regelungen hinsichtlich der Arbeitnehmerrechte bei Betriebsnachfolgen sind im Arbeitsgesetzbuch festgehalten.⁴³ Dieses legt fest, dass bei –einem Übergang des Betriebs oder eines Betriebsteils eines Arbeitgebers auf einen anderen

⁴¹ Gesetz Nr.513/1991 Slg. , das Handelsgesetzbuch.

⁴² Siehe § 480 des Handelsgesetzbuchs.

⁴³ Siehe § 338 ff. des Arbeitsgesetzbuchs (Gesetz Nr. 262/2006 Slg.).

auch die Rechte und Pflichten aus den bestehenden Arbeitsverhältnissen in vollem Umfang auf den neuen Inhaber übergehen. Dies hat demnach zu Folge, dass bei einem Betriebsübergang die einzelnen ArbeitnehmerInnen von der Änderung nicht betroffen sein sollten. Es kommt lediglich zu einem Wechsel bei einer der Vertragsparteien des Arbeitsverhältnisses, nämlich des Arbeitgebers. Grundsätzlich werden jedoch weder die bestehenden Beschäftigungsverhältnisse beendet, noch neue eingegangen. Die ArbeitnehmerInnen behalten somit ihre Rechte, die sich aus den geltenden Rechtsvorschriften und ihren Arbeitsverträgen ergeben, sowie alle kollektivvertraglich vereinbarten Ansprüche. Sie leisten daher weiter gleichartige Arbeit am gleichen Arbeitsort. Zudem sollten alle Lohn- und Arbeitsbedingung sowie verschiedene Besitzstände, z. B. sozialer Art, weiterhin fortbestehen.

Vor erfolgtem Betriebsübergang hat der Arbeitgeber die Arbeitnehmervertretung – die betriebliche Gewerkschaftsorganisation (ggf. direkt die Belegschaft) – über maßgebliche Sachverhalte, wie z. B. das Datum des Betriebsübergangs und die dazu führenden Gründe, sowie über dessen eventuelle rechtliche, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen auf die ArbeitnehmerInnen zu unterrichten. Der Arbeitgeber ist zudem verpflichtet, diese Sachverhalte mit der Arbeitnehmervertretung zu erörtern, um zu einer Einigung zu gelangen.

Für *Deutschland*, aber auch darüber hinaus gehend, kann festgehalten werden: Eine der wesentlichsten Änderungen für die Sozialpartner im Zuge der Privatisierung des Gesundheitswesens ist der bei einer Umwandlung von öffentlich-rechtlicher zu privatrechtlicher Verfassung erfolgende Übergang vom Personalvertretungs- zum Betriebsverfassungsgesetz. Dies kann sowohl im Zuge einer „materiellen“ Privatisierung als auch unabhängig davon stattfinden. Vor der Privatisierung kann und sollte der Personalrat mehrere Gesichtspunkte in den „Aushandlungsprozess“ einbringen. Dazu gehören die Regelungen zum Schutz einzelner Beschäftigter und die Beteiligungsrechte der Arbeitnehmerschaft als Gesamtheit. Nicht nur bei der formellen auch bei der materiellen Privatisierung sollten diese Punkte geregelt sein, da viele Beispiele aus anderen Branchen zeigen, dass gerade auch nach materiellen Privatisierungen massive Auswirkungen auf den Beschäftigtenstand, die Arbeits- und Lohnkosten, die Arbeitsbedingungen und die gewerkschaftliche Interessenvertretung zu spüren sind (Atzmüller/Hermann 2004).

In Deutschland besteht generell nach § 613a BGB bei Betriebsübergängen, zu denen auch Privatisierungen zählen, ein Widerspruchsrecht. Allerdings ist dieser Schutz sehr lückenhaft, da die Wahrnehmung dieses Rechtes die betriebsbedingte Kündigung zur Folge haben kann. Dies ist nur dann nicht der Fall, wenn spezielle Vereinbarungen im Rahmen eines Tarifvertrages oder einer gesetzlichen Regelung getroffen worden sind. Allerdings kann der neue Betreiber nach einer Privatisierung die Beschäftigten nicht einfach vor die Tür setzen. Die Beschäftigten sind durch besagten Paragraphen zunächst für ein Jahr vor einer Kündigung geschützt. Darüber hinaus sind – wie in Abschnitt 2.2.2 dargestellt – in den Kaufverträgen häufig weiter gehende Regelungen vereinbart.

In mehreren öffentlichen Kliniken haben die Gewerkschaften für das Personal ein Rückkehrrecht im Falle einer Übernahme durch einen privaten Betreiber mit der kommunalen Verwaltung ausgehandelt. Im Fall des *LBK Hamburg* geschah dies bei der Umwandlung von einem Eigenbetrieb in eine Anstalt öffentlichen Rechts 1995. Damals wurde im Rahmen des Gesetzes zur Einrichtung der Anstalt öffentlichen Rechtes vereinbart, dass die bislang Beschäftigten im Falle einer Mehrheitsprivatisierung bei gleichen Bezügen und Arbeitszeiten weiter im öffentlichen Dienst beschäftigt sein dürfen (§ 17 LBKHG). Nach der endgültigen materiellen Privatisierung der Kliniken 2007⁴⁴ erklärten dann auch fast 2.000 Beschäftigte, dass sie zukünftig wieder für die Stadt arbeiten möchten. Für den neuen Betreiber war dies zwar ein Imageverlust, aber gleichzeitig eine willkommene Entlastung von Personalkosten. Aufgrund des festgelegten Ausschlusses von betriebsbedingten Kündigungen wäre eine solche Entlastung anders wohl nicht möglich gewesen. Zwar mussten Kompensationszahlungen in Höhe von € 15 Mio. an die Stadt überwiesen werden, Abfindungen an diese Mitarbeiter hätten aber sicherlich diese Kosten weit übertroffen (Böhlke 2007). In Gießen und Marburg gibt es aufgrund des Status einer privatisierten Universitätsklinik noch die Besonderheit, dass die Ärzte überhaupt nicht zu dem neuen Betreiber übergewechselt sind, sondern Angestellte des Landes Hessen mit einem eigenen Personalrat bleiben.

4.2. *Sicherung sozialer Besitzstände*

Wie für Abschnitt 4.1 liegen auch für die Sicherung sozialer Besitzstände nur Informationen für Deutschland vor. Mehr als vor dem Übergang selber schützt in Deutschland der § 613a BGB vor Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen. So gelten alle alten Tarifverträge und Vereinbarungen zunächst für ein Jahr auch für den neuen Betreiber. Dies kann nur durch neue Tarifverträge und/oder Vereinbarungen aufgelöst werden. Regelungen die über dieses eine Jahr hinaus Gültigkeit besitzen, müssen zwischen den Sozialpartnerorganisationen oder im Kaufvertrag ausgehandelt werden.

In den untersuchten privatisierten Kliniken konnten die Beschäftigten der Stammebelegschaften im medizinischen Bereich auch durch neue Tarifverträge und Vereinbarungen ihre Besitzstände sichern. Dies gelang allerdings nur durch gewerkschaftlichen Druck. Wie schon in Kapitel 1.4 dargestellt, gilt dies in der Regel nicht für die Beschäftigten in den Servicebereichen. Insbesondere nach Ausgliederungen kommt es bisweilen zu Lohn- einbußen von bis zu 40%.

4.3. *Vereinbarung betrieblicher Versorgungsregelungen*

Zusätzliche betriebliche Altersversorgung gehört nur in Deutschland zu den zumeist tariflich abgesicherten sozialen Standards in Krankenhäusern. Weder in der Tschechi-

⁴⁴ Die Privatisierung des *LBK Hamburg AöR* erfolgte in zwei Tranchen. 2005 wurden die ersten 49,9% der Anteile und die Geschäftsführung an *Asklepios Kliniken GmbH* übergeben. 2007 folgten dann weitere 25 % (Bürgerschaft 2004).

schen Republik noch in Polen oder Österreich sind zusätzliche Betriebspensionen im Krankenhaussektor üblich. Daher werden auch Vereinbarungen betrieblicher Versorgungsregelungen ausschließlich für Deutschland dargestellt.

In Deutschland sind auch die betrieblichen Versorgungsregelungen zunächst durch § 613a BGB geschützt. Wie in Kapitel 2.3.2 beschrieben, haben zudem die Betreiber also auch die Privaten in der Regel eigene Regelungen für die betriebliche Altersversorgung. Diese sind in Tarifverträgen, ähnlich dem ATV und/oder in betrieblichen Bestimmungen festgelegt. Teilweise gehen formelle und/oder materielle Privatisierungen mit einem Wechsel von einem Umlage- zu einem kapitalgedeckten System sowie dem Austritt aus der VBL einher. Gerade hier sollten Arbeitnehmervertreter darauf achten, dass dies nicht zu einer Verminderung des Arbeitgeberanteils führt.

4.4. *Vereinbarung betrieblicher Sozialregelungen*

Zu Vereinbarungen betrieblicher Sozialregelungen waren Informationen über die Tschechische Republik und Deutschland verfügbar. Allerdings zentriert die Darstellung der tschechischen Situation auf den Unterschied der Vereinbarungen betrieblicher Sozialregelungen nach der Rechtsform des Arbeitgebers.

In der *Tschechischen Republik* wurden alle Arbeitgeber bereits in den 60er Jahren verpflichtet, einen Kultur- und Sozialfonds (FSKP) für ArbeitnehmerInnen einzurichten. Die Höhe der Beiträge zur Bildung des Fonds sowie die grundsätzlichen Verwendungszwecke waren rechtlich geregelt. Bis 1990 bestimmten die Gewerkschaften darüber, welche konkreten Leistungen aus dem des Fonds den Beschäftigten zugute kommen.

Die Einrichtung eines *Kultur- und Sozialfonds (FSKP)* ist im öffentlichen Sektor (staatliche Dienststellen (sog. „Organisationseinheiten des Staates“) sowie Eigenbetriebe und Einrichtungen in staatlicher Trägerschaft, Selbstverwaltungskörperschaften und ihre Einrichtungen (Eigenbetriebe) sowie Staatsbetriebe) nach wie vor verpflichtend. Mittlerweile entscheiden Gewerkschaften und Arbeitgeber im Rahmen der Kollektivvertragsverhandlungen gemeinsam über die Verwendung des Fonds.

Die aus diesem Fonds finanzierten Maßnahmen richten sich zum einen auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und zum anderen auf die Unterstützung bei den Freizeitinteressen der Beschäftigten (sportlichen Aktivitäten und kulturellen Interessen, Erholung).⁴⁵ Zu den – ebenfalls festgelegten – Verwendungszwecken zählen u.a.:

- Betriebskosten für kulturelle, Erholungs- und Sporteinrichtungen;
- Zur Verfügungstellung von Arbeitskleidung etc.;
- Darlehen für Haus- oder Wohnungskäufe, für Renovierung, aber auch Einrichtung;

⁴⁵ In Österreich werden diese Leistungen teilweise über den Betriebsratsfonds abgedeckt, der von den Beiträgen von ArbeitnehmerInnen gespeist werden. Der Arbeitgeber kann Zuzahlungen leisten. Die ordnungsgemäße Abwicklung wird in Österreich von der Kammer für Arbeiter und Angestellte kontrolliert.

- Erholungsurlaube und Rehabilitation, Urlaube in In- und Ausland;
- Essensgutscheine für Kantinen;
- Beiträge zu Pensionszusatzversicherung;
- Karten für kulturelle und sportliche Veranstaltungen;
- Beitrag zur Gewerkschaftsorganisation, die in der Einrichtung tätig ist;
- Sach- oder Geldgeschenke anlässlich dienstlicher oder persönlicher Jubiläen aber auch für besondere Anstrengungen zum Vorteil des Arbeitgebers im Rahmen der persönlichen Hilfestellung bei Brandfällen, Naturkatastrophen und sonstigen besonderen Ereignissen etc.

Rechtlich geregelt sind in Bezug auf diesen Fonds auch

- das Budget, das in den Fonds fließt (2% der jährlichen Ausgaben für Gehälter und Entgeltersatzleistungen);
- die verpflichtende Zuwendung des Arbeitgebers (Es können aber auch Spenden in den Fonds fließen.);
- die Verwaltungsform des Fonds. Da die Fonds-Mittel als sog. sonstige Geldmittel des Staates gelten, wird ihre unrechtmäßige Verwendung als ein Verstoß gegen die Haushaltsdisziplin gewertet.

Wird der Fonds im laufenden Kalenderjahr nicht ausgeschöpft, werden die verbleibenden Mittel auf das nächste Kalenderjahr verschoben. Zusätzlich findet sich auch eine Regelung, welche es unter bestimmten Umständen ermöglicht, auch Mittel für Familienangehörige der ArbeitnehmerInnen zur Verfügung zu stellen wie beispielsweise für Erholung, Karten für kulturelle und sportliche Veranstaltungen etc.

Im Gegensatz dazu liegt die Einrichtung eines Sozialfonds in privatrechtlichen Einrichtungen und Unternehmen⁴⁶ in der Entscheidungsbefugnis des Arbeitgebers, d.h. sie ist eine freiwillige Maßnahme des Arbeitgebers. Die Einrichtung eines Sozialfonds kann entweder in Unternehmensstatuten oder in Kollektivverträgen geregelt sein, oder aber auch von einem Vertretungsorgan des Unternehmens beschlossen werden.

Aus der Sicht der Gewerkschaften (OSZSP ČR 2008) besteht – neben dem Tatbestand der Verpflichtung und Freiwilligkeit – ein erster wesentlicher Unterschied zwischen den Fonds darin, dass es sich bei den Leistungen aus den Sozialfonds in der Privatwirtschaft nicht mehr um Sozialleistungen ‚im eigentlichen Sinne‘ handelt, sondern vielmehr um Personalstrategische und Personalentwicklungsmaßnahmen mit dem Ziel der Leistungs- und Effizienzsteigerung der Beschäftigten sowie der Bindung der Belegschaften („Humanressourcen“) an das Unternehmen. Konkrete Verwendungszwecke, der Sozialfonds, die unter dieser Zielrichtung gefasst werden können, sind beispielsweise Weiterbildung, Betriebsausflüge in Form von ‚Unternehmenswochenenden‘ (zur Stärkung der Corporate Identity), Geschenke zu Geburtstagen, aber auch die zur Verfügungstellung eines Dienstautos, Dienstnotebooks etc.

⁴⁶ An dieser Stelle sei nochmals darauf verwiesen, dass für die Entscheidung ob eine Einrichtung dem öffentlichen Dienst oder der Privatwirtschaft zugeordnet wird, einzig die Rechtsform ausschlaggebend ist, nicht die Eigentümer- bzw. Trägerschaft.

Der zweite wesentliche Unterschied zwischen den Fonds liegt darin, dass Sozialfonds in Privatunternehmen oftmals dazu genutzt werden, Einkommensbestandteile als Sozialleistungen auszuweisen und damit möglichst steuerschonend – und zwar sowohl für die Arbeitgeber- als auch die Arbeitnehmerschaft – auszuzahlen. Dies erfolgt beispielsweise über Zuzahlungen von Lebensversicherungen, Zusatzpensionsversicherungen und Bausparen oder auch über die Ausgabe von Aktien an die Belegschaften. Damit ist allerdings, die Zielrichtung des Fonds völlig verändert. Es erfolgen keine zusätzlichen Vergütungen sondern Einkommensbestandteile werden über die Fondskonstruktion steuerschonend ausbezahlt.

Abschließend sollen noch drei Beispiele von – von Arbeitgebern für Kollektivverträge vorgeschlagenen – Sozialfondskonstruktionen skizziert werden (OSZSP ČR 2008):

Beispiel 1: Das Unternehmen kann weitere Fonds einrichten (z.B. Sozialfonds, Investmentfonds etc.). Die Hauptversammlung wird über deren Einrichtung entscheiden und der Vorstand über deren Verwendung. Diese Fonds werden von dem Gewinn des Unternehmens gebildet. Die Generalversammlung und der Vorstand entscheiden über die Gewinnverteilung, sofern ein Gewinn erzielt wird. Der erzielte Gewinn wird nach Abzug von Steuern und sonstigen Ausgaben für die von der Generalversammlung beschlossenen Verwendungszwecke, für Dividenden und Tantiemen sowie gegebenenfalls für andere Zwecke verwendet. Es ist nicht ausgeschlossen, dass die Hauptversammlung entscheidet, dass ein Teil des Gewinns zur Erhöhung des Grundkapitals verwendet wird bzw. dass ein Teil des Gewinns nicht verteilt werden.

Beispiel 2: Bestandteil der MitarbeiterInnenpflege ist das Motivationsprogramm zur Förderung der Arbeitsleistung der Beschäftigten seitens des Arbeitgebers ... mit dem Schwerpunkt, die Kundenorientierung der MitarbeiterInnen zu fördern... Gemeinsam mit den Gewerkschaften wird der Arbeitgeber solche Maßnahmen und Anreize durchsetzen, die ... ein positives Gesamtklima am Arbeitsplatz fördern.

Beispiel 3: Vom Arbeitgeber werden Maßnahmen zur Erhöhung der Arbeitsmotivation der Beschäftigten finanziert, unter anderem Geschenke bei Erreichen einer bestimmten Betriebszugehörigkeitsdauer, aber auch Essensgutscheine. Abgelehnt werden Zuwendungen für Sport- und Kulturveranstaltungen, sowie zur Erholung etc.

In *Deutschland* stellt sich die Situation folgendermaßen dar: Neben der in Abschnitt 2.3.2 beschriebenen vermögenswirksamen Leistungen und der betrieblichen Altersversorgung sind im TVöD auch Sterbegeld und die Erstattung von Reise- und ggf. Umzugskosten vorgesehen.

Öffentliche Krankenhäuser verfügen teilweise über eigene Sozialeinrichtungen, wie betriebseigene Kindertageseinrichtungen, die auf die speziellen zeitlichen Bedürfnisse von Krankenhausbeschäftigten eingestellt sind. Auch um zusätzliche Mehrkosten für die Kommunen zu vermeiden, achtete die kommunale Verwaltung in den untersuchten Kliniken auf einer vertraglich vereinbarte Weiterführung dieses Angebots durch den neuen Betreiber. Da aber solche Leistungen nicht mit den Krankenkassen über das Fallpauschalensystem abgerechnet werden können, geraten sie unter starkem Druck. So berichteten beispielsweise Beschäftigte in Hamburg, dass das zeitliche Angebot der Kinderbetreuung zunehmend ausgedünnt wurde und die Einrichtungen somit überflüssig wurden, weil ohnehin auf andere Lösungen ausgewichen werden musste.

Bei der Privatisierung des Uniklinikums Gießen und Marburg war darüber hinaus ein so genannter Sozialfonds in Höhe von € 30 Mio. Bestandteil des Kaufvertrages. Dieser sieht eine bestimmte Summe für die Weiterbildung und die Umschulung der Beschäftigten sowie für eventuelle Nachteile durch die Umstellung auf einen Haustarifvertrag vor. Insbesondere die Umgestaltung des Klinikkonzepts durch den privaten Betreiber macht einen Teil der Aufgaben überflüssig, wodurch die Betroffenen von Entlassungen bedroht sind. Durch die Umschulungen wird ihnen auch unter dem neuen Betreiber eine Perspektive geboten.

4.5. *Insolvenzschutz*

Im Allgemeinen gelten die Regelungen der in Kapitel 2.1 teilweise vorgestellten Insolvenzordnungen. Rückkehrmöglichkeiten für ArbeitnehmerInnen von privatisierten Trägern zur öffentlichen Gebietskörperschaft finden sich weder in der Tschechischen Republik noch in Polen.

In Deutschland gibt es hingegen das so genannten „Heimfallrecht“. Da von Seiten der kommunalen Verwaltung ein Interesse daran besteht Krankenhäuser im Insolvenzfall weiter betreiben zu können, sehen viele Kaufverträge privatisierter Kliniken darüber hinaus ein so genanntes „Heimfallrecht“ in einem solchen Fall vor. So fallen, nach Angaben mehrerer Interviewpartner in den untersuchten privatisierten Kliniken, bei einer Insolvenz der Klinikkonzerne die Krankenhäuser und deren Beschäftigte wieder in den Zuständigkeitsbereich der öffentlichen Hand.

4.6. *Unternehmensmitbestimmung*

In allen vier Ländern sind ArbeitnehmerInnen auch in den Unternehmensorganen vertreten – entweder in der gesamten Wirtschaft oder zumindest im öffentlichen Sektor.

In Deutschland, Österreich und der Tschechischen Republik sind die Arbeitnehmer sowohl in privaten als auch öffentlichen Unternehmen in den Unternehmensorganen vertreten. In Deutschland, Österreich und der Tschechischen Republik finden sich in einer großen Anzahl von Unternehmen Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat, der die Tätigkeit des Vorstands überwacht. In Polen sitzen Arbeitnehmervertreter in der Geschäftsführung einiger staatlicher sowie einiger kürzlich privatisierter Unternehmen. In Polen haben Arbeitnehmer im Privatsektor allerdings keinen allgemeinen Anspruch auf Vertretung auf Unternehmensebene. In kürzlich privatisierten Unternehmen und solchen, die derzeit privatisiert werden, darunter auch Unternehmen, in denen der Staat die Minderheitsbeteiligung hat, gibt es jedoch Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat.

Zur Wahl der Arbeitnehmervertreter in den Aufsichtsrat ist anzumerken, dass in Österreich in allen Aktiengesellschaften sowie in anderen Kapitalgesellschaften mit mehr als 300 Beschäftigten und in Sparkassen ein Drittel der Mitglieder des Aufsichtsrats vom Betriebsrat aus seiner Mitte gewählt in. In der Tschechischen Republik haben die Arbeitnehmervertreter in Aktiengesellschaften mit mehr als 50 Beschäftigten und in

staatlichen Unternehmen ein Drittel der Stimmen. Sie werden von der gesamten Belegschaft entweder unmittelbar oder über Delegierte gewählt. In Deutschland haben Arbeitnehmervertreter in Kapitalgesellschaften mit mindestens 500 Beschäftigten ein Drittel der Sitze im Aufsichtsrat und in Unternehmen mit mindestens 2000 Beschäftigten die Hälfte der Sitze. Sie werden wie in der Tschechischen Republik von der gesamten Belegschaft entweder unmittelbar oder über Delegierte gewählt. In Polen wiederum, wo aus staatlichen Unternehmungen Betriebe entstanden sind, bei denen sich 100% der Aktien jedoch in staatlicher Hand befinden, sind zwei der fünf Aufsichtsratsmitglieder von der Belegschaft gewählte Arbeitnehmervertreter. In privatisierten Unternehmen, in denen der Staat eine Minderheitsbeteiligung hat, ist die Zahl der Vertreter je nach Unternehmen verschieden. Ferner wird in teilweise privatisierten und staatlichen Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten ein Vorstandsmitglied von den Arbeitnehmern gewählt.

In allen Ländern haben Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat die gleichen Rechte und Pflichten wie andere Aufsichtsratsmitglieder. In Österreich werden sie jedoch für diese Tätigkeit nicht bezahlt. Auch die Funktion des Aufsichtsrates ähnelt sich in den vier Ländern: In allen überwacht der Aufsichtsrat die Tätigkeit des Vorstands und muss wichtigen vom Vorstand vorgeschlagenen Änderungen zustimmen. In Deutschland bestellt und entlässt er darüber hinaus den Vorstand und genehmigt den Jahresabschluss.

Zur den Anforderungen an die Sozialpartner ist für *Deutschland* zunächst anzumerken, dass insbesondere dort, wo lange sozialdemokratische Politiker die kommunale Verwaltung dominierten, wie in Hamburg oder auch Dortmund, Gewerkschafter und Betriebsräte eher ihre guten Verbindungen zu den politischen Entscheidungsträgern genutzt haben, um die Interessen der Beschäftigten durchzusetzen. Dieser Weg hat sich durch die Privatisierungspolitik aber auch durch die veränderten ordnungspolitischen Vorstellungen vieler Politiker in vielen Fällen verschlossen.

Mittlerweile sind zwar – teilweise unter erheblichem Widerstand – in allen privaten Klinikonzernen paritätisch besetzte Aufsichtsräte installiert worden⁴⁷. Dass *ver.di* diese teilweise gerichtlich durchsetzen musste, zeigt jedoch, dass einige private Betreiber die Unternehmensmitbestimmung nach Privatisierungen attackieren. Auf diese Herausforderung reagieren die Arbeitnehmervertreter mit unterschiedlichen Strategien. So haben beispielsweise die Betriebsräte und Gewerkschafter in Hamburg und Gießen/ Marburg mit einer verstärkten Mobilisierung der Belegschaften Tarifverträge auf TVöD-Niveau und eine weitgehende Anerkennung der Unternehmensmitbestimmung erreicht. Diese Strategie wird auch in öffentlichen Kliniken angewendet. In Stuttgart konnte so sogar eine formelle Privatisierung verhindert werden. Schwieriger ist die Situation, wenn die Mobilisierungsfähigkeit vor allem aufgrund hoher Arbeitslosigkeit – wie in Erfurt – zu niedrig ist, um diese Strategie umzusetzen. Dort bleibt Gewerkschaftern häufig nichts anderes übrig als an das Soziale appellierend auf Konzerntarifverträge zu hoffen.

⁴⁷ Siehe Kapitel 2.5.

In *Österreich* stellt sich für die, für private gemeinnützige und private gewinnorientierte Krankenhäuser zuständige, Gewerkschaft (VIDA) hingegen das Problem, dass sich privat-gemeinnützige Krankenanstalten zunehmend in Betriebsgesellschaften zusammenschließen. Diese Betriebsgesellschaften agieren nach Auskunft der GewerkschafterInnen und BetriebsrätInnen⁴⁸ wie Konzerne: wesentliche strategische Entscheidungen werden in der Zentrale getroffen, sowohl was Strategien zur Kostensenkung als auch technologische Neuerungen etc. betrifft. Gleichzeitig sind diese Betriebsgesellschaften aber keine Aktien- oder andere Kapitalgesellschaften und verfügen somit über keine Aufsichtsräte. Aufgrund dieser Struktur der Betriebsgesellschaften sind nun aber die ArbeitnehmerInnen-Mitbestimmungsrechte auf zentraler Ebene nur begrenzt anwendbar.

Zur Illustration, das Fallbeispiel eines Krankenhauses, das im Rahmen des PIQUE-Projekts untersucht wurde. Es handelt sich dabei um ein privates gemeinnütziges Krankenhaus, das Teil einer Betriebsgesellschaft (Holding) wurde. „Seit der Eingliederung des Krankenhauses in die Holding haben sich die Einflussmöglichkeiten der BetriebsrätInnen verringert. Strategische Entscheidungen wie die Ausrichtung des Krankenhauses, aber auch die Einführung neuer EDV-Systeme wie etwa SAP, werden nunmehr im Vorstand der Holding getroffen. Die BetriebsrätInnen der einzelnen Krankenhäuser sind in diese Entscheidungen in keiner Weise eingebunden. Die Holding verfügt über keinen Aufsichtsrat. Versuche der BetriebsrätInnen, die Installierung eines Aufsichtsrates zu initiieren und über einen Sitz im Aufsichtsrat auch zu einer Mitbestimmungsmöglichkeit auf der Holdingebene zu kommen, wurden von der Geschäftsführung immer wieder abgelehnt. Als Gegenstrategie versuchen sich die BetriebsrätInnen der einzelnen Krankenanstalten zu vernetzen in Form von regelmäßigen Treffen und regelmäßigem Informationsaustausch. Innerhalb der einzelnen Krankenhäuser – so die BetriebsrätInnen – werden nur mehr ‚kleine‘ Entscheidungen getroffen. Durch diese Entwicklung hat sich aber auch die Form der Auseinandersetzung zwischen Betriebsrat und Management verändert und verschärft. Wurden früher ‚sozialpartnerschaftlich‘ Entscheidungen gemeinsam diskutiert und beschlossen, häufen sich Fälle, in denen vom Arbeitgeber gesetzliche Regelungen missachtet werden. Die Folge: Eine Zunahme von Arbeitsrechtsprozessen, die seitens der BetriebsrätInnen initiiert wurden. Ein Beispiel ist ein erst kürzlich erfolgreicher abgeschlossener Arbeitsrechtsprozess, in dem Einspruch gegen die Kündigung einer Mitarbeiterin erhoben wurde.“ (Papouschek 2007:24) Mittlerweile ist es gelungen, eine VertreterIn der ArbeitnehmerInnenschaft in den Vorstand zu entsenden.

4.7. *Arbeitnehmerinteressenvertretung*

In allen vier Ländern gibt es Strukturen für die Vertretung der Arbeitnehmer auf Betriebs- und Unternehmensebene, allerdings differieren ihre Formen und Regeln. Während in Deutschland und Österreich die Arbeitnehmervertretung im Betrieb vor allem

⁴⁸ Diese Interviews wurden im Rahmen des PIQUE-Projekts durchgeführt.

über die Betriebsräte erfolgt, die in diesen Ländern über eine gesetzliche Grundlage und beträchtliche Rechte verfügen, wird diese Aufgabe in der Tschechischen Republik und in Polen primär von den Gewerkschaften wahrgenommen.

Allerdings beginnt das monistische System der Arbeitsbeziehungen in Polen und in der Tschechischen Republik zu bröckeln. In Polen bestimmt ein Gesetz vom 13. März 2003 im Fall von Massenentlassungen, dass bei Fehlen einer Betriebsgewerkschaft die Informations- und Konsultationsrechte hinsichtlich dieser Massenentlassungen auf Belegschaftsrepräsentanten übergehen, die dann in Übereinstimmung mit dem Management ernannt werden müssen. Dies könnte als erster gesetzlicher Schritt in Richtung einer dualen Interessenvertretung gesehen werden. Zweitens haben in Polen einige (Groß)Unternehmen mit der Einrichtung von freiwilligen Betriebsräten begonnen, die gewerkschaftsfrei sind. Generell ist Polen durch eine große Zersplitterung der Gewerkschaften charakterisiert, die natürlich zugleich auch gewerkschaftliche Schwäche bedeuten. Zudem haben sich in Polen berufsständische Verbände als Gewerkschaften formiert. Im Fall des Gesundheitssektors sind dies beispielsweise die ÄrztInnen.

In Tschechien ist ebenfalls gegen den Willen der Gewerkschaften vom Gesetzgeber ein Dualismus der betrieblichen Interessenvertretungen eingeführt worden. Traditionell herrschen in der Tschechischen Republik die (monistisch geprägten) Betriebsgewerkschaften vor. Sie verfügen über das Recht, allein mit den Arbeitgebern Kollektivverträge für alle Arbeitnehmer auf Unternehmensebene auszuhandeln (also auch de jure für Nicht-Gewerkschaftsmitglieder). Es gibt also keinen Unterschied zwischen Kollektivvertrag und Betriebsvereinbarung, sondern nur zwischen betrieblichem und Branchenkollektivvertrag (dann auf nationaler Ebene) – ähnlich wie in Polen. Im Jahr 2000 ist aber in der Tschechischen Republik eine Ergänzung des inzwischen aufgehobenen, „alten“ Arbeitsgesetzbuches (Gesetz Nr. 65/1965 Slg.) dahingehend vorgenommen worden, dass auch eine von den Gewerkschaften unabhängige Betriebsvertretung gewählt werden kann. Am 1. Januar 2001 trat das Gesetz Nr. 155/2000 Slg. zur Änderung des (alten) Arbeitsgesetzbuches in Kraft, in dem u. A. die Möglichkeit für die Gründung eines Betriebsrats geschaffen wurde. Das novellierte Arbeitsgesetzbuch besagte, dass wenn in einem Betrieb keine betriebliche Gewerkschaftsorganisation gegründet wurde, die Beschäftigten eines Betriebes (mit mehr als 25 Beschäftigten) eine betriebliche Interessenvertretung wählen können. Allerdings wurde das Recht der gewerkschaftlichen Interessenvertretung im Betrieb, Kollektivverträge abzuschließen, in diesem Fall nicht auf die Betriebsräte übertragen. Darüber hinaus verbleiben auch einige andere wichtige Informations-, Konsultations- und Mitwirkungsrechte ausschließlich bei den Betriebsgewerkschaften (beispielsweise Information über Lohnentwicklung, Konsultation zur wirtschaftlichen Entwicklung des Unternehmens, Arbeitsplatzentwicklung etc.). Dem „fallweisen“ Betriebsrat bleibt damit als alleiniges Recht das Recht auf Unterrichtung und Anhörung. Die Möglichkeit zur Wahl eines Betriebsrats wurde auch in dem „neuen“ Arbeitsgesetzbuch (Gesetz Nr. 262/2006 Slg.) beibehalten, allerdings ebenfalls unter dem Vorbehalt, dass keine betriebliche Gewerkschaftsorganisation im Betrieb tätig ist.

Als österreichisches Spezifikum der ArbeitnehmerInnenvertretung soll an dieser Stelle noch die Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte angeführt werden. Sie ist – im Kontext der österreichischen Sozialpartnerschaft – die gesetzliche Interessenvertretung aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gegenüber Wirtschaft und Regierung. Beschäftigung, Weiterbildung, Qualifizierung und Wiedereingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den Arbeitsmarkt gehören neben arbeits- und sozialrechtlichen Themen und dem Verbraucherschutz zu den wichtigsten Arbeitsschwerpunkten der Arbeiterkammer. Neben kostenloser Beratung und Rechtsvertretung der ArbeitnehmerInnen liegt eine wichtige Aufgabe der Kammer in der Begutachtung von Gesetzesentwürfen und in der Formulierung von Gesetzesvorschlägen.

Was nun die neuen Anforderungen an die Arbeitnehmerinteressenvertretungen betrifft, ist allen Ländern gemeinsam, dass die zunehmend nach unterschiedlichen Trägern fragmentierten und zersplitterten Krankenhausstrukturen Interessenvertretung erschweren. Diese Situation wird dann noch verschärft, wenn sich auf der Seite der Arbeitgeber keine Verbände gegründet haben, und damit keine übergeordneten AnsprechpartnerInnen vorliegen. Dies ist beispielsweise in der Tschechischen Republik der Fall, wo auch aus diesem Grunde der Abschluss von Branchentarifverträgen fast verunmöglicht wird. Auf der anderen Seite findet sich die Fragmentierung auch innerhalb der Gewerkschaften, sei es in Österreich – auf der Basis der historisch gewachsenen Zuordnung – eben aufgrund der Fragmentierung des Gesundheitssektors oder in Polen als generell charakteristisches Merkmal der Entwicklung nach 1989. Dass eine solche Zersplitterung der Gewerkschaften selbst weder ihre Verhandlungsmacht noch ihre gesellschaftliche Macht stärkt, liegt auf der Hand.

Über die eher allgemeinen Anforderungen hinaus liegen noch für *Deutschland* detailliertere Informationen vor: Durch die Vielzahl an Landespersonalvertretungsgesetzen (LPersVG)⁴⁹ ist bezüglich der Mitspracherechte bei der Durchführung von Privatisierungen bundesweit ein Flickenteppich entstanden, der nur schwierig zu überblicken ist. So kennen lediglich die LPersVG in 8 der 16 Bundesländer den Tatbestand der Privatisierung (Baden-Württemberg, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen). Andere sehen diesen Vorgang beispielsweise gleichbedeutend mit dem Tatbestand der „Auflösung der Dienststelle“ (Trümner 2004:93f). In jedem Fall genießt der Personalrat ein Beteiligungsrecht, wenn er dieses beantragt. Die Ausprägung dieses Rechts hängt allerdings von der Gesetzeslage vor Ort ab. So reicht die Spannweite zwar vom eingeschränkten⁵⁰ Mitbestimmungsrecht (§ 84 Nr. 7 SPersV) über ein bloßes Anhörungsrecht (§ 80 Abs. 3 Nr. 6 LPVG Bd.-Wü.) bis zur „völligen Fehlanzeige“ (Trümner 2004:97). In jedem Fall müssen die Mitbestimmungsorgane und die Arbeitnehmer allerdings über den Vorgang

⁴⁹ Die Landespersonalvertretungsgesetze (LPersVG) unterscheiden sich in den 16 Bundesländern und unterscheiden sich auch vom Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG).

⁵⁰ Nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dürfen Entscheidungen, die – wie Privatisierungen – wesentlicher Bestandteil der Regierungsgewalt sind, nicht der Exekutive entzogen werden und auf unabhängige Stellen übertragen werden (BVerfG 27.04.1959, BVerfG E 9, S. 268ff). Damit ist das Mitbestimmungsrecht bei solchen Vorgängen ohnehin nur eingeschränkt.

unterrichtet werden, wobei der Zeitpunkt, der Grund, die wirtschaftlichen und sozialen Folgen sowie in Aussicht genommene Maßnahmen zu erläutern sind (§ 613a BGB). Wenn diese Unterrichtung nicht erfolgt, ist die Privatisierung nicht rechens.

Wenn die Privatisierung stattfindet, ist es, nach Trümner, für Gewerkschafter ratsam, sofort einen (ggf. Gesamt-)Betriebsrat zu installieren und ein paritätisch besetzten, mitbestimmten Aufsichtsrat zu fordern. Zudem sollten, ihm zufolge, Beteiligungsrechte durch eine Mitbestimmungssicherungsvereinbarung gesichert werden (2004:118f). Während die Arbeitnehmerinteressenvertretung in den großen in dieser Studie untersuchten Kliniken problemlos gesichert werden konnte, gibt es sowohl in kleineren Kliniken als auch in den ausgegliederten Servicebetrieben bisweilen Probleme diese nach einer Privatisierung und/oder nach Ausgliederungen aufrecht zu erhalten.

Wie schon erwähnt, ist nach der erfolgten Privatisierung bei einem Rechtsformwandel die Umwandlung eines Personalrates in einen Betriebsrat notwendig. Darüber hinaus ist durch die Ausgliederung von Unternehmensteilen aber auch der Aufgabenbereich der Mitbestimmungsorgane eventuell auf einen sehr viel schwieriger zu überblickenden Aufgabenbereich ausgedehnt worden. Auch hierdurch entstehen neue Herausforderungen für die Arbeitnehmerinteressenvertretung.

Generell folgen PersVG und BetrVG weitestgehend denselben verfassungsrechtlichen Prinzipien. Auch die Zielsetzungen des Personalvertretungsrechts des öffentlichen Dienstes und die des BetrVG sind sich recht ähnlich, da das BPersVG von 1955 dem BetrVG von 1952 nachempfunden wurde. Zudem folgten den Änderungen des BetrVG von 1972 und 1988 Revisionen des BPersVG (1974 und 1989).⁵¹ Somit sind wesentliche Grundzüge der Gesetze ähnlich aufgebaut. Dies sind vor allem die Wahl- und Vertretungsprinzipien, das Friedensgebot und die Maxime der vertrauensvollen Zusammenarbeit. Doch obwohl die Ziele der Gesetze und einige wesentliche Grundprinzipien kongruent sind, unterscheiden sich die Gesetze in ihrer konkreten Ausgestaltung erheblich. Dies ist noch dadurch verstärkt worden dass die letzte Änderung des BetrVG von 2001, bislang nicht im BPersVG nachempfunden wurde.

Der Geltungsbereich,⁵² die Ausformulierung der Wahlvorschriften (v.a. Gruppenprinzipien), die Regelungen zu Entscheidungen betreffend einzelner Beschäftigtengruppen und die Freistellungsregelungen (sowohl Quoten als auch Freistellungsmodi) sind die wichtigsten Unterschiede der Gesetze. In der praktischen Arbeit dürften sich vor allem die Unterschiede in den einzelnen Informations-, Mitbestimmungs-, Anhörungs-, Mitwirkungs- und sonstigen Beteiligungsrechten auswirken. So gilt im öffentlichen Dienst ein längerer Weg bis zur Einigungsstelle, generell eingeschränkte Mitbestimmung bei

⁵¹ Die LPersVG müssen sich an die Rahmenvorgaben des BPersVG halten. Innerhalb dieser Rahmenvorgaben gibt es jedoch – wie oben schon dargestellt – zwischen den Bundesländern durchaus relevante Differenzen.

⁵² Hierunter fällt zunächst die Rechtsform der Organisation, die das Abgrenzungskriterium zwischen den Gesetzen darstellt. Auch wenn dies für den Krankenhausbereich nicht so relevant ist, ist der Ausschluss von Kleinstbetrieben vom Wirkungsbereich des BetrVG der wesentlichste Unterschied bezüglich des Geltungsbereiches. Im PersVG sind mittels Stufenvertretungen Kleinstdienststellen erfasst. Des Weiteren gibt es Unterschiede bei den Auszubildenden und den leitenden Angestellten.

Maßnahmen Beamte betreffend und ein Letztentscheidungsrecht der übergeordneten Dienststellenleitung in einigen Fällen. Weitere Auswirkungen auf die Mitbestimmungspraxis dürfte das verglichen mit der Privatwirtschaft begrenzte Initiativrecht des Personalrats haben. Darüber hinaus sind Personalräte über Stufenvertretungen anders organisiert als Betriebsräte, und die personalratsinterne Organisation folgt ebenfalls anderen Prinzipien. Ebenfalls sehr wichtig sind die eingeschränkten Möglichkeiten für Dienstvereinbarungen zwischen Personalrat und Dienststellenleitung. In der Privatwirtschaft sind dagegen Betriebsvereinbarungen keine Beschränkungen auferlegt. Letztlich handeln Personalräte und Betriebsräte zwar unter rechtlich unterschiedlichen Rahmenbedingungen, die grundlegende Zielsetzung ihrer Arbeit ist aber die gleiche.

Das in *Österreich* für die, für private gemeinnützige und private gewinnorientierte Krankenhäuser zuständige, Gewerkschaft (VIDA) virulente Problem der Betriebsgesellschaften wurde bereits im vorherigen Abschnitt erläutert.

LITERATUR

- Andersson, M. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Swedish healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- André, Ch. (2007): Privatisation and the Reforms of the European Health Care Systems. Paper vorbereitet für den Presom-Workshop „The Privatisation of Health Care in Europe“, 4. Juni 2007, Wien
- Atzmüller, R./Hermann, C. (2004): Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen in der EU und Österreich. Auswirkungen auf Beschäftigung, Arbeitsbedingungen und Arbeitsbeziehungen. Wien
- Augurzky, B. et al (2008): Krankenhaus Rating Report 2008. Qualität und Wirtschaftlichkeit. RWI, Essen
- Bähr, C./Fuchs, P. et al. (2006): Kliniken-Privatisierungswelle. Frankfurt am Main, DZ Bank AG
- Blum, K./Offermanns, M. et al. (2007): Krankenhaus Barometer. Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), Düsseldorf, <http://dki.comnetinfo.de/PDF/Bericht%20KH%20Barometer%202007.pdf>
- Böhlke, N. (2007): Die Kliniken gehen am Stock! Das Privatisierungsdesaster in Hamburg als Lehrstück für Auswirkungen von Privatisierungen im Krankenhausbereich, *Sozialismus* 34, 10/2007, S. 21-24
- Böhlke, N./Schulten, T. (2008): Krankenhäuser unter Privatisierungsdruck; in: *Die Mitbestimmung*, Nr. 6/2008, S. 24-27
- Böhm, K. (2008): Politische Steuerung des Gesundheitswesens. Die Rolle von Korporatismus und Wettbewerb im Krankenhausesektor. Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie, 2008-1, Frankfurt am Main, <http://www.klinik.uni-frankfurt.de/zgw/medsoz/Disk-Pap/Diskussionspapier2008-1-W.pdf>
- Brandt, T./Schulten, T. (2007): Liberalisation and privatisation of public services and the impact on labour relations: A comparative view from six countries in the postal, hospital, local public transport and electricity sectors. WSI in der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_028478_Del8.pdf
- Brandt, T./Schulten, T./Sterkel, G./Wiedemuth, J. (Hg.) (2008): Europa im Ausverkauf. Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für Tarifpolitik. VSA Verlag, Hamburg
- Braun, B./Müller, R. (2006): Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten. Ergebnisse einer wiederholten Patientenbefragung und einer Längsschnittanalyse von GEK-Routinedaten. Gmünder Ersatzkasse – GEK, Schwäbisch Gmünd, <http://media.gek.de/downloads/magazine/GEK-Studie-Versorgungsqualitaet-Krankenhaus.pdf>
- Buchan, J./O’May, F. (2002): The Changing Hospital Workforce in Europe; in: McKee, M./Healy, J. (Hg.), *Hospitals in A Changing Europe*. Open University Press, Buckingham-Philadelphia
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): *Das Gesundheitswesen in Österreich*. Wien

- Bürgerschaft (2004): Teilprivatisierung des LBK Hamburg. Bürgerschaft. Drucksache, 18/849, 07.09.2004
- Denk, N./Schweitzer, A. (2006): Patienten-Barometer 2006. psychonomics AG in Kooperation mit der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/TIKs/Gesund-Pflegen/PDF/patientenbarometer-2006,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>
- DKG (2007): Konzept für die Ausgestaltung des ordnungspolitischen Rahmens. Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin, http://www.dkgv.de/media/file/2460.DKG-Konzept_Ordnungspolitischer-Rahmen-ab-2009.pdf
- Filipic, U. (1998): Soziale Sicherung in Tschechien, in: Tálos, E. (ed.): Soziale Sicherung im Wandel, Österreich und seine Nachbarstaaten – Ein Vergleich (Wien/Köln/Weimar: Böhlau), S. 365-437
- Freeman, R. (2000): The Politics of Health Care in Europe. Manchester University Press, Manchester
- Freeman, R./Moran, M. (2000): Reforming Health Care in Europe; in: West European Politics Vol. 23 No 2
- Greer, I. (2006): Social Movement unionism and the breakdown of neo-corporatist industrial relations: the case of Hamburg's hospitals. Researching Contemporary Cities international e-conference
- Gröschl-Bahr, G./Stumpfögger, N. (2008): Krankenhäuser; in: Brandt, T./Schulten, T./Sterkel, G./Wiedemuth, J.: Europa im Ausverkauf – Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und ihre Folgen für die Tarifpolitik., VSA-Verlag, Hamburg, S. 165-180
- Guger, A./Materbauer, M./Walterskirchen, E. (2007): Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens; in: Kurswechsel 2/2007
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (diverse Jahrgänge bis 2004): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien
- Hellowell, M./Pollock, A. (2007): Private finance, public deficits. A Report on the cost of PFI and its impact on health services in England, The Centre for International Public Health Policy, University of Edinburgh, www.health.ed.ac.uk/CIPHP/Documents/CIPHP_2007_PrivateFinancePublicDeficits_Hellowell_000.pdf
- Hermann, Ch. (2007): Die Privatisierung der Gesundheit in Europa; in: Sozialpolitik in Diskussion, Nr. 5 2007
- Hess, W. (2005): Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Reformdruck und Finanznot. Economic Research. Allianz Group, Dresdner Bank. 49, http://www.allianz.com/images/pdf/saobj_972318_krankenh_user_06_20051.pdf
- Hofbauer, I. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- Hofmayer, M. (2006): Gesundheitspolitik seit 2000: Konsolidierung gelungen – Umbau tot? in: Talos E. et al.: Schwarz-Blau. Eine Bilanz des Neu-Regierens. LIT-Verlag, Wien

- Hofmacher, M./Rack, H.M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich 2006. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Politik, Kopenhagen
- HOSPEEM/EPSU (2008): Social Dialogue structures in the hospital and healthcare sector in the EU 27
- IMAS (2004): IMAS-International. Ängste als Wegbegleiter der Zukunft, Umfrage 0409 (19), Linz, <http://www.imas.at/report/2004/19-10.pdf>
- Isfort, M./Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln, <http://www.dip.de/material/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf>
- Jaehrling, K. (2007): Wo das Sparen am leichtesten fällt – Reinigungs- und Pflegehilfskräfte im Krankenhaus; in: Bosch, G./Weinkopf, C.: Arbeiten für wenig Geld. Niedriglohnbeschäftigung in Deutschland. Campus Verlag, Frankfurt am Main/New York, S. 175-210
- Kommission der Europäischen Gemeinschaft (2002): Vorschlag für einen gemeinsamen Bericht: Gesundheitsvorsorge und Altenpflege: Unterstützung nationaler Strategien zur Sicherung eines hohen Sozialschutzniveaus
- Kozek, W. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Polish healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- Kreutzer, S. (2005): Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Campus Verlag, Frankfurt am Main/New York
- Lamping, W. (2007): Europäische Integration und Gesundheitspolitik. Vom Paradiesvogel zum Prestigeobjekt; in: Kurswechsel 2/2007, S. 6-17
- Legido-Quigley, H./McKee, M./Nolte, E./Glinos, I.A. (2008): Assuring the Quality of Health Care in the European Union. A case for action. European Observatory on Health Systems and Policies, by MPG Books Ltd, Bodmin, Cornwall
- Leys, C. (2007): The Privatisation of the National Health Services in the UK. Paper vorbereitet für den Presom-Workshop The Privatisation of Health Care in Europe, 4. Juni 2007, Wien
- Maarse, H. (2006): The Privatisation of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis; in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 5
- Maarse, H./Meulen, R.T. (2006): Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform; in: Health Care Anal, No 14
- McDonald, D./Ruiters, G. (2006): Rethinking Privatisation. Towards a Critical Theoretical Perspective; in: Public Service Yearbook 2005/6
- Mills, R.J./Bhandari, S. (2003): Health Insurance Coverage in the United States 2002. US CENSUSBUREAU, www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf
- Monopolkommission (2008): Weniger Staat, Mehr Wettbewerb – Gesundheitsmärkte und staatliche Beihilfen in der Wettbewerbsordnung. Monopolkommission, Bonn
- Mosebach, K. (2003): Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitssystems; in: Prokla 132
- Mossialos, E./Thomson, S. (2004): Voluntary Health Insurance in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

- Oliver, A./Mossialos, E. (2005): European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? in: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 30, Nos. 1-2
- OSZSP ČR (2008): Information about hospitals and labour regulations in the Czech Republic, unveröffentlichte Unterlagen, erstellt für die vorliegende Studie
- Papouschek, U. (2008): Konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht – Teil eines konfessionellen Konzerns. Österreichische Fallstudie im Rahmen des PIQUE-Projekts, unveröffentlichter Bericht
- Pollock, A.M. (2003): NHS PLC. The Privatisation of Our Health Care. Verso Books, London
- Pond, R. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the UK healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- Puringer, U./Abbuhl, B./Dezsy, J. (2001): Quality policy in the health care systems of the EU accession candidates. Austrian Federal Ministry of Social Security and Generations, Wien
- Rokosová, M./Háva, P. (2005): Health Care Systems in Transition – Czech Republic. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Rümmele, M. (2005): Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit. Symptome. Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen. NP Buchverlag, St. Pölten/Wien/Linz
- Rümmele, M. (2007): Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen; in: *Kurswechsel* 2/2007, S. 36-45
- Salfeld, R./Hegner, S. et al. (2008): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg
- Saltman, R.B./Dubois, H.F.W. (2004): The Historical and Social Base of Health Insurance Systems; in: Saltman, R.B./Busse, R./Figueras, J. (Hg.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press, London
- Schmidt, C./Gabbert, T. et al. (2003): Krankenhausmarkt im Umbruch – Welche Kliniken profitieren von der aktuellen Situation? in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 8(05), S. 294-9
- Schoen, C./Osborn, R. et al. (2005): Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries; in: *Health Affairs*, S. 509-525
- Schulten, T. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- Schulten, T./Brandt, T./Hermann, Ch. (2008): Liberalisation and privatisation of public services and strategic options for trade unions, *Transfer* 2/08
- Sen, K. (Hg.) (2003): *Restructuring Health Services: Changing contexts and comparative perspectives*. Zed Books, London
- Shaoul, J./Stafford, A./Stapleton, P. (2007): The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate the First Twelve NHS Hospitals in England. Unveröffentlichtes Manuskript
- Simon, M. (2008): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Verlag Hans Huber, Bern

- Special Eurobarometer 283 (2007): Health and long-term care in the European Union. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities
- Statistisches Bundesamt (2007a). Grunddaten Krankenhäuser 2006. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2007b). Kostennachweis der Krankenhäuser 2006. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Streissler, A. (2004): Das österreichische Gesundheitswesen. Eine ökonomische Analyse aus interessenspolitischer Sicht; in: Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien: Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft 89, Wien
- Streissler, A. (2005): Gesundheitsdienstleistungen; in: Kammer für Arbeiter und Angestellte. Zur Zukunft Öffentlicher Dienstleistungen. Zwischen Staat und Markt- Aktuelle Herausforderungen der Öffentlichen Dienstleistungserbringung Nr. 6, S. 120-133
- Tholen, J./Hemmer, E. (2004): Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Arbeitsbeziehungen in Polen, Tschechien und der Slowakei mit dem Schwerpunkt der Betriebs/Unternehmens-ebene. Kurzfassung, Bremen
- Trümner, R. (2004). Beteiligungsrechte und Handlungsmöglichkeiten der Personalräte bei Privatisierungen; in: Lorenz, F./Schneider, G.: Wenn öffentliche Dienste privatisiert werden. Herausforderungen für Betriebs- und Personalräte. VSA-Verlag, Hamburg, S. 92-121
- Urban, H.-J. (2003): Perspektiven der Gesundheitspolitik im Neuen Europäischen Sozialmodell; in: Prokla 123, S. 433-454
- ver.di (2008). Tarifinfo für die Helios Akutkliniken, Arbeitgeber lenken ein: Tarifergebnis öffentlicher Dienst wird in „TVöD-Kliniken“ umgesetzt. Flugblatt, Berlin, http://gesundheit-soziales.verdi.de/tarifpolitik/private_konzerne/helios/data/Tarifinfo-Helios-Akut-0708
- Verhoest, K./Sys, J. (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Belgian health-care sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity (PIQUE), www.pique.at
- Vollmer, R. (2003): Studie über die betriebliche Altersversorgung in Unternehmen der Gesundheitsbranche; in: Lemppenau, J.: Mut zur Weichenstellung – Eine neue betriebliche Altersversorgung in der Gesundheitswirtschaft. WIKOM-Verlag, Wegscheid, S. 59-67
- Wendl, M. (2008): Die Krankenhäuser in der „Lohnnebenkostenfalle“ – Über die Transformation öffentlicher Krankenhäuser in kapitalistische Unternehmen; in: Sozialismus 35 (07 08), S. 41-47
- WHO (2000): Weltgesundheitsorganisation. Improving health system performance. The World Health Report 2000. Genf, <http://www.who.int>
- WHO (2004): Gesundheit im Schlaglicht: Österreich 2004. Kopenhagen, http://www.euro.who.int/document/chh/aut_highlights_ger.pdf
- WHO (2006): Gesundheit für alle-Datenbank. Kopenhagen, <http://www.who.dk/hfadb>