



Umstrukturierungen im Krankenhaus und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen

Ulrike Papouschek

FORBA-Forschungsbericht 5/2011

Juni 2011

Jubiläumsfondsprojekt Nr. 13509

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

<i>EINLEITUNG</i>	1
1. <i>STRUKTURWANDEL IM GESUNDHEITSWESEN</i>	3
1.1. <i>Strukturwandel im Gesundheitswesen – europaweit</i>	3
1.2. <i>Der österreichische Gesundheitssektor – ein Überblick</i>	7
1.2.1. <i>Gesundheitsausgaben</i>	7
1.2.2. <i>Finanzierung und Krankenversicherung</i>	9
1.2.3. <i>Gesundheitsreformen in Österreich</i>	10
2. <i>DER KRANKENHAUSSEKTOR IN ÖSTERREICH</i>	13
2.1. <i>Struktur und Eigentümer der Krankenhäuser</i>	13
2.2. <i>Regulierung und Planung im Krankensektor</i>	15
2.3. <i>Finanzierung der Krankenhäuser</i>	16
2.4. <i>Beschäftigungsstruktur im Krankensektor</i>	18
2.5. <i>Restrukturierungsprozesse im Krankensektor</i>	21
2.5.1. <i>Reduktion der Krankenhausbetten/Verkürzung der Aufenthaltsdauer</i>	21
2.5.2. <i>Zentralisierung und Organisationsprivatisierungen</i>	21
2.5.3. <i>Materielle Privatisierungen</i>	22
2.5.4. <i>In-/Outsourcing und Public Private Partnerships (PPP)</i>	23
2.6. <i>Arbeitsbeziehungen: Arbeitsrechtliche Bestimmungen und Kollektivverträge – Unterschiede nach Trägern</i>	24
3. <i>METHODISCHES VORGEHEN</i>	27
3.1. <i>Methoden der Durchführung der Krankenhausfallstudien: Dokumentenanalyse, Problemzentrierte Interviews</i>	27
3.1.1. <i>Auswahl der Krankenhäuser und Sample-Beschreibung</i>	28
3.2. <i>Auswertung der problemzentrierten Interviews und Fallstudien</i>	29

4.	<i>EINE GEMEINNÜTZIGE PRIVATKRANKENANSTALT, EIN ORDENSKRANKENHAUS UND EIN ÖFFENTLICHES KRANKENHAUS – FALLBESCHREIBUNGEN</i>	33
4.1.	<i>„Klein und fein“ – eine gemeinnützige Privatkrankenanstalt</i>	33
4.1.1.	<i>Spezifika einer Privatkrankenanstalt – Finanzierung und Belegarztsystem</i>	33
4.1.2.	<i>Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien des Krankenhauses</i>	36
4.1.3.	<i>Organisatorische Veränderungen</i>	38
4.1.4.	<i>Personalpolitik und Dienstleistungsqualität</i>	39
4.1.5.	<i>Beschäftigung</i>	41
4.1.6.	<i>Arbeitsbedingungen und Belastungen</i>	44
4.1.7.	<i>Zusammenfassung</i>	45
4.2.	<i>Konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht – Teil eines konfessionellen Konzerns</i>	46
4.2.1.	<i>Ordenskrankenanstalten – Spezifika der Finanzierung</i>	47
4.2.2.	<i>Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien der Holding/des Krankenhauses</i>	47
4.2.3.	<i>Organisatorische Veränderungen</i>	51
4.2.4.	<i>Dienstleistungsqualität und Personalentwicklung</i>	52
4.2.5.	<i>Beschäftigung</i>	54
4.2.6.	<i>Arbeitsbedingungen und Belastungen</i>	56
4.2.7.	<i>Zusammenfassung</i>	58
4.3.	<i>Öffentliches Krankenhaus einer gesetzlichen Versicherung</i>	59
4.3.1.	<i>Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien</i>	59
4.3.2.	<i>Organisatorische Veränderungen</i>	60
4.3.3.	<i>Personalentwicklung und Dienstleistungsqualität</i>	60
4.3.4.	<i>Beschäftigung</i>	62
4.3.5.	<i>Arbeitsbedingungen und Belastungen</i>	65
4.3.6.	<i>Zusammenfassung</i>	67
5.	<i>STRATEGIEN DER KRANKENHÄUSER UND WIRKUNGEN AUF BESCHÄFTIGUNG, EINKOMMEN, ARBEITSZEIT UND BELASTUNGEN – EIN ZUSAMMENFASSENDE VERGLEICH</i>	69
5.1.	<i>Einleitung</i>	69
5.2.	<i>Strategien der Krankenhäuser</i>	70
5.2.1.	<i>Strategien der Kostensenkung</i>	71

5.2.2.	<i>Strategien der Einnahmenerhöhung – Erhöhung der Bettenauslastung und Wettbewerb um PrivatpatientInnen</i>	72
5.2.3.	<i>Personalpolitische Maßnahmen – Human Ressource Management</i>	73
5.3.	<i>Wirkungen auf Arbeitsbedingungen: Beschäftigung, Einkommen, Arbeitszeit und Arbeitsbelastungen</i>	75
5.3.1.	<i>Beschäftigung – kein einheitliches Bild</i>	75
5.3.2.	<i>Einkommen – Fragmentierung und Zunahme von Ungleichheiten</i>	76
5.3.3.	<i>Arbeitszeit – Mehrarbeit und Limitierung von Überstunden</i>	78
5.3.4.	<i>Arbeitsbelastungen – Verdichtung und Intensivierung als Kern</i>	79
5.4.	<i>Schlussfolgerungen</i>	83
6.	<i>LITERATUR</i>	85

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1:	<i>Zahl, EigentümerInnenstruktur und Betten österreichischer Krankenhäuser 1990-2009</i>	14
Tabelle 2-2:	<i>Veränderungen der Zahl und Betten österreichischer Krankenhäuser nach EigentümerInnenstruktur, 1990-2009</i>	15
Tabelle 2-3:	<i>Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten 2009</i>	19
Tabelle 2-4:	<i>Nicht-ärztliches Fachpersonal in den Krankenanstalten Österreichs am 31. Dezember 2009 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern</i>	20
Tabelle 2-5:	<i>Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980</i>	20
Tabelle 3-1:	<i>Eckdaten der Fallstudienkrankenhäuser</i>	29

EINLEITUNG

Gesundheitsberufe sind, wie mehrfach durch Untersuchungen belegt, überdurchschnittlich von belastenden Arbeitsbedingungen betroffen: ein hoher Anteil an Schicht-, Turnus- oder Wechseldienst, Abend-, Nacht- oder Wochenendarbeit, ein überdurchschnittlich hohes Ausmaß an Arbeitsbelastungen durch Infektionsgefahren, den Kontakt mit gefährlichen Substanzen, Lärm und extreme Temperaturen, aber auch durch schweres Heben und Tragen (z.B. Betten und Lagern von PatientInnen) und ständiges Stehen bei der Arbeit (Simon et al. 2005; BMWA 2003). Zu diesen Belastungen, mit denen vor allem Pflegekräfte konfrontiert sind, kommen noch ein Mangel an Zeit, um Aufgaben zu verrichten, die ungleiche Verteilung von Aufgaben und der Druck, die Arbeit schnell zu erledigen, hinzu (Simon et al. 2005).

Gleichzeitig ist die Arbeitssituation der Beschäftigten in den Krankenhäusern in den letzten Jahren durch tief greifende Veränderungen im Gesundheitswesen geprägt: die Umstellung des Finanzierungssystems und damit einhergehend steigender Kostendruck, die zunehmende Öffnung des Marktes sowie die Zunahme des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern und daraus folgende Rationalisierungs- und Umstrukturierungsprozesse in den Krankenhäusern (wie Stationszusammenlegungen, Bettenabbau, Personalabbau, Trägerwechsel des Krankenhauses und Veränderung von arbeitsorganisatorischen Abläufen), um nur einige wesentliche Veränderungen zu nennen.

Die Frage nach den Auswirkungen dieser Veränderungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten hat bislang noch relativ wenig Aufmerksamkeit seitens der Forschung auf sich gezogen, vor allem in Österreich. Auf internationaler Ebene hat die International Labour Organization (ILO) bereits in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre eine Studie zu den Auswirkungen von ‚Liberalisierung‘ im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben, eine Nachfolgestudie wurde allerdings nicht durchgeführt. Für Deutschland geht der DAK-BGW Gesundheitsreport (2006) auf diese Fragestellung ein und im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) werden Folgen der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) für den pflegerischen und medizinischen Dienstleistungsprozess und die Versorgungsqualität im Krankenhaus untersucht. (siehe Buhr/Klinke 2006a, Buhr/Klinke 2006b, Braun/Buhr/Müller 2006, Klinke/Kühn 2006, Klinke/Kühn 2008). Das Ziel des von FORBA koordinierten europäischen Forschungsprojektes „Liberalisierung und Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen und Auswirkungen auf Qualität, Beschäftigung und Produktivität (PIQUE)“¹ war es, den Zusammenhang zwischen der Qualität von Arbeit und Beschäftigung, Produktivität und der Qualität der Dienstleistungen zu erforschen. Das Projekt untersuchte neben den Sektoren Elektrizitätsversorgung, Post und öffentlicher Nahverkehr auch Sozial- und Gesundheitsdienste.

¹ Das Projekt wurde in sechs Ländern durchgeführt: neben Österreich in Belgien, Deutschland, Großbritannien, Polen und Schweden.

Das vorliegende Forschungsprojekt setzt an der österreichischen Forschungslücke an und geht empirisch der Frage nach, welche Strategien Krankenhäuser einschlagen, um den reformbedingten neuen Anforderungen zu begegnen, und welche Auswirkungen diese Strategien oder Maßnahmen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Krankenhäusern haben.

Der Forschungsbericht ist in fünf Kapitel gegliedert. Kapitel 1 beschreibt den Strukturwandel im Gesundheitswesen und zwar sowohl für Europa als auch für Österreich. Dabei geht es um Fragen wie die Entwicklung von Gesundheitsausgaben, die Finanzierung des Gesundheitswesens und Gesundheitsreformen in Österreich.

Kapitel 2 beschreibt den Krankenhaussektor in Österreich dar. Es beinhaltet zum einen eine Beschreibung der Struktur und Eigentümer der Krankenhäuser, der Regulierung und Planung im Krankenhaussektor, der Finanzierung der Krankenhäuser und der Beschäftigungsstruktur im Krankenhaussektor. Zum anderen werden zusammenfassend – auf der Basis von Fachliteratur und Studien – Restrukturierungsprozesse im Krankenhaussektor beschrieben, wie etwa die Reduktion der Krankenhausbetten, Privatisierungsprozesse (Organisationsprivatisierungen, materielle Privatisierungen) und In- bzw. Outsourcing. Der letzte Abschnitt von Kapitel 2 ist den Arbeitsbeziehungen im Sektor gewidmet, genauer den arbeitsrechtlichen Bestimmungen und Kollektivverträgen.

Kapitel 3 erläutert das methodische Vorgehen (Methoden der Durchführung der Krankenhausfallstudien und Auswertung der Fallstudien) und enthält darüber hinaus eine Beschreibung des untersuchten Samples.

In Kapitel 4 werden drei der vier Fallstudien entlang unserer Kernfragestellungen – Reaktionen der Krankenhäuser auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf Beschäftigung, Einkommen, Arbeitszeit und Arbeitsbelastungen – dargestellt, da es diese Darstellungsform erlaubt, komplexere betriebliche Zusammenhänge und ihre Wirkungen zu veranschaulichen.

Kapitel 5 widmet sich schließlich dem zusammenfassenden Vergleich der Fallstudien – ebenfalls entlang unserer Kernfragestellungen – und geht dabei auch der Frage nach, ob und wie sich die Reaktionen der Krankenhäuser bzw. deren Auswirkungen nach der Trägerstruktur der Krankenhäuser unterscheiden. Das Kapitel endet mit einigen Schlussfolgerungen.

1. STRUKTURWANDEL IM GESUNDHEITSWESEN

1.1. Strukturwandel im Gesundheitswesen – europaweit

Obwohl das Gesundheitswesen unter die ausschließliche politische Zuständigkeit der einzelnen Mitgliedstaaten fällt, nimmt die Politik der Europäischen Union relativ großen Einfluss auf die nationale Politik im Gesundheitsbereich (Streissler 2005:124). Zunächst sind es die Maastricht-Kriterien der Wirtschafts- und Währungsunion, die Nationalstaaten immer geringeren Spielraum in ihren öffentlichen Ausgaben erlauben, Darunter auch Gesundheitsausgaben. Im Rahmen der Strategie von Lissabon und der Europäischen Sozialagenda werden zudem unter dem Stichwort „Modernisierung des Sozialschutzes“ Mitgliedsländer dazu aufgefordert, ihre Gesundheitssysteme zu konsolidieren (Urban 2003). Zudem werden die Grundfreiheiten des Binnenmarktes (freier Personenverkehr, freier Güterverkehr, freier Dienstleistungsverkehr und freier Kapitalverkehr) beim Europäischen Gerichtshof zunehmend auch im Bereich der Gesundheit eingeklagt (Lamping 2007). Die EuGH-Rechtsprechung der letzten Jahre zum Gesundheitswesen hat bereits zu einigen Veränderungen am Arbeitsmarkt, am Pharmamarkt, im Bereich der Krankenversicherungen und Krankenhausinvestitionen geführt (Streissler 2005:124, Hofbauer 2007).

Seit den 1990er Jahren sind Krankenhäuser als Folge von Gesundheitsreformen europaweit 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. Als wichtigste Triebkraft für Veränderungen ist jedoch das Ziel der Kosteneindämmung zu nennen.

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).² „Mit der Weltwirtschaftskrise der 1970er Jahre“, so Hermann (2007:7), „überstiegen die Kosten, hervorgerufen durch die zunehmend teureren und immer schneller veraltenden Geräte und das 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 sowohl die steuerfinanzierten Systeme als

² Genauere Ausführungen zu den Hintergründen der Finanzierungskrise finden sich u.a. bei Hermann (2007), Brandt et al. (2008), Böhlke/Schulten (2008).

auch die Länder mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen. In Ländern mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen finanzieren in der Regel die Länder und Gemeinden die Spitalsinfrastruktur, während die laufenden Kosten von den Krankenkassen beglichen werden. Damit kommen vor allem die Länder/Kommunen/Regionen unter Druck, die Krankenhausaussgaben zu senken. Aber auch die Krankenkassen selbst haben mit großen Problemen zu kämpfen, da die Einnahmen aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit, der Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse (Teilzeitbeschäftigte, Neue Selbstständige 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/Marterbauer/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. Der Gesundheitssektor gilt als vergleichsweise sicheres Terrain für Investitionen, da er von Konjunkturzyklen unabhängig ist. PatientInnen brauchen medizinische Versorgung ungeachtet von Konjunkturprognosen (Mosebach 2003, Hermann 2007).

Die in den öffentlichen Debatten eingebrachten Argumente für ein größeres Engagement privater Anbieter in der Gesundheitsversorgung gleichen sich in ihren Grundzügen in allen Ländern. Nach Maarse (2006) ist ein Standardargument, dass private Krankenhäuser effizienter sind und eine bessere Qualität der Versorgung bieten (Maarse 2006:1003). Ein zweites – häufig eingebrachtes – Argument ist die vermeintlich positive Wirkung von Wettbewerb auf die Gesundheitsversorgung. Angenommen wird, dass Wettbewerb die Versicherungsanbieter dazu zwingt, ihre Versicherungsleistungen zu erhöhen und gleichzeitig die Beiträge zu senken.

Buchan/O'May (2002:226) verweisen allerdings darauf, dass Arbeitsorganisation und Management in öffentlichen Krankenhäusern zwar nicht perfekt sind, der wirkliche Kostenvorteil der privaten Krankenhausbetreiber aber 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 liegt. Personalkosten machen in Krankenhäusern in der Regel immerhin zwischen zwei Drittel und drei Viertel der laufenden Kosten aus (siehe auch Papouschek/Böhlke 2008).

Liberalisierung, Privatisierung, Ökonomisierung

Eine gängige Unterscheidung bei der Beschreibung des Strukturwandels im Gesundheitswesen ist jene zwischen Liberalisierung und Privatisierung. 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 verstanden. Privatisierungsprozesse im Gesundheitssektor finden sich in vielen europäischen Ländern. Insgesamt kann aller-

dings (noch) nicht von einem allgemeinen Trend gesprochen werden.³ Der Trend zur Ökonomisierung kann indes europaweit beobachtet werden. Unter Ökonomisierung wird die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen und die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien verstanden, wobei Effizienz mit Profitabilität gleichgesetzt wird (siehe u.a. Schulten 2008).

Generell zeichnen sich die Veränderungen im Gesundheitssektor – im Vergleich mit den Veränderungsprozessen von anderen öffentlichen Dienstleistungen – durch eine Vielfalt von Formen und Maßnahmen aus. Als eine zweite Charakteristik des Gesundheitssektors ist zusätzlich der duale Charakter der Transformation sowohl in der Finanzierung als auch in der Erbringung der Gesundheitsversorgung zu nennen.

Im Bereich der Krankenhausfinanzierung ist hier beispielsweise auf die Einführung des Diagnosis Related Groups (DRG)-Systems zu verweisen. Erfolgte die Finanzierung der Behandlungen früher auf Basis der im Krankenhaus verbrachten Tage in Form von undifferenzierten Tagespauschalen, sieht das DRG-System für jede Behandlung einen bestimmten Betrag vor, der unabhängig von der tatsächlichen Behandlungsdauer ist.

Als eine zweite Veränderung in der Finanzierung des Gesundheitssektors ist der relative Rückgang in den öffentlichen Gesundheitsausgaben im Vergleich zu den privaten Gesundheitsausgaben anzuführen. Einerseits hat die Bedeutung der privaten Versicherungen in der Finanzierung der Gesundheitsausgaben zugenommen, andererseits wurden private Zuzahlungen eingeführt oder erhöht. Letzteres kann in allen europäischen Gesundheitssystemen beobachtet werden und inkludiert direkte Zahlungen (Zahlungen für Güter und Dienstleistungen, die nicht von der Versicherung getragen werden), Zuzahlungen im eigentlichen Sinn (die Versicherten sind gezwungen, einen Teil der Kosten selbst zu tragen; dies wird auch als Benützergebühr bezeichnet) und informelle Zahlungen für bevorzugte Behandlung. Dabei gibt es allerdings große Unterschiede in den Mitgliedsländern. Österreich gehört zu den Ländern mit einem besonders hohen Anteil an Zuzahlungen. Über 20% der Gesundheitsausgaben werden hierzulande aus privaten Mitteln beglichen (vgl. Statistik Austria 2009, Rümmele 2007:36).

Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung haben nun, 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. Thorsten Schulten (2006:14) fasst diesbezüglich die deutsche Situation folgendermaßen zusammen: „Die Veränderungen im Krankenhausfinanzierungssystem waren dazu gedacht, die Krankenhäuser einem beachtlichen 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 of-

³ Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang 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

fensichtlichste Resultate die Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser und Krankenhausbetten war, die Verkürzung des durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltes und die Privatisierung von öffentlichen Krankenhäusern.“

Gleichzeitig waren die Konsequenzen für die Erbringung der Gesundheitsversorgung europaweit nicht einheitlich: So führte das Ziel der Kostenkontrolle in einer Reihe von Ländern zu einer Welle von Dezentralisierungen. Die Krankenhäuser wurden unabhängiger, gleichzeitig übernahmen sie aber auch mehr Verantwortung, die zusehends begrenzten Mittel zu verwalten. Dezentralisierung war beispielsweise Inhalt mehrerer aufeinander folgender Gesundheitsreformen in Großbritannien und Schweden. In anderen Ländern – wie Belgien und Österreich – wiederum hatte der Druck zur Rationalisierung genau den gegenteiligen Effekt. Hier wurden kleinere Spitäler in größere Krankenhäuser integriert oder in Krankenhausketten zusammengefasst (siehe dazu Verhoest/Sys 2006).⁴

Die radikalste Form der Privatisierung in der Erbringung der Gesundheitsversorgung ist der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern. Eine Reihe von Ländern, wie beispielsweise Schweden, experimentierte mit Spitalsprivatisierungen.⁵ In Belgien wiederum finden sich wie in Österreich kaum Spitalsprivatisierungen. Deutschland hingegen ist jenes Land in Europa, in dem der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern systematisch und im groß angelegten Stil erfolgte (vgl. Maarse 2006:96). So stieg der Anteil der privaten Krankenhäuser in Deutschland zwischen 1991 und 2006 von 14,8 auf 27,8% (Statistisches Bundesamt 2007a). Umgekehrt ging der Anteil der öffentlichen Spitäler von 46% auf 34% zurück⁶ (Papouschek/Böhlke 2008).

Ein weiterer Trend, der in ganz Europa beobachtet werden kann, ist schließlich die Schaffung von internen Märkten im Krankenhaussektor (vgl. Oliver/Mossalios 2005:16) und als Folge das Auftreten von Outsourcing und Public Private Partnerships (vgl. Pollock 2004:44). Den Anfang machten Ausgründungen von so genannten „sekundären Dienstleistungen“ wie Reinigung, Wäscherei oder Küche. Mit den Jahren wurden aber immer anspruchsvollere Dienstleistungen nach außen vergeben. Dazu zählten IT, Buchhaltung und teilweise die Krankenhausplanung. Mittlerweile werden auch zusehends medizinische, so genannte „primäre Dienstleistungen“ wie Labor- und Diagnoseleistungen ausgelagert.⁷

⁴ Während in Österreich die Länder gemeindeeigene Spitäler übernahmen, führte die Konzentration in Belgien unter anderem zu Fusionen zwischen öffentlichen und privaten nicht-profitorientierten Krankenhäusern (vgl. Maarse 2006:995).

⁵ In Schweden wurde zum Beispiel 1999 das Stockholmer Sankt Görans Krankenhaus privatisiert, nachdem es 1994 in ein unabhängiges privatrechtliches Unternehmen umgewandelt worden war. Sankt Görans ist eines der ältesten Krankenhäuser in Stockholm mit rund 1.500 Beschäftigten.

⁶ Der Anteil der Krankenhäuser unter freigemeinnütziger Trägerschaft blieb annähernd gleich.

⁷ Auch Ausgründungen werden vor allem mit Kostenersparnis begründet.

1.2. *Der österreichische Gesundheitssektor – ein Überblick*

Gut entwickelte PatientInnenrechte, leichter Zugang zu Gesundheitsinformationen, kurze Wartezeiten und guter Zugang zu Medikamenten – das sind die wesentlichen Punkte, die Österreichs Gesundheitssystem laut Euro Health Consumer Index (EHCI) zu einem der besten Europas machen. Die jährliche Untersuchung des EU-Gesundheitswesens reihte Österreich 2009 auf den 4. Platz von 33 Ländern (EHCI 2009).⁸ Auch in einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird dem österreichischen Gesundheitswesen ein sehr gutes Zeugnis ausgestellt. Der „World Health Report 2000“ untersuchte die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 Ländern, Österreich wurde auf den 9. Rang gereiht. Das Ranking wurde allerdings seither nicht wiederholt.

Diese Ergebnisse korrespondieren auch mit der subjektiven Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung: Mehr als 82% sind laut „Spezial Eurobarometer Gesundheit“, (2007) mit der Gesundheitsversorgung zufrieden. Damit liegt Österreich in Europa an der Spitze. Auch die Qualität der Krankenhäuser wird von den ÖsterreicherInnen als hoch eingeschätzt: 92% halten die Qualität der österreichischen Krankenhäuser für „sehr gut“ oder „recht gut“.⁹ Den Zugang zu Krankenhausbehandlungen beurteilen 92% der Bevölkerung als einfach.¹⁰ Was die Leistbarkeit von Krankenhausbehandlungen betrifft, zeigt der Eurobarometer Gesundheit (2007), dass in Österreich rund 11% der Bevölkerung Krankenhausbehandlungen für „kaum leistbar“ oder „nicht leistbar“ halten. In Deutschland sind es beispielsweise 24%.¹¹

1.2.1. *Gesundheitsausgaben*

Im Jahre 2009 betragen die Gesundheitsausgaben in Österreich gemäß Berechnungen nach dem internationalen OECD-Standard („System of Health Accounts“) rund 30,3 Mrd. Euro. Davon entfielen 28,6 Mrd. Euro auf die laufenden Gesundheitsausgaben;

⁸ Der EHCI hat sich als eine Messnorm für das europäische Gesundheitswesen etabliert. Er reiht 33 nationale europäische Gesundheitssysteme anhand von 38 Indikatoren, die sechs für Patienten entscheidende Bereiche abdecken: Patientenrechte und Information, e-Health, Wartezeiten auf Behandlungen, Behandlungsergebnisse, Angebot und Reichweite der angebotenen Dienstleistungen und Zugang zu Medikamenten. Der Index wird aus einer Kombination öffentlicher Statistiken, Patientenbefragungen und unabhängiger Studien zusammengestellt.

⁹ Österreich hat damit den zweithöchsten Anteil hinter Belgien. Zum Vergleich mit einigen europäischen Nachbarländern: In der Tschechischen Republik halten 80% der Bevölkerung die Qualität der Krankenhäuser für „sehr gut“ oder „recht gut“. In Deutschland sind es 79%, in Polen 42%. Polen bildet gemeinsam mit Rumänien das Schlusslicht in Europa.

¹⁰ Wiederum im Vergleich mit Nachbarländern: 87% der deutschen, 86% der tschechischen und 69% der polnischen Bevölkerung schätzen den Zugang zu Krankenhausbehandlungen als einfach ein. Polen weist zwar innerhalb der vier Länder wiederum den geringsten Prozentsatz auf, liegt im Vergleich aller 27 EU-Mitgliedsländer allerdings im unteren Mittelfeld. Noch schwieriger wird der Zugang zu Krankenhausbehandlungen beispielsweise von den UngarInnen eingeschätzt: Nur 54% der UngarInnen halten den Zugang zu Krankenhausbehandlungen für einfach.

¹¹ 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%.

1,73 Mrd. Euro wurden für Investitionen im Gesundheitsbereich ausgegeben. Durchschnittlich sind die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2009 jährlich um 5,3% gestiegen. Betrachtet man die anteilmäßige Entwicklung am BIP, so stiegen die Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2009 von 8,3% auf 11% des BIP (Statistik Austria 2011).¹²

Die gesamten laufenden Gesundheitsausgaben im öffentlichen Bereich¹³ für das Jahr 2009 betrugen 22,6 Mrd. Euro. Werden die öffentlichen Investitionen inkludiert, erhöht sich der Wert auf 23,5 Mrd. Euro, dies entspricht einem Anteil von 77,7% an den gesamten Gesundheitsausgaben. Die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben für das Jahr 2009 teilen sich u.a. in folgende einzelne Ausgabenkategorien auf: Rund 46,8% der laufenden öffentlichen Ausgaben werden für stationäre Gesundheitsversorgung und 24,5% für ambulante Gesundheitsversorgung aufgewendet.¹⁴

Im ambulanten Bereich herrscht eine Mischung aus privater und öffentlicher Leistungserbringung. Eine relativ große Bedeutung haben hier die Spitalsambulanzen. Ein Teil der ambulanten Versorgung, insbesondere die haus- und fachärztliche Versorgung (niedergelassener Bereich) wird öffentlich finanziert, aber privat erbracht. Die Zahlen zeigen: Das österreichische Gesundheitssystem ist durch eine Krankenhauslastigkeit charakterisiert. Dies zeigt sich sowohl an dem großen Anteil der Gesundheitsausgaben für die Spitäler als auch an der wichtigen Rolle der Spitalsambulanzen in der ambulanten Versorgung.

Der Anteil der laufenden privaten Gesundheitsausgaben in Österreich (22,3% der gesamten Gesundheitsausgaben) für 2009 beinhaltet Ausgaben der privaten Haushalte und Versicherungsunternehmen, der Privaten Organisationen ohne Erwerbszweck sowie Ausgaben für betriebsärztliche Leistungen. Diese setzen sich wiederum aus Ausgaben für stationäre Gesundheitsversorgung, ambulante Gesundheitsversorgung, pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter sowie für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung (private Krankenversicherungen) zusammen. Im Jahre 2009 wendeten die privaten Haushalte und Versicherungsunternehmen für die stationäre Gesundheitsversorgung rund 29% ihrer laufenden Gesundheitsausgaben auf. Der höchste Anteil der privaten Haushalte und Versicherungsunternehmen entfiel mit 32,7%

¹² Von 2008 auf 2009 sind die Gesundheitsausgaben von 29,3 Mrd. Euro um 1 Mrd. Euro auf 30,3 Mrd. Euro gestiegen – das entspricht einer Steigerung von 3,3%. Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist zwischen 2008 und 2009 um 3% gesunken. Durch den Einbruch des BIP aufgrund der weltweiten Wirtschafts- und Finanzkrise, bei gleichbleibender Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben, erhöht sich der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 10,4% für 2008 auf 11% für 2009. (siehe Statistik Austria 2011)

¹³ Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit in Österreich beinhalten Ausgaben des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherungsträger.

¹⁴ Weitere Kategorien: Auf die häusliche Langzeitpflege entfielen 8,7% der laufenden Gesundheitsausgaben des Staates inkl. Sozialversicherungsträger, 13,9% auf pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter. Für Krankentransport und Rettungsdienste wurden 1,3% der laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben verwendet, für Prävention 1,9% und für die Verwaltung der Gesundheitsversorgung 2,9%.

auf die Ausgabenposition pharmazeutische Erzeugnisse und medizinische Ge- und Verbrauchsgüter.

1.2.2. Finanzierung und Krankenversicherung

Die Finanzierung des Gesundheitssystems wird in Österreich aus mehreren Quellen gespeist, woraus sich eine Vielzahl von Finanzierungsflüssen und -formen ergibt, deren wichtigster Bestandteil die Beiträge der selbst verwalteten Sozialversicherungen sind.

Österreich gehört zu den Gesundheitssystemen mit einer gesetzlichen Versicherung. Die gesetzliche Krankenversicherung in Österreich basiert auf der Pflichtversicherung; es besteht keine Wahlmöglichkeit zwischen den Krankenkassen. Während beispielsweise in Deutschland und den Niederlanden Wettbewerb zwischen verschiedenen Versicherungsträgern als eine Möglichkeit diskutiert wird, um die Gesundheitskosten zu senken, ist die österreichische Gesundheitspolitik von dem Grundkonsens geleitet, den Gesundheitssektor im Wesentlichen über Pläne und Leistungsmengen, also angebotsorientiert zu regulieren und effizienter zu gestalten (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:235).

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in einem Bundesgesetz einheitlich geregelt. Es existieren insgesamt 20 Krankenkassen: neun Gebietskrankenkassen, fünf Krankenkassen für bestimmte Berufsgruppen und sechs Betriebskrankenkassen. Der Versicherte kann seine Kasse nicht beliebig wählen. Die Zuweisung erfolgt nach dem Wohnort, der Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe oder einem Betrieb. Der Versorgungsauftrag liegt in den Händen der Bundesländer. Sie unterhalten eigene Landesfonds. Diese sind eigene Rechtspersönlichkeiten und zuständig für die Abrechnung der einzelnen Versorgungsleistungen.

In Österreich besteht Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen, also auch für Selbstständige, deren monatliches Einkommen die Geringfügigkeitsgrenze von 374 Euro (Geringfügigkeitsgrenze 2011) übersteigt. Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht nur auf Versicherte selbst, sondern auch auf deren Familienangehörige wie Kinder, EhepartnerInnen und LebensgefährtenInnen, wenn sie sich der Kindererziehung widmen und nicht selbst versichert sind. Ebenso pflichtversichert sind RentnerInnen und BezieherInnen von Transferleistungen beispielsweise aus der Arbeitslosenversicherung sowie Auszubildende. Nicht-Erwerbstätige haben die Möglichkeit zur Selbstversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die monatliche Höchstbeitragsgrundlage in der Krankenversicherung lag im Jahr 2009 für unselbstständig Beschäftigte bei 4.200 Euro und für selbstständig Erwerbstätige bei 4.900 Euro monatlich (vgl. Hauptverband 2011:159). Im Jahr 2010 waren rund 8,3 Millionen Österreicher, das entspricht 99,3 Prozent der Gesamtbevölkerung, durch die soziale Krankenversicherung abgesichert (siehe genauer: Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2011). Rund ein Achtel der Bevölkerung war zudem privat Zusatzversichert. Je nach gewähltem Produkt steht den Versicherten für diese Beiträge eine bessere Unterbringung im Krankenhaus zu, die Übernahme der Kosten für die Behandlung durch ÄrztInnen ihrer Wahl, die Zahlung von Taggeldern im Krankheitsfall oder die Übernahme von Kosten für komplementärmedizinische Behandlungen.

Krankenversicherte haben in Österreich prinzipiell freie Wahl zwischen Leistungserbringern, die neben den Krankenanstalten aus Ambulatorien, Spitalsambulanzen und aus Einzelpraxen bestehen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:XV).

1.2.3. Gesundheitsreformen in Österreich

In den letzten 25 Jahren gab es eine Reihe von Reformaktivitäten im österreichischen Gesundheitssystem. Trotz zahlreicher Änderungen und Novellierungen von Gesetzen wurde jedoch sowohl an der Organisations- als auch an der Finanzierungsstruktur festgehalten, wie sie durch die Bundesverfassung 1925 determiniert ist und wie sie sich aus den sozial- und leistungsrechtlichen Bestimmungen gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz ergibt (vgl. Hofmarcher/Rack 2006).

Die Zielsetzungen der Gesundheitsreformen in den 1990er Jahren und dabei insbesondere das Ziel, die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens nachhaltig sicherzustellen, folgen dem gesamtwirtschaftlichen Ziel der Budgetkonsolidierung. Seit Mitte der 1990er Jahre wurde verstärkt und explizit das Ziel formuliert, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherzustellen. Ziele der österreichischen Gesundheitsreformen der letzten 25 Jahre waren daher vor allem die Eindämmung der Gesundheitsausgaben durch Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven insbesondere im stationären Bereich, die Erhöhung der Einnahmen durch Zuzahlungen – wie beispielsweise die Erhöhung der Rezeptgebühren oder die Erhöhung der Zuzahlungen zu anderen Behelfen (etwa Sehbehelfen) – sowie Verbesserungen in der Kapazitätsplanung, eine engere Kooperation der Akteure und die Koordinierung der Finanzierungsströme (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:XVIII, Hofbauer 2007). Gleichzeitig wurde das Leistungsangebot erweitert: Das Bundespflegegeld wurde eingeführt, die psychotherapeutische Versorgung ausgebaut und neue Strukturen der wohnortnahen Langzeitbetreuung wurden geschaffen (ebenda:XVIII).

1.2.3.1. Inhalte der Gesundheitsreformen seit 1997

Die wichtigste Konsolidierungsmaßnahme der Gesetzgebung im Zeitraum von 1997 bis 2000 war die Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Damit einhergehend wurden die Mittel der Krankenversicherungen zur Krankenanstaltenfinanzierung budgetiert: Die Zahlungen der Sozialversicherungsträger für die Krankenanstalten sind seither an die Steigerungen der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt („Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“). Dadurch wurde auch dem Ziel der Beitragssatzstabilität im Rahmen allgemeiner Konsolidierungsbemühungen zur Erreichung der Budgetziele für die Teilnahme an der Währungsunion Rechnung getragen. Dies ging Hand in Hand mit der Budgetierung der Mindestbeiträge der Gebietskörperschaften zur Spitalsfinanzierung. Weiters wurde 1997 die Krankenscheingebühr eingeführt und eine Reihe von Maßnahmen am Arzneimittelmarkt gesetzt. So wurde beispielsweise die Rezeptgebühr außerordentlich erhöht.

Im Hinblick auf Strukturveränderungen enthält die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die

Jahre 1997 bis 2000 die Ablösung des Krankenanstalten-Finanzierungs-Fonds (KRAZAF), die Errichtung eines Strukturfonds sowie von neun Landesfonds und die Errichtung einer Strukturkommission des Bundes sowie von neun Landeskommissionen der Länder. Hauptinhalt der Vereinbarung war die verbindliche Festlegung des Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes¹⁵ als gemeinsames strukturpolitisches Steuerungsinstrument für den Krankenanstaltenbereich. Weiters wurde die Erstellung eines österreichweiten Gesundheitsplanes vereinbart, der – zusätzlich zum Krankenanstalten- und Großgeräteplan – einen Spitalsambulanzplan, einen Niederlassungsplan für KassenvertragsärztInnen, einen Pflegebereichsplan und einen Rehabilitationsplan umfasst. Mit den neuen institutionellen Strukturen ging die Hoffnung einher, die Leistungserbringung im stationären Sektor mit jener im ambulanten Bereich verstärkt zu integrieren.

In den Jahren 2000 und 2003 wurde der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) aktualisiert und schrittweise erweitert. 2005 erfolgte die bislang letzte Gesundheitsreform. Auch die Gesundheitsreform von 2005 zielte auf Konsolidierung und Strukturreform in der Krankenanstaltenversorgung ab, obgleich einige neue Akzente gesetzt wurden.

Die Gesundheitsreform 2005 enthält zum einen die Stärkung des Bundes als zentraler Koordinator für strukturpolitische Maßnahmen. Zu den Aufgaben des Bundes gehört nunmehr die Entwicklung und Festlegung der Standards für die stationäre Versorgung – im Einvernehmen mit den Ländern –, sowie das Erlassen von Sanktionen, wenn Akteure Vereinbarungen nicht einhalten (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:210, Hofbauer 2007). Dabei stehen die Planung der stationären und der spitzenmedizinischen Versorgung und die daraus abgeleiteten Vorgaben für die Krankenanstalten im Zentrum.

Auf Landesebene ist als wichtigste regulatorische Veränderung der Gesundheitsreform von 2005 die Einrichtung von Gesundheitsplattformen als Organ des jeweiligen Landesgesundheitsfonds¹⁶ zu nennen. Die primäre Aufgabe der Gesundheitsplattformen ist die Mitwirkung an der Umsetzung und an der Kontrolle der Einhaltung von Planungs- und Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens. Des Weiteren sollen durch eine Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich die Zahlungsströme transparent gemacht werden. In den Gesundheitsplattformen sind das Land (bzw. die Länder), die Sozialversicherung, der Bund sowie VertreterInnen der Ärztekammern, Städte und Gemeinden und PatientenvertreterInnen, aber auch Träger jener Krankenanstalten vertreten, die vom jeweiligen Landesgesundheitsfonds finanziert werden. Die Struktur der Gesundheitsplattformen soll die Kooperation zwischen Sozialversicherung und den Ländern in der Versorgung verbessern.

¹⁵ Im Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) sind die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich festgelegt. Ebenso ist eine Bettenhöchstzahl nach Fachrichtung pro Bundesland festgelegt.

¹⁶ Die Landesgesundheitsfonds ersetzen die bereits seit 1997 bestehenden Landesfonds.

2005 wurde schließlich auch die Bundesgesundheitsagentur als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Ihre wichtigsten Aufgaben sind die Erarbeitung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen; die Erstellung von Vorgaben für die transparente Darstellung der Mittelverwendung und der Rechnungsabschlüsse der Krankenanstalten bzw. Krankenanstaltenverbände sowie von Vorgaben für die transparente Darstellung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Sozialversicherung für den extramuralen Bereich; die Leistungsangebotsplanung als Rahmen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, die Entwicklung und Weiterentwicklung von leistungsorientierten Vergütungssystemen sowie die Erarbeitung von Richtlinien für eine bundesweite, alle Sektoren des Gesundheitswesens umfassende Dokumentation (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:234).

Darüber hinaus sieht die Gesundheitsreform 2005 auch Veränderungen im Bereich der Qualitätspolitik vor. Mit dem Qualitätsgesetz hat der Bund eine rechtliche Klammer geschaffen, die es ermöglicht, die Vielzahl der in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiterzuentwickeln und damit eine gezielte Qualitätsstrategie zu verfolgen. Die Grundprinzipien dieses Gesetzes sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität sowie Patientensicherheit. Mit dem Gesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben zu entwickeln und umzusetzen, die alle Bereiche des Gesundheitswesens umfassen. Das Gesetz betrifft alle Sektoren, das sind z. B. öffentliche und private Spitäler und Ambulatorien, ÄrztInnen sowie alle anderen Gesundheitsberufe, wie z. B. medizinisch-technische Dienste, Hebammen und Pflegepersonal, kurz, alle GesundheitsdienstleisterInnen. Die bundesweiten Vorgaben werden gemeinsam mit allen Betroffenen im Gesundheitswesen entwickelt. Dem Bund kommt dabei insbesondere eine Koordinierungs- und Abstimmungsfunktion zu. Die inhaltlichen Kernpunkte des genannten Gesetzes beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen.

2. DER KRANKENHAUSSEKTOR IN ÖSTERREICH

2.1. Struktur und Eigentümer der Krankenhäuser

Die Versorgung in den österreichischen Krankenhäusern wird überwiegend öffentlich organisiert bzw. mit Hilfe von privat-gemeinnützigen Eigentümern erbracht, die in manchen Fällen auch über Öffentlichkeitsrechte verfügen. Eine Krankenanstalt mit Öffentlichkeitsrecht unterliegt einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot, wohingegen private, gewinnorientierte Eigentümer/innen prinzipiell Aufnahmen ablehnen können. Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet jedoch auch gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb.

Nach der EigentümerInnenstruktur lassen sich drei Typen von Spitälern unterscheiden:

- 1) öffentliche Krankenhäuser (EigentümerInnen: Gemeinde, Land oder Sozialversicherungen),
- 2) private, gemeinnützige, d.h. nicht auf Gewinn ausgerichtete Krankenhäuser (EigentümerInnen: überwiegend Orden, gemeinnützige Vereine) und
- 3) private, gewinnorientierte Krankenhäuser (EigentümerInnen: Privatpersonen, AGs, GmbHs, etc.). Generell ist die österreichische Spitalslandschaft durch eine Vielzahl kleiner Krankenhäuser charakterisiert.

Die stationäre medizinische Versorgung wurde 2009 von insgesamt 266 Krankenhäusern gewährleistet, die gemeinsam insgesamt 65.143 Betten zur Verfügung stellten. Das entspricht einer Bettenzahl von 764 pro 100.000 Einwohner.

Seit Anfang der 1980er Jahre ist allerdings auch in Österreich – wie in anderen OECD-Ländern – generell ein Bettenabbau zu beobachten. Seit 1990 wurde das Kontingent/die Anzahl der Spitalsbetten um 13% reduziert. Diese Entwicklung war vor allem deshalb möglich, weil zum einen Versorgungsstrukturen außerhalb der Krankenhäuser auf- und ausgebaut wurden, und zum anderen die durchschnittliche Dauer von Krankenhausaufenthalten kontinuierlich abnimmt. Die durchschnittliche Belegdauer der Betten – also die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus – ist seit 1989 in Akut-Krankenanstalten von 11,0 Tagen auf 6,7 Tage im Jahr 2009 gesunken. Genau gegenläufig zeigt jedoch die Zahl der stationär behandelten Fälle eine steigende Tendenz. Die Zahl der Null-Tagesaufenthalte hat in diesem Zeitraum um das Sechsfache zugenommen und lag 2009 bei 459.955 Fällen.

Etwa 90 Prozent der Betten befanden sich in Allgemeinen Krankenanstalten sowie in Sonderkrankenanstalten und Genesungsheimen (64,8% bzw. 24,5%), 7,3% in Sanatorien und 3,4% in Pflegeanstalten für chronisch Kranke.

Rund 42,9% aller österreichischen Krankenhäuser befinden sich in öffentlichem Eigentum. Sie verfügen jedoch über rund 62,4% der österreichischen Spitalsbetten. Die Sozialversicherungen betreiben 41 Krankenhäuser, was einem Anteil von 15,4% an allen

Krankenhäusern entspricht (9,4% der Spitalsbetten). Darüber hinaus fallen in Österreich 50 Spitäler (18,8%) in den Typus private, gemeinnützige, nicht-gewinnorientierte Krankenanstalten mit einem Bettenanteil von 18,3%. 61 Krankenhäuser (22,9%) sind im Eigentum von Privatpersonen oder Privatgesellschaften und arbeiten gewinnorientiert. Ihr Anteil an allen Spitalsbetten betrug 2009 10% (siehe Tabelle 2.1).

Tabelle 2-1: Zahl, EigentümerInnenstruktur und Betten österreichischer Krankenhäuser 1990-2009

	1990		2003		2009	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
Krankenhäuser						
Öffentlich	163	50,9	133	48,9	114	42,9
Sozialversicherungen	43	13,4	40	14,7	41	15,4
Nicht-profitorientiert	64	20,0	52	19,1	50	18,8
Privat	50	15,6	47	17,2	61	22,9
Insgesamt	320	100,0	272	100,0	266	100,0
Betten						
Öffentlich	50.153	68,3	45.814	67,7	39.850	62,4
Sozialversicherungen	6.138	8,4	5.744	8,5	5.928	9,3
Nicht-profitorientiert	13.780	18,8	11.863	17,5	11.710	18,3
Privat	3.308	4,5	4.287	6,3	6.367	10,0
Insgesamt	73.379	100,0	67.708	100,0	63.855	100,0

Quelle: Statistik Austria 2010, eigene Berechnungen (Rundungsfehler)

Tabelle 2-2 zeigt die Veränderungen der Zahl der Krankenanstalten und der Bettenanzahl von 1990 bis 2009. Besonders ausgeprägt war die Reduktion der Spitalsstandorte bei den öffentlichen Krankenanstalten (-30%), gefolgt von den gemeinnützigen Krankenanstalten (-21,9%). Erhöht (22%) hat sich hingegen die Anzahl der profitorientierten Privatkrankenanstalten.

Der Bettenrückgang in den österreichischen Krankenhäusern betrug zwischen 1990 und 2009 insgesamt 13%. Besonders hoch war er wiederum bei den öffentlichen Krankenanstalten (-20,5% oder 10.303 Betten). Bei den gemeinnützigen Krankenanstalten lag er bei minus 15% (oder 2.070 Betten). In den Krankenanstalten der Sozialversicherungsträger ist die Bettenzahl hingegen relativ unverändert geblieben (-3,4%). Im Gegensatz zu allen anderen TrägerInnen hat die Bettenanzahl in profitorientierten Privatkrankenanstalten seit 1990 zugenommen (um 92,5% oder 3.059 Betten). Insgesamt zeigt sich an den Daten eine Bedeutungszunahme privater profitorientierter Krankenanstalten (wenn auch von einem niedrigen Ausgangsniveau ausgehend).

Tabelle 2-2: Veränderungen der Zahl und Betten österreichischer Krankenhäuser nach EigentümerInnenstruktur, 1990-2009

Veränderungen zwischen 1990 und 2009	Krankenhäuser Absolut	Krankenhäuser Prozent	Betten Absolut	Betten Prozent
Eigentümer				
Öffentlich	- 49	- 30,0	- 10.303	- 20,5
Sozialversicherungen	- 2	- 4,7	- 210	- 3,4
Nicht-profitorientiert	- 14	- 21,9	- 2.070	- 15,0
Privat	+ 11	+ 22,0	+ 3.059	+ 92,5
Total	- 54	- 16,9	- 9.524	- 13,0

Quelle: Statistik Austria 2010, eigene Berechnungen

2.2. *Regulierung und Planung im Krankenhaussektor*

Fast alle Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens – mit Ausnahme des Spitalswesens – fallen primär in die Kompetenz des Bundes (Art 12 B-VG). Im Spitalswesen ist der Bund nur für die Grundsatzgesetzgebung zuständig, Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung einschließlich der Sicherstellung der Spitalsversorgung sind hingegen Ländersache. Die Länder und Gemeinden sind für die Bereitstellung von Krankenanstalten und für die Erhaltung der Infrastruktur zuständig. Sie sind dabei an die Rahmengesetzgebung des Bundes und damit an bundeseinheitliche Planungen und Vorgaben gebunden (Hofmarcher/Rack 2006:59, Hofbauer 2007). Die Planungs- und Regulierungskompetenz der Sozialversicherungen im Krankenanstaltenbereich ist hingegen relativ gering (ebenda:230). Während öffentliche Krankenhäuser einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot unterliegen, können private, gewinnorientierte Krankenhäuser Aufnahmen ablehnen (Hofbauer 2007).

Für die durch öffentliche Mittel finanzierten Krankenhäuser stellte der Österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) seit 1997 ein wichtiges Instrument der Gesundheitsstrukturpolitik dar. Der österreichische Krankenanstalten- und Großgeräteplan legte die Standorte der Krankenanstalten, die Fächerstruktur und die Gesamtbettenanzahl pro Krankenhaus verbindlich fest. 2006 wurde der ÖKAP/GGP durch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) abgelöst, der eine neue Planungsmethode beinhaltet. Die Leistungsangebotsplanung legt auf Basis von Modell und Prognoserechnungen das Mindestangebot bzw. die erforderliche Mindestmenge an medizinischen Leistungen fest. Der ÖSG umfasst allerdings nicht nur den Spitalsbereich sondern die gesamte Gesundheitsversorgungsstruktur (Hofmarcher/Rack 2006:225; Hofbauer 2007).

In den meisten Fällen ist das Land Mehrheitseigentümer eines Spitals (siehe genauer Eigentumsstruktur im Krankenhaussektor Kapitel 3.1). Die Investitions- und Erhaltungskosten der Krankenhäuser werden von den Eigentümern bzw. Rechtsträgern, den Län-

dern, getragen (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:192, Hofbauer 2007). Durch die Auslagerung des Managements der öffentlichen Spitäler an private Krankenhausbetriebsgesellschaften (so genannte ‚Organisationsprivatisierungen‘) herrscht auf Krankenhausebene seit etlichen Jahren eine Trennung von Leistungserbringung und Bezahlung. Mittlerweile sind es in allen Bundesländern, mit Ausnahme Wiens, privatrechtliche Gesellschaften, die den Betrieb öffentlicher Krankenanstalten führen. Die Organisationsformen dieser Gesellschaften unterscheiden sich; gemeinsam ist ihnen jedoch, dass die EigentümerInnen, das sind die Gebietskörperschaften (in der Regel Länder), zumeist Ausfallhaftungen übernehmen. Auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten, die größtenteils einen öffentlichen Versorgungsauftrag haben, haben sich zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert. Diese Krankenhausholdings stehen nun als AnbieterInnen von Krankenhausleistungen den Landesgesundheitsfonds als NachfragerInnen gegenüber.

Das interne Management von Krankenanstalten wird zumeist von einem Gremium durchgeführt (kollegiale Führung). Es besteht aus VertreterInnen der ÄrztInnenschaft, der Pflege und der Verwaltung. Je nach Versorgungsstufe ist zumeist auch ein/e VertreterIn des technischen Personals vorhanden. Diese Gremien sind auch für die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich. Alle Entscheidungen, die den laufenden Betrieb betreffen, sind kooperativ zu treffen. Die Besetzung der Leitungspositionen wird entweder von den Krankenhausbetriebsgesellschaften oder den zuständigen Behörden nach einem Ausschreibungsverfahren vorgenommen (Hofmarcher/Rack 2006:62).

2.3. *Finanzierung der Krankenhäuser*

Krankenhäuser gelten als der kostspieligste Bereich des Gesundheitswesens. Die meisten öffentlichen Krankenanstalten sind so genannte Fonds-Krankenanstalten, die von den Landesfonds finanziert werden.¹⁷ Auch Non-Profit-Krankenhäuser können über Öffentlichkeitsrecht¹⁸ und somit Subventionsrecht verfügen (vgl. Hofmarcher/Rack

¹⁷ Die Klassifikation „öffentlich“ und „Fonds-Krankenanstalten“ ist nicht ganz deckungsgleich; einige Häuser sind öffentlich, aber keine Fonds-Krankenanstalten, andere sind Fonds-Krankenanstalten, aber nicht öffentlich (vgl. Streissler 2004:29).

¹⁸ „Das Öffentlichkeitsrecht kann einer Krankenanstalt gemäß § 15 KAKuG verliehen werden, wenn sie den Vorgaben des jeweiligen Landeskrankenanstaltenplanes entspricht, sie gemeinnützig ist, die Erfüllung der ihr in diesem Bundesgesetz auferlegten Pflichten sowie ihr gesicherter Bestand und zweckmäßiger Betrieb gewährleistet sind und wenn sie vom Bund, einem Bundesland, einer Gemeinde, einer sonstigen Körperschaft öffentlichen Rechtes, einer Stiftung, einem öffentlichen Fonds, einer anderen juristischen Person oder einer Vereinigung von juristischen Personen verwaltet und betrieben wird.

2006:XVII). Das Öffentlichkeitsrecht der Krankenanstalten beinhaltet gesetzlich vorgeschriebene Subventionen des öffentlichen Sektors für den laufenden Betrieb (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:136).

Während die niedergelassenen ÄrztInnen fast ausschließlich von der Krankenversicherung bezahlt werden, gilt für Spitäler ein Mischsystem: Etwa die Hälfte der Kosten wird aus Steuermitteln finanziert. Neben den Ländern sind die Gemeinden, die Sozialversicherung, die Privatversicherungen und die PatientInnen an der Spitalsfinanzierung beteiligt (siehe oben). Diese zahlen in neun Landesfonds ein. Den größten Anteil übernimmt dabei die Sozialversicherung. Dieses System führt dazu, dass Länder, Gemeinden und Spitäler ein großes Interesse daran haben, dass möglichst viele PatientInnen von niedergelassenen ÄrztInnen behandelt werden, weil für sie in diesem Fall keine Kosten entstehen.

Seit 1978 wird die Spitalsfinanzierung im Rahmen von auf der Verfassung basierenden, jeweils zeitlich befristeten Verträgen¹⁹ zwischen dem Bund und den Bundesländern geregelt. Die Mittel werden nach einem vereinbarten Aufteilungsschlüssel an neun „Landesfonds“ übermittelt und in weiterer Folge durch die Länder an die Spitäler weitergeleitet (vgl. Streissler 2004:30).

Für die Sicherstellung der Finanzierung der Spitäler sind die Länder zuständig. Zwischen den Bundesländern gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Kriterien zur Verteilung der budgetierten Mittel an die Krankenanstalten. Dazu zählen etwa die Bettendichte, die Höhe der Investitionen und die Kosten der akutstationären Versorgung (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:198). Dies verursacht erhebliche Schwierigkeiten, die finanzielle Gebarung der einzelnen Landesfonds bzw. der Krankenanstaltengesellschaften und der Spitäler darzustellen bzw. zu kontrollieren (vgl. Streissler 2004:31).

Stationär aufgenommene PatientInnen zahlen zusätzlich eine Gebühr von Euro 10,74 pro Tag für höchstens 28 Tage im Jahr. Diese Gebühr wird direkt von den Krankenanstalten eingehoben. Ausgenommen von den Zuzahlungen sind sozial schutzbedürftige Personen und bestimmte Versicherungsfälle, wie z.B. Mutterschaft, Organspende, Dialyse (vgl. BMGF 2005). Private Krankenzusatzversicherungen der PatientInnen sind

Eine Krankenanstalt ist gemäß § 16 Abs. 1 KAKuG als gemeinnützig zu betrachten, wenn ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinnes bezweckt, jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird (§ 22 Abs. 2), die Patient/inn/en so lange in der Krankenanstalt untergebracht, ärztlich behandelt, gepflegt und verköstigt werden, als es ihr Gesundheitszustand nach Ermessen des behandelnden Arztes erfordert, für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie, unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand der Patient/inn/en maßgeblich ist, LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen der Krankenanstalt oder die Pflegegebühren für alle Patient/inn/en derselben Gebührenklasse, allenfalls unter Bedachtnahme auf eine Gliederung in Abteilungen und sonstige bettenführende Organisationseinheiten oder Pflegegruppen für Akutkranke und für die Langzeitbehandlung (§ 6 Abs. 1 lit. a) und auf Tag- oder Nachtbetrieb sowie den halbstationären Bereich (§ 6 Abs. 1 lit. b) in gleicher Höhe (§ 28) festgesetzt sind, die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Betten nicht übersteigt.“ (Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2008, Krankenanstalten in Österreich, S. 9-10)

¹⁹ Im Rahmen der so genannten Finanzausgleichsverhandlungen, der allgemeinen Verhandlungen zur föderalistischen Aufteilung des Budgets zwischen Bund und Ländern.

eine wichtige zusätzliche Einkommensquelle für ÄrztInnen, die in öffentlichen Spitälern tätig sind. Diese Zusatzverdienste werden nicht zuletzt als Option gesehen, hochqualifiziertes ärztliches Personal an den öffentlichen Sektor zu binden (vgl. Hofmarcher/ Rack 2006:201, Hofbauer 2007). Der Anteil der Sonderklassebetten der privat Versicherten darf allerdings laut Gesetz 25% der Gesamtbettenkapazität nicht übersteigen. Diese Auflage birgt für Krankenhäuser den Anreiz, die Gesamtbettenzahl hochzuhalten (ebenda:202).

Vor 1996 erfolgte die Finanzierung 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 Verluste von den Trägern (Ländern und Gemeinden) ausgeglichen werden. Das LKF-System ist eine Fallpauschalenhonorierung und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten. Basis für die Berechnungen ist ein Punktesystem, das sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien miteinbezieht und immer wieder überarbeitet wird (vgl. Hofmarcher/Rack 2006:192f). Der LFK-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht die zusätzliche Berücksichtigung strukturspezifischer Kriterien in den Ländern (ebenda). 75% der Ausgaben der Fondsspitäler werden über die LKF-Erlöse gedeckt, der Rest wird von den Ländern je zur Hälfte über Zuschüsse und Beihilfen (Maastricht-wirksam) sowie über Darlehen und Rücklagenauflösungen (Maastricht-unwirksam) abgedeckt (vgl. Streissler 2004:60).

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 Ausgleichstelle für jene Leistungen der Privat-Krankenanstalten, für die eine Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung besteht. Der Fonds wird von Gebiets- und Betriebskrankenkassen sowie Sondernversicherungsanstalten gespeist (vgl. BMGF 2009:114).

2.4. Beschäftigungsstruktur im Krankenhaussektor

Ende 2009 waren 21.752 ÄrztInnen in den österreichischen Krankenanstalten tätig, davon 6.078 in Wiener Krankenanstalten (siehe Tabelle 2-3).

Tabelle 2-3: Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten 2009

Ärztliche Qualifikation	Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Ärztinnen und Ärzte insgesamt	21.752	459	1.294	3.349	3.343	1.383	3.114	2.010	722	6.078
Fachärztinnen und Fachärzte	11.610	242	680	1.665	1.676	750	1.722	1.087	395	3.393
Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin	1.768	37	111	361	317	106	352	94	45	345
Fachärztinnen und Fachärzte in Ausbildung	4.774	86	241	594	626	284	618	635	140	1.550
Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in Ausbildung	3.600	94	262	729	724	243	422	194	142	790

Quelle: Statistik Austria 2010

An nicht-ärztlichem Fachpersonal waren Ende 2009 insgesamt 82.656 Personen in Krankenanstalten beschäftigt (14.006 Männer und 68.650 Frauen). Davon entfielen 53.970 Personen auf die Dienstsparte Gehobene Dienste für Gesundheits- und Krankenpflege. In Wien waren dies 14.372 Personen, davon 86% Frauen. 11.605 Personen waren in österreichischen Krankenanstalten in der Dienstsparte Gehobene medizinisch-technische Dienste sowie 1.883 Personen in der Sparte Medizinisch-technische Fachdienste beschäftigt. In Wiener Krankenanstalten waren es insgesamt 3.471 Personen, davon ebenfalls 86% Frauen. Eine dritte Gruppe von nicht-ärztlichem Fachpersonal sind PflegehelferInnen und Sanitätshilfsdienste. Ende 2009 waren 13.910 Personen in dieser Dienstsparte beschäftigt, 9.652 PflegehelferInnen und 4.258 Personen in Sanitätshilfsdiensten. In Wiener Krankenhäusern betrug ihre Anzahl 2.625, davon 60% Frauen. Die letzte Gruppe sind schließlich Hebammen (ausschließlich weibliche Beschäftigte). Ende 2009 waren in österreichischen Krankenhäusern 1.288 Hebammen tätig, 268 waren es in Wien (siehe Tabelle 2-4).

Ein Blick auf die Entwicklung der Beschäftigung in österreichischen Krankenhäusern zeigt ein starkes Personalwachstum bis ins Jahr 2000. Seit dem Jahr 2000 wächst die Beschäftigung nur mehr in geringerem Ausmaß (siehe Tabelle 2-5). Zu einem relativ starken Anstieg kam es in den letzten Jahren noch im Bereich des ärztlichen Personals und – in geringerem Ausmaß – bei den gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegeberufen und den gehobenen medizinisch-technischen Diensten. Gleichzeitig unterlag Beschäftigung mit geringeren Qualifikationen (z. B. Sanitätshilfsdienste oder Pflegehilfe) insgesamt einem leichten Rückgang. Diese Entwicklung ist in Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt und der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der Tätigkeiten sowie auch mit der Erfüllung von Qualitätsstandards zu sehen.

Tabelle 2-4: Nicht-ärztliches Fachpersonal in den Krankenanstalten Österreichs am 31. Dezember 2009 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern

Personal nach Fachrichtungen		Österreich	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien
Personal aller Fachrichtungen											
Insgesamt	z	82.656	1.740	5.987	12.790	13.683	5.388	12.640	7.118	2.574	20.736
	m	14.006	225	869	2.246	2.020	962	1.765	1.651	611	3.657
	w	68.650	1.515	5.118	10.544	11.663	4.426	10.875	5.467	1.963	17.079
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ²⁾	z	53.970	1.191	3.546	8.443	9.026	3.650	7.107	4.831	1.804	14.372
	m	7.345	110	329	1.124	1.222	563	646	919	377	2.055
	w	46.625	1.081	3.217	7.319	7.804	3.087	6.461	3.912	1.427	12.317
Gehob. med.-tech. Dienst u. Masseure, -innen	z	13.488	266	967	2.260	2.258	791	2.062	1.114	299	3.471
	m	1.999	39	160	326	288	120	266	237	68	495
	w	11.489	227	807	1.934	1.970	671	1.796	877	231	2.976
Sanitätshilfsdienst u. Pflegehilfe	z	13.910	252	1.366	1.857	2.165	877	3.299	1.050	419	2.625
	m	4.662	76	380	796	510	279	853	495	166	1.107
	w	9.248	176	986	1.061	1.655	598	2.446	555	253	1.518
Hebammen in Krankenanstalten		1.288	31	108	230	234	70	172	123	52	268

Quelle: Statistik Austria 2010

Tabelle 2-5: Personalstand in den Krankenanstalten Österreichs seit 1980

Dienstsparte	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Nicht-ärztliches Personal insgesamt	40.481	47.387	55.802	68.859	74.601	77.187	79.123	79.822	81.261	82.656
Gehobene Dienste für Gesundheits- u. Krankenpflege	22.186	26.596	30.842	40.756	46.219	49.294	50.808	51.524	52.924	53.970
Pflegehilfe					11.148	9.773	9.335	9.721	9.733	9.652
Gehobene med. techn. Dienste	3.445	4.613	5.896	7.563	8.893	10.704	11.205	11.315	11.457	11.605
Med. technische Fachdienste	910	1.211	1.260	1.769	1.920	2.109	1.896	1.869	1.821	1.883
Sanitätshilfsdienste	13.114	14.186	17.003	17.741	5.348	4.109	4.642	4.122	4.053	4.258
Hebammen	826	781	801	1.030	1.073	1.198	1.237	1.271	1.273	1.288
Ärzte und Ärztinnen					17.445	19.295	19.759	20.318	21.103	21.752

Quelle: Statistik Austria 2010

2.5. *Restrukturierungsprozesse im Krankenhaussektor*

In Österreich herrscht zwar offiziell der Konsens, dass die marktwirtschaftliche Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen unvereinbar ist (Hofmarcher/Rack 2006:209). Nichtsdestotrotz findet auch in Österreich 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.

In Österreich betreffen Restrukturierungsprozesse im Krankenhaussektor – auf der Ebene der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen – vor allem die Krankenhauskapazität in Form der Reduktion von Krankenhausbetten durch Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen, Zentralisierungen, bei denen kleinere Spitäler in größere Einheiten zusammengefasst werden, und die Beteiligung von privatem Kapital beispielsweise in Form von Public Private Partnerships (PPP). ‚Echte Privatisierungen‘ oder ‚materielle Privatisierungen‘, in dem Sinne, dass der öffentliche Partner komplett aussteigt und das Krankenhaus an Privatunternehmen verkauft, finden sich in Österreich – im Unterschied zu beispielsweise Deutschland – nur als Ausnahmefälle.

2.5.1. *Reduktion der Krankenhausbetten/Verkürzung der Aufenthaltsdauer*

Wie bereits ausgeführt gab es in Österreich im Jahr 2009 um 54 Krankenanstalten weniger als im Jahr 1990 (-16,6%). Der Bettenrückgang in den österreichischen Krankenhäusern betrug zwischen 1990 und 2009 insgesamt 13%. Besonders hoch war der Bettenrückgang bei den öffentlichen Krankenanstalten (-20,5%). Im Gegensatz zu allen anderen TrägerInnen hat die Bettenanzahl in profitorientierten Privatkrankenanstalten seit 1990 zugenommen (um 92,5%).

Um die Gesundheitsversorgung auf hohem Niveau weiter aufrechtzuerhalten, musste aber mit der Bettenreduktion gleichzeitig die durchschnittliche Belegdauer der Betten – also die Aufenthaltsdauer der PatientInnen verkürzt werden. So nimmt die durchschnittliche Dauer der Krankenhausaufenthalte im österreichischen Durchschnitt kontinuierlich ab, von 6,74 Tagen (1997) auf 5,64 Tage (2007) – wobei Eintagspflegen und Langzeitaufenthalte (über 28 Tage) bei den Berechnungen ausgenommen werden.

2.5.2. *Zentralisierung und Organisationsprivatisierungen*

Während in anderen europäischen Ländern wie etwa Großbritannien oder Schweden die Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel der Kostenkontrolle zu einer Welle von Dezentralisierungen führten – die Krankenhäuser wurden unabhängiger, gleichzeitig übernahmen sie aber auch mehr Verantwortung, die zusehends begrenzten Mittel zu verwalten –, findet sich in Österreich der gegenteilige Trend. In Österreich wurden kleinere Spitäler in größere Krankenhäuser integriert oder in Krankenhausketten zusammengefasst. Argumentiert wird, dass Einsparungen und

Effizienzgewinne bei Krankenhäusern vor allem dann möglich sind, wenn größere unternehmerische Einheiten gebildet werden.

In Österreich entstanden bereits ab den 1980er Jahren in fast allen Bundesländern Spitalskonzerne im Eigentum der Länder. 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 Verband). Diese zusammengeschlossenen Krankenhäuser zählen oft zu den größten Arbeitgebern in den jeweiligen Bundesländern (Rümmele 2005:82, Hofbauer 2007).

Parallel zur Bildung größerer Spitalseinheiten kam es auch zur Überführung der Krankenhäuser in privatrechtliche Gesellschaften. Mittlerweile wird in allen Bundesländern mit Ausnahme von Wien der Betrieb der öffentlichen Krankenhäuser von Gesellschaften geführt, die nach Privatrecht organisiert sind. Dennoch übernehmen die EigentümerInnen (die Gebietskörperschaften) in der Regel auch weiterhin die Ausfallshaftungen (ebenda:80). Das heißt, es handelt sich in diesen Fällen primär um formelle und nicht um materielle Privatisierungen, also um ‚Organisationsprivatisierungen‘²⁰ (Hofmarcher/Rack 2006:61). Auch privat-gemeinnützige Krankenanstalten haben sich zunehmend in Betriebsgesellschaften formiert (Hofmarcher/Rack 2006:136f, Papouschek 2008).

2.5.3. *Materielle Privatisierungen*

‚Materielle‘ Privatisierungen aber auch Teilprivatisierungen sind in Österreich selten. Bis dato wurden zwei Krankenhäuser (Kitzbühel, Kapfenberg) an Privatunternehmen verkauft (Rümmele 2007:87). Im Falle von Kitzbühel 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 Sozialversicherungsanstalt 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 2002 und 2004 Privatisierungsdiskussionen über das Hanusch-Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) aus. Das Hanusch-

²⁰ 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 den europäischen Ländern allerdings unterschiedliche Erfahrungen vor. Fest steht hingegen, dass diese formellen Privatisierungen in allen Ländern Versuche sind, die Krankenhäuser zu wirtschaftlicherem Handeln zu zwingen.

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, sahen das Spital als wirtschaftliche Belastung für alle Krankenkassen und als Hauptursache des enormen Defizits der Wiener Gebietskrankenkasse (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 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 getragen 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,²¹ denn im Notfall ist eines der besten Krankenhäuser Österreichs in der Nähe (ebenda:29). Viele AKH-ÄrztInnen haben Ordinationen in Privatkliniken rund um das AKH oder sind an privaten Instituten beteiligt (ebenda:30, Hofbauer 2007:18).

2.5.4. *In-/Outsourcing und Public Private Partnerships (PPP)*

In allen europäischen Ländern hat im Rahmen der Restrukturierungen des Krankenhaussektors sowohl bei Krankenhäusern unter privater als auch bei solchen unter freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft eine erhebliche Zahl an Ausgründungen stattgefunden. Entweder wurden Bereiche in unternehmenseigene Servicebetriebe integriert (Insourcing) oder an Fremdfirmen bzw. ein anderes Krankenhaus vergeben (Outsourcing). Den Anfang machten Ausgründungen von sekundären Dienstleistungen wie die Reinigung, Wäscherei oder Küche. Salfeld/Hehner et al. (2008:100) begründen dies beispielsweise für Deutschland damit, dass Einsparungen bei den nicht-klinischen Diensten leichter zu vermitteln sind und daher in vielen Häusern seit Jahren auf diese Bereiche konzentriert werden. Mittlerweile werden aber auch primäre Dienstleistungen wie Labors, Dialysen, Computertomographien ausgelagert.²²

In Österreich findet sich eine spezifische Form der Ausgründung, so genannte Public Private Partnerships (PPP). Eine in Österreich beliebte PPP-Variante ist die Übernahme der Betriebsführung von Krankenanstalten durch private Firmen, die sich auf Krankenhausmanagement spezialisiert haben. 2003 versuchte das Land Steiermark, das Management für alle seine 24 Spitäler (KAGES) an einen privaten Klinikbetreiber zu verge-

²¹ Die Region um das Wiener Allgemeine Krankenhaus wird im Volksmund auch die ‚Goldene Meile‘ genannt.

²² Statistische Daten über ausgelagerte Bereiche fehlen in Österreich.

ben. 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 (ebenda:87). Die österreichische Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) übertrug die Führung eines Rehabilitationszentrums an ein privates Unternehmen. 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 behielt mit 51 Prozent die Mehrheit an einer Managementfirma und gab 49 Prozent an die Vamed ab. Die Vamed gehört mehrheitlich dem deutschen Medizintechnik- und Spitalskonzern Fresenius, zu dem auch der private Klinikbetreiber Helios gehört (Newsletter Kranken Geschäfte 01/2008).

Innerhalb eines Public Private Partnerships werden Private zunehmend auch zur Finanzierung von Investitionen geholt. In mindestens fünf Spitälern wurden bzw. werden mit privater Hilfe Um- oder Neubauten realisiert. Im Falle des Wiener Allgemeinen Krankenhauses (AKH) ist die technische Betriebsführung in privater Hand. Das Privatunternehmen hat das AKH seinerzeit fertiggebaut 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 profitorientierten Krankenhaus eine Firma gegründet, die ein neues Dialysezentrum errichtete. Weil der private Partner das Management übernimmt (obwohl er das geringste Kapital in das Projekt eingebracht hat), fallen die Beschäftigten unter den ungünstigeren Kollektivvertrag für Privatkrankenanstalten (Rümmele 2007:40).

2.6. *Arbeitsbeziehungen: Arbeitsrechtliche Bestimmungen und Kollektivverträge – Unterschiede nach Trägern*

Im Bereich der Krankenhäuser findet sich traditionell eine Zweiteilung in der Kollektivvertragslandschaft, allerdings mit darüber hinausgehenden vielschichtigen Fragmentierungen. Auf der einen Seite gibt es die öffentlichen Krankenhäuser, auf der anderen Seite die privaten Krankenanstalten. Allerdings existiert für den öffentlichen Bereich kein einheitlicher Kollektivvertrag. Die Bundesländer haben in der Regel eigene Kollektivverträge für die Landeskrankenhäuser. Zudem gibt es eigene Kollektivverträge für kommunale Spitäler und für die Krankenhäuser der Sozialversicherungen.

Im privaten Bereich gibt es einen allgemeinen Kollektivvertrag für private gemeinnützige und private profitorientierte Krankenhäuser sowie darüber hinaus eine Reihe von regionalen Kollektivverträgen mit profitorientierten und gemeinnützigen Spitälern. Die unterschiedlichen Kollektivverträge werden mit verschiedenen Gewerkschaften abgeschlossen. Im öffentlichen Bereich werden die Beschäftigten von der Gewerkschaft Öff-

fentlicher Dienst und von der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten vertreten. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern der Sozialversicherung vertritt die GPA-DJP. Die Belegschaften der privaten Spitäler vertritt Vida. Im öffentlichen Bereich gibt es darüber hinaus verschiedene Vertragsverhältnisse wie BeamtInnen, Vertragsbedienstete und Angestellte.

Wesentliche Schlechterstellungen im Vergleich von BeamtInnen, Vertragsbediensteten und Angestellten in privaten gemeinnützigen und privaten gewinnorientierten Krankenanstalten gibt es vor allem bei den Kündigungsschutzbestimmungen und der kollektivvertraglich festgelegten Einkommenshöhe.

Eine wesentliche Differenz im Kündigungsschutz zwischen Beschäftigten in öffentlichen und Beschäftigten in Privatkrankenhäusern steht damit in Zusammenhang, dass im öffentlichen Gesundheitssektor Beschäftigte in der Regel BeamtInnenstatus oder zumindest Vertragsbedienstetenstatus haben. Landesbeamte sind in Österreich nahezu unkündbar und auch Vertragsbedienstete stehen unter besonderem Kündigungsschutz: Nach dem Vertragsbedienstetengesetz (VBG) kann eine Kündigung nach einem einjährigen Dienstverhältnis nur mehr schriftlich unter Angabe eines Grundes erfolgen (§32 VBG).

Die Kündigungsschutzbestimmungen für Beschäftigte im privaten Krankenhaussektor sind in Österreich im Angestelltengesetz geregelt. Die Kündigungsfristen richten sich nach der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses und betragen für Angestellte (Angestelltengesetz) zwischen sechs Wochen (bei einer Beschäftigungsdauer bis zu zwei Jahren) und fünf Monaten (bei einer Dauer von über 25 Jahren). Hinsichtlich des Kündigungsschutzes ist anzumerken, dass in Österreich die Kündigung eines/r Arbeitnehmers/in grundsätzlich nicht an das Vorliegen von (wichtigen) Gründen gebunden ist.

Der wesentlichste Unterschied in 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 bis 2009 rund 20% unter dem Lohnniveau in öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern lagen. Um ausreichend qualifiziertes Personal zu bekommen und auch zu ‚halten‘, sind in den Betriebsvereinbarungen Überzahlungen festgelegt: Einerseits in Form von „offenen Überzahlungen“, und andererseits in Form verschiedenster verdeckter Überzahlungen wie beispielsweise Überstundenpauschalen, für die keine Überstunden geleistet werden müssen, aber auch verschiedene Formen von Zuschlägen. Allerdings ist die Entwicklung in den privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenanstalten laut befragten ExpertInnen in den letzten Jahren durch das Bemühen charakterisiert, verdeckte Überzahlungen und sonstige Zuschläge zu kürzen, um damit Personalkosten zu reduzieren.²³

2009 wurde nach langen Verhandlungen zwischen Gewerkschaft und Arbeitgebern das kollektivvertragliche Lohnschema insgesamt angehoben. Der KV-Lohn für die Beschäf-

²³ Das Instrument zur Durchsetzung dieser Kürzungen sind Änderungskündigungen.

tigten in Privatkrankenanstalten wurde um 6% erhöht. Da aber zum Teil Überzahlungen eingerechnet wurden, führte die Neuregelung nicht automatisch in jedem Fall zu einer Lohnerhöhung. Zusätzlich wurden die Erschwernis-, Gefahren- und Infektionszulagen überproportional um 4% erhöht, so dass sich die kollektivvertraglichen Lohnhöhen zwischen öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern und Privatkrankenanstalten insgesamt annähern.

Während die Löhne unterschiedlich geregelt sind, gilt für alle Krankenhäuser in Österreich das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, das 1997 als Reaktion auf die arbeitszeitlichen Missstände im Krankenhausbereich eingeführt wurde. Das Gesetz beschränkt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit auf 48 Stunden. Die Wochenarbeitszeit kann in einzelnen Wochen allerdings bis auf 60 Stunden ausgedehnt werden, wenn gewährleistet ist, dass die durchschnittliche Wochenarbeitszeit über einen bestimmten Zeitraum 48 Stunden nicht überschreitet. Zusätzlich darf die tägliche Arbeitszeit 13 Stunden nicht überschreiten. Es gibt aber einen Zusatz, der besagt, dass die Maximalgrenze durch den Abschluss von Betriebsvereinbarungen überschritten werden darf. In diesem Fall schreibt das Gesetz eine maximale Wochenarbeitszeit von 60 Stunden vor und erlaubt eine Wochenarbeitszeit von 72 Stunden in einzelnen Wochen.

Gleichzeitig zeigten Berichte des Arbeitsinspektorats in Krankenhäusern eine Häufung überlanger Arbeitszeiten. Nach Adam (2008) verstießen im Jahr 2007 sieben von zehn österreichischen Spitälern systematisch gegen das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG), um Personalkosten zu sparen. Berichtet wurde von wöchentlichen Arbeitszeiten bis zu 100 Wochenstunden. Auffällig war, dass diese Arbeitszeitüberschreitungen vor allem in öffentlichen Krankenhäusern vorkamen. Vom Arbeitsinspektorat wurde dies darauf zurückgeführt, dass es im Unterschied zu Privatkrankenanstalten für öffentliche Spitäler keine finanziellen Sanktionsmöglichkeiten für das Unterlaufen von Arbeitszeitregelungen gab. Als Folge wurde im Herbst 2008 eine Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz verabschiedet. Schwerpunkt der Novelle war die Einführung strengerer Strafen bei Nichteinhaltung der maximalen Arbeitszeiten. Geändert wurde nicht die Arbeitszeitregelung selbst, sondern die Kontrolle derselben und die Bestrafung bei Verstößen. Bis 2008 war es bei den ausgegliederten Spitalholdings (öffentliche Krankenanstalten) nicht möglich, zu strafen. Mit der Novelle gilt die Spitalholding nunmehr als „Beschäftigter“ und ist damit für die Einhaltung der Arbeitszeiten verantwortlich. Zusätzlich wurde auch für ÄrztInnen die Pflicht zu Arbeitszeitaufzeichnungen festgeschrieben.

3. *METHODISCHES VORGEHEN*

Im vorliegenden Forschungsprojekt werden die Auswirkungen von Restrukturierungen im Krankenhaussektor auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten untersucht. Dafür gilt es insbesondere, das komplexe Zusammenwirken der Veränderungen in der Regulierung des Gesundheitswesens, der dadurch angestoßenen Maßnahmen in den Krankenhäusern und der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen zu analysieren. Diese Komplexität sowie der Mangel an Forschung legen es nahe, sich auf qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung zu stützen. Auf diese Weise kann der Differenziertheit unterschiedlicher Situationen und Einflussfaktoren in der jeweils konkreten Organisationspraxis Rechnung getragen werden (vgl. Hauptmanns/Rogalski 1992:211).

Aus diesem Grund entschieden wir uns für die Durchführung problemzentrierter, leitfadengestützter Interviews und für einen betriebsspezifischen Zugang über Fallstudien. Die Fallstudien verfolgen dabei einen doppelten Zweck: Zum Ersten erlauben sie – wie bereits oben erwähnt – differenzierte Untersuchungen und Analysen darüber, welche Maßnahmen die einzelnen Krankenhäuser setzen, um den neuen Anforderungen zu begegnen, wie diese Maßnahmen umgesetzt werden und welche Folgen dies für die Arbeitsbedingungen der KrankenhausmitarbeiterInnen hat. Zum Zweiten sollen sie erste Ergebnisse darüber bringen, wie sich der Strukturwandel in den Krankenhäusern vollzieht, ob es Unterschiede zwischen den Krankenhäusern gibt und wodurch diese Unterschiede begründet sind.

Die vier Krankenhausfallstudien wurden methodisch ergänzt

- durch Literaturrecherche und Literaturanalysen zu Reformen im österreichischen Gesundheitssektor (als Rahmenbedingungen des Strukturwandels der Krankenhäuser),
- durch Sekundäranalysen statistischer Daten über die Entwicklung der Beschäftigung im Krankenhaussektor sowie
- durch sechs ExpertInneninterviews mit FachexpertInnen und RepräsentantInnen der Interessenvertretungen (Gewerkschaften, Arbeitgebervertreter, Ärztekammer, Berufsverband der Pflegekräfte) zu Strukturwandel im Krankenhaus und Veränderungen im Feld der Arbeitsbeziehungen.

3.1. *Methoden der Durchführung der Krankenhausfallstudien: Dokumentenanalyse, Problemzentrierte Interviews*

Neben der Analyse von Dokumenten wie etwa Qualitätsberichte, veröffentlichte Leistungsdaten etc. griffen wir bei der Durchführung der Krankenhausfallstudie auf die Methode des qualitativen „problemzentrierten Leitfadenterviews“ (vgl. Witzel 1982) zurück. Eine Krankenhausfallstudie umfasst fünf bis acht problemzentrierte Interviews mit Mitgliedern der Geschäftsführung und des Managements, mit VertreterInnen der

Betriebsratskörperschaft und Beschäftigten (Gesundheitsberufe und Administrative Kräfte im Krankenhaus).

Das problemzentrierte Interview ist im Unterschied zum narrativen Interview durch den Einsatz von strukturierten Leitfäden gekennzeichnet. Die Problemzentrierung ist durch eine von den ForscherInnen definierte gesellschaftliche Problemlage charakterisiert, zu der die befragten Personen assoziativ ihre Beiträge leisten. Die ForscherInnen haben ihre Orientierungen an der Problemstellung offenzulegen und beschäftigen sich daher umfassend mit Theorien und Untersuchungen auf diesem Gebiet. Die Forschung rückt ein Problemfeld aus der Sicht der ForscherInnen in den Vordergrund, versucht jedoch, die Explikationsmöglichkeiten der Befragten so zu optimieren, dass diese ihre Sichtweisen auch gegen die ForscherInnen durchsetzen können (vgl. Witzel 1982). Nicht Probleme der befragten Personen leiten den Forschungsprozess, sondern die InterviewpartnerInnen sollen über einen wahrscheinlich für sie relevanten Problembereich an der Rekonstruktion des jeweiligen Problemkomplexes mitarbeiten.

Dieses Methodeninstrument bietet mehrere Vorteile: Es erlaubt einen möglichst offenen Zugang zur sozialen Realität der Befragten, die ja gerade in ihrer Vielfalt interessant ist; den Selbstthematisierungen der Befragten wird durch die Offenheit der Fragen breiter Raum gelassen. Gleichzeitig dient der Leitfaden als Gedächtnisstütze für die InterviewerInnen, strukturiert das Gespräch und hilft, Themen oder Aspekte, die von den Befragten ausgespart werden, anzusprechen.

Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Der Vorteil der Tonbandaufnahme besteht dabei darin, dass der gesamte Gesprächskontext und damit auch die Rolle, die der/die InterviewerIn spielt, erfasst wird.

3.1.1. Auswahl der Krankenhäuser und Sample-Beschreibung

Geplant war, vier Fallstudienkrankenhäuser nach ihrer Trägerstruktur auszuwählen: ein öffentliches Krankenhaus (Länder, Gemeinden), ein Krankenhaus einer gesetzlichen Versicherung, ein gemeinnütziges Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht sowie eine Privatkrankenanstalt. In der Beschreibung der Finanzierung von Krankenhäusern sowie der Arbeitsbeziehungen finden sich bereits erste Hinweise auf die Bedeutung der unterschiedlichen Trägerstrukturen für unsere Fragestellungen. Denn wie Restrukturierungsprozesse und -maßnahmen gestaltet sind, so eine Annahme, hängt in Österreich nicht zuletzt von der jeweiligen Trägerstruktur des Krankenhauses ab, da für unterschiedliche Trägerstrukturen unterschiedliche Finanzierungsstrukturen und Regulierungen, vor allem hinsichtlich der Arbeitsbeziehungen, zur Anwendung kommen. Als Beispiele erwähnt wurden Arbeitsplatzsicherheit und Kündigungsschutz sowie Einkommen.

Es zeigte sich allerdings, dass es im zeitlichen Rahmen des Projekts nicht möglich war, Zugang zu einem Landes- oder Gemeindekrankenhaus zu bekommen. Die Verhandlung über eine Zusage erstreckte sich über ein Jahr. Die Zusage erfolgte dann schließlich kurz vor Ende der Erhebungsphase. Erschwert wurde die Verhandlung über eine Zusage

vor allem dadurch, dass erst kurz zuvor eine Studie über Arbeitsbedingungen in den Landeskrankenhäusern durchgeführt worden war. (Brunner et al. 2010)

Aufgrund der Verzögerung wurde im Laufe des Forschungsprojekts entschieden, anstatt eines Landeskrankenhauses eine zweite Privatklinik in das Sample aufzunehmen, so dass nun eine gemeinnützige und eine profitorientierte Privatklinik im Sample vertreten sind. Diese Vorgehensweise erscheint auch insofern sinnvoll, als Privatkliniken in Österreich bislang kaum Gegenstand der Forschung waren.

Tabelle 3-1: Eckdaten der Fallstudienkrankenhäuser

Fall	Eigentümer/ Rechtsform	Betten- anzahl	aktueller und höch- ster Personalstand	Finanzierungsstruktur
1 – ‚Klein und fein‘ – eine gemeinnützige Privatkrankenanstalt	gemeinnützige Privatkrankenanstalt – Träger ist ein gemeinnütziger Verein	unter 150 Betten	unter 250 Vollzeitäquivalente	finanziert aus Prikraf und Zusatzversicherungen der PatientInnen
2 – Krankenanstalt mit Luxushotel-Ambiente	profitorientierte Krankenanstalt GmbH	unter 150 Betten	unter 250 Vollzeitäquivalente,	finanziert aus Prikraf, Zusatzversicherungen der PatientInnen und vor allem durch ausländische SelbstzahlerInnen
3 – Konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht – Teil eines konfessionellen Konzerns	Ordenskrankenhaus – seit 2000 Teil einer Krankenhausbetriebs- und Management GmbH	zwischen 250 und 500 Betten	mehr als 500 Vollzeitäquivalente,	finanziert aus LKF, Subventionen für Investitionen aus den Landesbudgets nach Maßgabe der Gesetzeslage im jeweiligen Bundesland, keine Verlustabdeckung durch Länder oder Gemeinden
4 – Krankenhaus einer gesetzlichen Versicherung	Öffentliches Krankenhaus, Träger ist eine gesetzliche Versicherung	über 500 Betten	mehr als 1.000 Vollzeitäquivalente	finanziert aus LKF, Defizitabdeckung durch Sozialversicherung als Träger

Insgesamt wurden in den Fallstudienkrankenhäusern 25 ca. eineinhalbstündige Interviews durchgeführt.

3.2. Auswertung der problemzentrierten Interviews und Fallstudien

Fragestellungen und methodische Vorgehensweise schränken die Auswahl möglicher Auswertungsverfahren bereits von vornherein ein. Die Ergebnisse sollen zum einen auf der Ebene der Deskription liegen, zum anderen eine Generierung von Thesen zu unseren Fragestellungen erlauben.

Wir orientierten uns daher zunächst an den allgemeinen Standards bzw. Handlungsanweisungen zur inhaltlich-reduktiven Auswertung qualitativer Interviews, die nach Lamnek (1995:107ff) vier Phasen der Auswertung vorsehen:

- die Transkription;
- die Einzelanalyse, die in eine Verdichtung des Materials münden soll und an deren Ende eine Charakteristik des Interviews steht, die sich auf Besonderheiten und das Allgemeine des Interviews bezieht;
- die generalisierende Analyse, in der versucht wird, Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Interviews so weiter zu analysieren, dass sich möglicherweise allgemeinere Grundtendenzen ergeben;
- die Kontrollphase, in der, um Verkürzungen und Fehlinterpretationen zu vermeiden, immer wieder die vollständigen Transkripte herangezogen werden und in der Interpretationsbefunde im Team ausgetauscht und diskutiert werden.

Diese eher allgemein gehaltene Vorgehensweise wurde von uns für unsere Problemstellung modifiziert, da die problemzentrierten Interviews ja im Rahmen von Fallstudien eingesetzt werden sollten, und konkretisiert, so dass unsere Vorgehensweise auch leichter nachvollzogen werden kann.²⁴

Parallel zur Durchführung der Interviews wurden bereits Überlegungen zur Auswertung des empirischen Materials angestellt. Aufgrund der Anlage des Projekts und des empirischen Designs, das auf Fallstudien fokussiert ist, war es notwendig, Auswertungsschemata für die Auswertung der einzelnen Beschäftigteninterviews und für die Analyse von Fallstudien auszuarbeiten. Die Ausarbeitung erfolgte auf Grundlage der Leitfäden und unter Berücksichtigung der konkretisierten Fragestellungen und Hypothesen. Ein entscheidender Aspekt dabei war auch, der Kompatibilität zwischen dem Auswertungsschema für die Beschäftigteninterviews und jenem für die Fallstudien hohe Aufmerksamkeit zu schenken, um eine möglichst reibungslose Integration der Ergebnisse aus den Einzelinterviews und ihre Verdichtung zu einem facettenreichen und gleichzeitig konsistenten Bild der Fallstudie zu gewährleisten.

Im ersten Schritt erfolgte die Auswertung der Einzelinterviews. Ergebnis dieser Auswertungsphase war die Einzelfallanalyse, die thematisch gegliedert war und verkürzte Inhalte der Interviews und Interpretationsergebnisse enthielt (siehe auch Mayring 1997, zusammenfassende und strukturierende inhaltsanalytische Auswertung). Im zweiten Schritt erfolgte die Auswertung der Fallstudie bzw. die zusammenfassende Interpretation aller Interviews einer Fallstudie u.a. entlang folgender Fragestellungen:

- Wie reagieren einzelne Krankenhäuser auf die Veränderungen in den Rahmenbedingungen? Welche Rolle spielt dabei die Trägerschaft?
- Welche Rationalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen, wie beispielsweise Trägerwechsel, Zusammenlegung von Stationen, Bettenabbau, Outsourcing in der

²⁴ Die Auswertungsvorschläge von Witzel (1982, 1985) entsprechen in etwa den beschriebenen allgemeinen Handlungsanweisungen von Lamnek (1995) und sind auch ähnlich allgemein gehalten: In einer ersten Stufe soll der Gesprächsablauf themenzentriert nachvollzogen werden („inhaltliche Interpretation“), wobei Witzel die genaue Durchführung dieses ersten Schritts leider nicht beschreibt. In einer zweiten Phase werden die erstellten Texte von verschiedenen Mitgliedern der ForscherInnengruppe „kontrolliert interpretiert“, und in der letzten Stufe wird eine vergleichende Systematisierung aus diesen gesammelten Interpretationen versucht.

Beschäftigungs- und Personalpolitik (Veränderung in den Beschäftigungsformen, Abbau von Beschäftigung) wurden in den Krankenanstalten in den letzten Jahren gesetzt?

- Welche Auswirkungen haben die Strategien und Maßnahmen auf die Beschäftigung (Beschäftigungsentwicklung, Beschäftigungsformen etc.)?
- Welche Auswirkungen haben die Strategien und Maßnahmen auf die Einkommensentwicklung im Krankenhaus?
- Welche Auswirkungen haben die Strategien und Maßnahmen auf die Arbeitszeit der Beschäftigten?
- Welche Auswirkungen haben die Strategien und Maßnahmen auf die Arbeitsbelastungen?

In diesem Auswertungsschritt wurde mit dem thematisch gegliederten Fallschema gearbeitet, in welches verkürzte Textbestandteile der Einzelfallanalysen und zusammenfassende Interpretationsergebnisse eingetragen wurden. Ergebnis dieser Stufe war eine thematisch gegliederte, verdichtete Fallanalyse.

Der letzte Auswertungsschritt bestand schließlich im Vergleich bzw. in der zusammenfassenden Interpretation aller Fallstudien. Dabei ging es vor allem darum, welche Ähnlichkeiten und Unterschiede sich entlang unserer Kernfragestellungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern hatten.

4. ***EINE GEMEINNÜTZIGE PRIVATKRANKENANSTALT, EIN ORDENSKRANKENHAUS UND EIN ÖFFENTLICHES KRANKENHAUS – FALLBESCHREIBUNGEN***

In diesem Kapitel werden drei der vier Fallstudien entlang unserer Kernfragestellungen – Reaktionen der Krankenhäuser auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf Beschäftigung, Einkommen, Arbeitszeit und Arbeitsbelastungen – dargestellt, da es diese Darstellungsform erlaubt, komplexere betriebliche Zusammenhänge und ihre Wirkungen zu veranschaulichen. Die Darstellung ist dabei analytisch-deskriptiv orientiert.

Dass nur drei der vier Fallstudien beschrieben werden, liegt darin begründet, dass eine wesentliche Fragestellung des Forschungsprojekts auf Unterschiede der Krankenhäuser nach Trägerstruktur abzielt. Da in unserem Sample zwei Privatkliniken vertreten sind, die sich aufgrund gleicher Rahmenbedingungen in ihren Strategien grundsätzlich ähneln, wenn auch konkrete Ausformungen differieren, wird, um Wiederholungen zu vermeiden, nur eine der beiden Fallstudien dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Privatkliniken sind allerdings Thema des fünften Kapitels, das dem Vergleich der Fallstudien gewidmet ist.

4.1. ***„Klein und fein“ – eine gemeinnützige Privatkrankenanstalt***

Das Krankenhaus ist eine gemeinnützige Privatkrankenanstalt und verfügt über 100 Betten. Rund 250 MitarbeiterInnen sind im Krankenhaus beschäftigt. Das entspricht in diesem Fall etwa 200 Vollzeitäquivalenten.

4.1.1. ***Spezifika einer Privatkrankenanstalt – Finanzierung und Belegarztsystem***

Das Krankenhaus ist zum einen über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) und zum anderen über Kostenbeiträge von PatientInnen, meist in der Form von Zusatzversicherungen finanziert. SelbstzahlerInnen sind in diesem Krankenhaus eher die Ausnahme.

Wie bereits im ersten Teil beschrieben wurde 2002 der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds zur Finanzierung aller Leistungen iSd § 149 Abs 3 ASVG von bettenführenden privaten Krankenanstalten eingerichtet. Seine primäre Aufgabe (vgl. § 2 PRIKRAF-G) ist die Abgeltung aller Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Das PRIKRAF-System baut darauf auf, dass dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds seitens der Sozialversicherungsträger ein bestimmter Betrag zur Verfügung gestellt wird (im Jahr 2008 waren es rund 90 Mio. Euro) und der Fonds den einzelnen privaten Krankenanstalten entsprechend den von ihnen erbrachten Leistungen (nach dem LKF-System) Entgelte überweist. Im Unterschied zu den nach

LKF finanzierten Fondskrankenhäusern erhalten Privatkrankenanstalten aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds allerdings nur eine Teilvergütung für einen LKF-Punkt. 2010 waren dies 40%.

„Der große Unterschied ist, dass wir einen Punktwert von 40 Cent haben, während die öffentlichen Häuser ca. einen Euro pro Punkt bekommen. Das ist noch immer so. Das liegt daran, dass der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds nur aus Sozialversicherungsmitteln gespeist wird und keine Steuermittel erhält. Früher wurden ja die Privatkrankenhäuser per Tagessatz entlohnt und diese Summe der damaligen Tagessätze wurde dann in den PRIKRAF gespeist und aufgeteilt.“ (F1-I2-1)

Die Umstellung von Tagespauschalen auf Fallpauschalen (LKF) wird von der Geschäftsführung als positive Entwicklung für die Krankenhausfinanzierung gesehen.

„Mit der Abschaffung der Tagespauschalen und der Einführung des PRIKRAF sowie der daran folgenden Korrekturen bei den Punkten haben wir uns der Kostenvahrheit genähert. Es ist besser als früher. Früher meine ich, dass man einen Tagssatz bekommen hat, ganz egal was man gemacht hat. Das ist jetzt schon ein großer Vorteil. Das heißt, wir haben von der Einführung des PRIKRAF profitiert, weil wir ein Leistungsspektrum haben, wo wir tatsächlich Medizin machen. Das Märchen, dass in Privatkrankenhäusern nur Wimmerln operiert werden, hat sich schon erledigt, weil man sich die Leistungsstatistik nach Punkten vom Prikräf anschauen kann. Also nach den Punkten liegen wir nicht weit von einem Standardkrankenhaus entfernt. Was sicher der Punkt ist, dass wir keinen Akutbereich haben, der einzige Bereich, wo wir es haben, ist die Geburtshilfe und da haben wir auch die entsprechenden Ressourcen.“(F1-I2-2)

Ein finanzielles Problem stellt für das Krankenhaus die langfristige Sicherstellung der Investitionen dar, weil Privatkrankenanstalten keine Subventionen aus den Landesbudgets erhalten.

„Das Problem, das wir bei der Finanzierung haben, ist die langfristige Sicherstellung der Investitionen. Also der laufende Betrieb ist mit Sozial- und Zusatzversicherungen abdeckbar. Das Problem sind also Investitionen, die einfach durch die Entwicklung der Medizintechnik nötig sind, aber sehr teuer sind. Und das geht beispielsweise nur in der Spezialisierung.“ (F1-I2-2)

Ein zusätzliches Finanzierungsproblem für das Krankenhaus ergibt sich daraus, dass Privatkrankenanstalten keine so genannte „Abgangsdeckung“ erhalten. Bei kommunalen Spitälern wird ein etwaiger Verlust durch die Träger (Länder und Gemeinden) ausgeglichen. Das führt laut Geschäftsführung dazu, dass das Fallstudienkrankenhaus nur Leistungen erbringen kann, die durch Sozialversicherung und Zusatzversicherung abgedeckt sind.

„Ein Unterschied zwischen den 40 Cent und dem Euro ist auch noch, dass die öffentlichen Häuser eine Abgangsdeckung haben. Das heißt, wenn der Euro nicht reicht, werden durch die Träger, das ist in der Regel Gemeinden und Länder, die Defizite abgedeckt. Das gibt es bei uns nicht. Dass wir keine Abgangsdeckung haben, weil wir ja auch keinen Träger haben, der das zahlen würde, heißt dann schon, dass wir nur Leistungen erbringen können, die durch Sozialversicherung und Zusatzversicherung finanzierbar sind. Wobei das nach Fachbereich zu betrachten schon schwierig ist, weil ich kann einem Belegarzt nicht sagen, das darfst du bei uns operieren und das nicht.“ (F1-I2-6)

Belegarztsystem als Organisationsprinzip

Das Krankenhaus wird als Belegarztkrankenhaus geführt. 500 Belegärztinnen und Belegärzte²⁵ betreuen in dem Krankenhaus ihre PatientInnen.

In einer Entscheidung des Obersten Gerichtshofs (Ob 267/99t) vom 27.10.1999 wird der Belegarzt wie folgt definiert:

„Belegarzt ist ein Arzt, dem vom Rechtsträger des Belegspitals das Recht gewährt wird, seine Patienten im Belegspital unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Räume und Einrichtungen stationär zu behandeln. Der Belegarzt ist befugt, diese Patienten im Belegspital zu operieren und, solange eine stationäre Behandlung erforderlich ist, dort nachzubehandeln bzw. vom Spitalspersonal betreuen zu lassen. Zur Durchführung der Operation hat das Belegspital seine Räumlichkeiten, Apparate und Instrumente entsprechend zur Verfügung zu stellen. Dem Belegarzt wird grundsätzlich auch die Mitwirkung nachgeordneter Ärzte, Schwestern und Pfleger zugesagt. Soweit dies der Fall ist, unterstehen diese Personen im Rahmen der Behandlung des Patienten, jedenfalls aber im Zuge einer vom Belegarzt vorzunehmenden Operation, den Weisungen und Anordnungen des Belegarztes.“

Die Verantwortliche für die neu gegründete Stabstelle für das Belegarztservice beschreibt das Belegarztsystem aus Perspektive des Krankenhauses folgendermaßen:

„Der Patient kommt mit seinem Arzt hierher, der Patient mietet praktisch das ganze Equipment da, der Patient bekommt bei uns ein Bett und hat dann einen Vertrag mit dem Haus und seinem Arzt. Zuständig für den Patienten sind der betreuende Arzt und wir, in Kooperation. Wir sind praktisch Erfüllungsgehilfen. Also unser Haus stellt dem Arzt alles zur Verfügung, was er braucht, um den Patienten adäquat behandeln zu können.“ (F1-14-3)

In diesem Fallstudienkrankenhaus kommen 80% der PatientInnen über den Belegarzt oder die Belegärztin an das Krankenhaus. Dabei überwiegt die Zahl der privatversicherten PatientInnen bei weitem die Zahl der SelbstzahlerInnen. Bei BelegpatientInnen handelt es sich im Regelfall um privatversicherte PatientInnen, die einen geplanten Eingriff von einem Arzt ihrer Wahl durchführen lassen wollen.

BelegärztInnen stehen in keinem Anstellungsverhältnis zu der oder den Krankenanstalten, in denen sie belegen. Sie erhalten für ihre Tätigkeit ein Entgelt von den PatientInnen bzw. deren privaten Krankenversicherungen.

Im Belegsystem spricht man vom so genannten „geteilten Behandlungsvertrag“. Grundlage für die Behandlung eines/r Patienten/in sind die zwischen den BelegärztInnen und den PatientInnen abgeschlossenen Behandlungsverträge sowie die zwischen der Privatklinik und den PatientInnen abgeschlossenen Krankenhausverträge, welche die Unterbringung, Versorgung und Betreuung sowie die Pflege und damit zusammenhängende Leistungen umfassen. Darüber hinaus besteht eine Rechtsbeziehung zwischen den BelegärztInnen und dem Belegspital. Dieser Vertrag sieht im untersuchten Fall beispielsweise vor, dass

²⁵ Der Begriff rührt daher, dass man im Bereich der Krankenanstalt von zu belegenden Betten und von einem "Belag" spricht. Ein Belegarzt ist demnach ein Arzt, der die Möglichkeit hat, Patienten, die eine Behandlung von ihm wünschen, in einer Krankenanstalt zu betreuen.

„ausschließlich die BelegärztInnen für die medizinische Behandlung, Anordnungen, Einleitung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und deren Dokumentation in der Krankengeschichte für die von ihnen eingewiesenen PatientInnen zuständig (sind).“ (Auszug aus den Vertragsbedingungen)

Das Krankenhaus wirbt auf seiner Webseite mit seiner hohen Serviceorientierung in Bezug auf BelegärztInnen. ‚Offensiv‘ gesucht werden BelegärztInnen laut Geschäftsführung jedoch nur in Ausnahmefällen, da es viele InteressentInnen gebe. Viele BelegärztInnen kommen über Vermittlung der im Haus angestellten ÄrztInnen an das Krankenhaus.

„Es ist so, dass wir eigentlich nicht offensiv suchen. Zum einen sind es Kontakte unserer Spitalsärzte, zum anderen wollen auch welche zu uns kommen. Für bestimmte Bereiche sprechen wir schon auch einzelne an. Es ist aber schon so, dass Ärzte, die privat tätig sind, sich über kurz oder lang für ein Haus entscheiden. Weil es auch organisatorisch nicht machbar ist, in fünf Häusern Belegarzt zu sein.“ (F1-I3-8)

Interessiert sich ein privat tätiger Arzt dafür, Belegarzt in dem untersuchten Krankenhaus zu werden, finden zunächst Abklärungsgespräche statt. Bei positivem Ergebnis wird schließlich eine Vereinbarung abgeschlossen.

„Es gibt dann schon viele Gespräche, wo wir versuchen, seine Anforderungen und unsere unter einen Hut zu kriegen, wo man sagt, was braucht er an medizinischer Ausstattung, da geht es um Bettenreservierung, was braucht er an besonderen Anforderungen an das Pflegepersonal, da passiert sehr, sehr viel über persönliche Gespräche. Also wirklich so, wie er sich seine Tätigkeit vorstellt, was wir uns vorstellen, welche Ressourcen wir anbieten können.“ (F1-II-10)

Zusätzlich zu den BelegärztInnen sind im untersuchten Krankenhaus zwölf ÄrztInnen angestellt. Bei den ÄrztInnen handelt es sich zum einen um FachärztInnen in den Schwerpunktbereichen der Privatkrankenanstalt, zum anderen um FachärztInnen in den Bereichen Innere Medizin und Chirurgie.

„Wir haben einen kleinen Stamm von Hausärzten. Genau so viel, dass wir einen Rund-um-die-Uhr-Dienst haben. Wir sind auch eines der wenigen Privatkrankenhäuser, die auch Primärärztestruktur haben. Das ist sehr wertvoll. Das sind zwölf. Das ist schon wichtig, auch wenn es Probleme bei der Pflege gibt, dass immer wer da ist, auch für den Fall, dass es einmal Probleme in der Zusammenarbeit mit Belegärzten gibt.“ (F1-I4-4)

4.1.2. Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien des Krankenhauses

Als wesentliche Veränderungen werden seitens der Geschäftsführung des Krankenhauses der steigende Kostendruck und der zunehmende Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern um zusatzversicherte PatientInnen gesehen.

Um dem steigenden Kostendruck zu begegnen, wird auf Angebotsspezialisierung gesetzt. Spezialisierung und Schwerpunktsetzung auf einzelne Bereiche senkt die Kosten, vor allem im Hinblick auf Investitionen.

„Das Problem sind Investitionen, die einfach durch die Entwicklung der Medizintechnik nötig sind, aber sehr teuer sind. Und das geht beispielsweise nur in der

Spezialisierung. Also unser Haus geht zunehmend den Weg, sich im medizinischen Leistungsspektrum zu spezialisieren. (...) Und wir haben das X-Gesundheitszentrum zertifiziert. Mit einer guten Vernetzung haben wir ein Gesamtangebot, wie es auch in der Zertifizierung gefordert ist. (...) Das ist so das Leistungsspektrum.“ (F1-II-5)

Allerdings sind der Spezialisierung, so die Geschäftsführung, auch Grenzen gesetzt. Eine medizinische Basisversorgung ist unabdingbar.

„Es ist aber so, dass man um Schwerpunkte zu machen, trotzdem eine Basismedizin braucht. Das heißt, die Spezialisierung ist nur bis zu einem gewissen Punkt machbar. Und wir bewegen uns zurzeit um ungefähr 60% Leistungen in den Spezialisierungsfächern und 40% in den allgemeinen. Ich denke, man kann das vielleicht noch ein bisschen weitertreiben, aber dann ist es aus. Aber gerade die adäquate medizintechnische Ausstattung ist nur möglich, wenn man auf Spezialisierungen setzt.“ (F1-II-6)

Gleichzeitig soll die Spezialisierung aber auch zur Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Anbietern dienen und dadurch die Auslastung des Krankenhauses erhöhen. Eine hohe Auslastung ist, so die Geschäftsführung, unabdingbar, um das Krankenhaus überhaupt finanzieren zu können. Da 80% der PatientInnen über BelegärztInnen in das Krankenhaus kommen, ist hohe Serviceorientierung des Krankenhauses gegenüber BelegärztInnen eine wichtige Strategie, um BelegärztInnen an das Haus zu binden (siehe auch vorhergehendes Kapitel). Das Krankenhaus setzt dabei auf gute medizinische Ausstattung, PatientInnenzimmer mit hohem Komfort, aber vor allem auf kompetentes und freundliches Pflegepersonal.

„Wir haben vor fünf, sechs Jahren eine große Diskussion gehabt, wo können wir, unser Haus, uns von anderen positiv unterscheiden. Wir können baulich nicht punkten, da sind wir begrenzt. Wir haben gesagt, die Unterscheidung zu anderen Privathäusern muss bei uns über das Personal gehen. Unser Ziel ist das beste Personal zu haben, das freundlichste und kompetenteste. Das ist uns in hohem Ausmaß gelungen und das zeigen auch die Patientenfragebögen, wo wir immer über 80% höchste also ausgezeichnete Zufriedenheit mit dem Personal bekommen. Und das ist es auch: wenn man ein gutes Personal hat, ein gutes Klima hat und sich wohl fühlt.“ (F1-II-12)

Um die Auslastung zu erhöhen, wurden zudem organisatorische Maßnahmen gesetzt, wie beispielsweise die Verlängerung der Operationszeiten, und zwar sowohl Tageszeiten als auch Wochenenden betreffend.

„Bei den Operationen ist es so, dass wir sehr lange am Tag operieren, also bei uns gibt es das nicht, dass um 15.00 Uhr Schluss ist, und das ist alles Einsatz von Menschen. Samstag operieren wir auch, da haben wir zwei von drei OPs offen, Sonntag einen von drei. Weil das auch wieder von den Patienten abhängt. Die meisten wollen am Sonntag nicht operiert werden.“ (F1-I4-5)

Outsourcing ist in diesem Krankenhaus als Strategie der Kosteneinsparung nur von geringer Relevanz. Die Geschäftsführung erklärt dies vor allem mit steuerrechtlichen Gründen.

„Wir sind gemeinnützig und daher vorsteuerbefreit. Deswegen ist Auslagerung als Kostenersparnis kein großes Thema, weil wir das Problem haben, dass wir die Dienstleistung immer mit der Umsatzsteuer einkaufen.“ (F1-II-5)

Ausgelagert wurde allerdings vor einigen Jahren die Leitung der Haustechnik an einen spezialisierten Dienstleister. Als Motive werden zum einen der Zugang zu besserem Know-how, zum anderen die Delegation der Verantwortung bzw. die Risikominimierung angegeben. Bezüglich besserem Know-how wird argumentiert, dass ein spezialisierter Dienstleister eher in der Lage ist, auf dem neuesten technischen Stand zu bleiben, als ein kleines Unternehmen, in dem dieser Funktionsbereich einer von vielen ist.

„Das Einzige, was wir ausgelagert haben, ist die Führung des Gebäudemanagements, bei einer solchen kleinen Organisation ist einfach das technische Know-how und Wissen schwierig zu halten.“ (F1-II-6)

Aus Kostengründen war vor einigen Jahren auch das Outsourcing der Reinigung geplant. Reinigungsfirmen weisen niedrigere Kollektivvertragshöhen auf als im Krankenhaus üblich. Dieser Outsourcingplan wurde allerdings von den BetriebsrätInnen im Krankenhaus verhindert. Die Betriebsrätin beschreibt diesen Prozess:

„Wir haben einmal klar definiert, dass das für uns nicht in Frage kommt. Wir wollten einfach die Arbeitsplätze erhalten. Langfristig gesehen, war es auch nicht vorstellbar, weil es mit Reinigungsfirmen immer Probleme gibt. Weil ich einfach auch nicht wollte, dass das dann am Pflegepersonal hängen bleibt. So wie Geschirr wegräumen und solche Dinge, wenn der Nachtdienst kommt. Das war auch von der Vorstellung her unvereinbar für uns. Wir konnten dann auch noch überzeugen, dass das nicht wesentlich billiger ist. (...) Das Ursprungsargument waren die Kosten, weil die Reinigungsfirmen bei ihrem Einstieg und den Kostenvorschlägen immer vorgeben günstiger zu sein, aber in der Regel nicht dazusagen, dass auch ihre Leistungen entsprechend begrenzt sind. Für ein Privatspital ist es meiner Meinung auch extrem wichtig, dass immer dieselben Personen putzen, und nicht jeden Tag ein anderer in das Zimmer hineinrennt. Nicht dass ein Patient eine Woche daliegt und jeden Tag einen anderen Fremden im Zimmer hat. Ja, das waren viele Dinge, wo wir versucht haben, zu überzeugen.“ (F1-I2-9)

Das Outsourcing wurde abgewehrt, allerdings um den Preis sich verschlechternder Arbeitsbedingungen für die Reinigungskräfte. Zum einen wurden Sozialleistungen des Betriebs für diese Beschäftigtengruppe gekürzt, wie beispielsweise das Gratis-Mittagessen, und es wurden nur mehr befristete Teilzeitverträge bis zu maximal 25 Stunden angeboten. Die befristeten Teilzeitverträge werden derzeit aber wieder in Vollzeitbeschäftigung rückgewandelt, da die Fluktuation im Reinigungsbereich stark zugenommen hat, was zuletzt auch zu Qualitätsverlusten führte.

Ein Kooperationsvertrag (PPP) zwischen der Privatklinik und einem öffentlichen Krankenhaus wurde 2010 abgeschlossen. Er betrifft die Arzneimittelversorgung der Privatklinik durch die Anstaltsapothek des öffentlichen Krankenhauses. Diese Kooperation bringt laut Geschäftsführung der Privatklinik vor allem den Vorteil eines günstigeren Einkaufs und geringerer Lagerhaltungskosten.

4.1.3. Organisatorische Veränderungen

Die Krankenhaus-Leitung besteht aus der Geschäftsführung (Verwaltungsdirektion), Pflegeleitung und Ärztlicher Leitung. Der Geschäftsführung sind vier Stabsstellen zuge-

ordnet: Qualitätsmanagement, Finanzen und Controlling, Personalentwicklung und eine neu geschaffene Stabsstelle für das Belegarztservice.

An arbeitsorganisatorischen Veränderungen ist die Einführung von Stationssekretärinnen zu nennen. Aufgrund des zunehmenden Dokumentationsaufwands sollen sie diplomierte Pflegekräfte bei der Dokumentation entlasten.

„Wir haben aufgrund der Zunahme der Dokumentationsarbeit Stationssekretärinnen eingeführt. Die machen Vorbereitungsarbeiten für die Krankengeschichten, also Krankengeschichten ausheben, Formulare ausfüllen etc. etc. Sie entlasten damit vor allem das Pflegepersonal, weil durch das Belegarztsystem die Ärzte von diesen Arbeiten immer schon sehr entlastet waren. Es ist bei uns schon so vororganisiert, dass der Arzt wenig eigene Dokumentation machen muss.“ (F1-II-11)

Eine Umwandlung der Abteilungsorganisation in eine Prozessorganisation wird von der Geschäftsführung als Ziel der nächsten fünf Jahre definiert. Erste Schritte wie Prozessbeschreibungen, d.h. die Beschreibung aller Arbeitsabläufe, werden derzeit gesetzt. Eingebunden in diesen Veränderungsprozess sind alle Führungskräfte des Krankenhauses sowie die BetriebsrätInnen.

„Das Problem bei solchen Maßnahmen ist ja immer die Vielfalt von Prozessen. Wir versuchen das aber sehr schmal zu halten. Wir haben uns bei der Prozessbeschreibung auf 31 Prozesse geeinigt, also reduziert, um alle Abläufe im Haus bzw. Gesamtunternehmen zu beschreiben. Also keinen Wildwuchs, im Einkauf beispielsweise, ein Einkauf ist ein Einkauf, ob für die Küche oder von Medikamenten. Also ich denke, dass wir schön langsam die Organisation von einer Abteilungsorganisation zu einer Prozessorganisation umwandeln. Das ist ein Thema der nächsten fünf Jahre.“ (F1-II-7)

4.1.4. Personalpolitik und Dienstleistungsqualität

Das Krankenhaus setzt im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern – wie bereits erwähnt – vor allem auf kompetentes und freundliches Pflegepersonal und hohe Pflegequalität. Die besondere Bedeutung der Pflegekräfte im Unterschied zu anderen Krankenhäusern ist eng mit der Belegarztstruktur verknüpft, da die Pflegekräfte in diesem Fall den fachlichen Kern der Stammebelegschaft bilden und auch quantitativ die größte Beschäftigtengruppe darstellen.

Aus der Belegarztstruktur resultieren auch spezifische Anforderungen an das Pflegepersonal, wie die Personalverantwortliche des Krankenhauses beschreibt.

„Wir bekommen genug Personal. Das Problem, das wir haben, ist, dass sie schon sehr selbstständig sein müssen. Ein Beispiel ist, wir haben eine Hebamme gesucht. Ich kann keine nehmen, die von der Schule kommt. Das ist immer so eine Abwägungssache, was zahle ich und was bekomme ich dafür. Wir haben ein Belegarztsystem, das heißt, wir haben zwar eine Gynäkologin, die hausangestellt ist, die macht das, aber grundsätzlich werden die Patienten von ihren Ärzten betreut. Und gerade bei der Geburt fängt einmal die Hebamme mit der Entbindung an bis der Arzt kommt. (...) Die Gynäkologin ist eigentlich für den Notfall da, damit sie eingreifen kann, wenn es notwendig ist. Aber sonst nicht.“ (F1-I6-4)

Ein Kernelement der personalpolitischen Leitlinie stellen daher Versuche der Bindung der Pflegekräfte an das Krankenhaus dar.

Zu den personalpolitischen Instrumenten zählt dabei ein breites Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten.

„Aber man versucht schon, die einzelnen Wünsche zu erfüllen. Nicht zu erfüllen, bringt ja nichts. Wenn wer unbedingt was Berufsspezifisches machen will und du lässt das nicht zu, geht die dann dorthin, wo sie es machen kann. Die bleibt nicht.“ (F1-I2-10)

Der Zugang zu Weiterbildung ist, so unsere InterviewpartnerInnen, für alle Beschäftigten, insbesondere für die Pflegekräfte, offen und wird auch gefördert.

„Wir haben innerbetriebliche Fortbildungen, die gut organisiert sind. Also berufsspezifische Fort- und Weiterbildung wird eigentlich immer zu gewähren versucht. Und wir haben auch in der Personalstelle eine Sekretärin, die sensationell darin ist, Förderungen aufzustellen. Die lukriert alles, vom AMS, etc. Grundsätzlich, wenn eine Weiterbildung vom Unternehmen als beruflich wertvoll akzeptiert wird, dann gibt es die Zeit und es wird in der Regel auch bezahlt, außer es überschreitet das Budget, dann wird es vielleicht verschoben.“ (F1-I3-7)

Zusätzlich zu den Weiterbildungsangeboten wird in diesem Krankenhaus aber auch versucht, fachliche Interessen einzelner MitarbeiterInnen zu fördern. Ein Beispiel ist eine diplomierte Pflegekraft, die sich für Chemotherapie interessierte. Ihr wurde die Möglichkeit gegeben, sich ausschließlich diesem Fachbereich zu widmen.

„Wichtig ist auch oder ein wichtiges Thema ist, spezielle Interessen der Mitarbeiter zu fördern. Da kam zum Beispiel eine Mitarbeiterin und hat gesagt, sie würde besonders die Betreuung bei Chemotherapie interessieren. Diese Mitarbeiterin wurde aus dem normalen Dienst herausgenommen und hat die Chance bekommen, auch indem umorganisiert wurde, sich ausschließlich diesem zu widmen. Die macht das jetzt mit Leidenschaft und das ist der Punkt, die Interessen der Mitarbeiter zuzulassen und zu fördern, es aufzunehmen und zu sagen, wenn du speziell was machen willst, fördern wir dich.“(F1-I1-11)

Ein weiteres wesentliches Element der Personalpolitik in diesem Krankenhaus ist, darin stimmen die InterviewpartnerInnen überein, eine Haltung der Wertschätzung gegenüber dem Pflegepersonal bzw. die Anerkennung der Leistung des Pflegepersonals.

Diese Wertschätzung wird zum einen deutlich an bestimmten Sozialleistungen, wie etwa, dass Beratungen in Krisenfällen aus einem Sozialfonds bezahlt werden. Dies wird deutlich an zusätzlichen monetären Leistungen, wie die Auszahlung von Jahresprämien an alle MitarbeiterInnen. Belastungen des Personals werden, auch darin herrscht Übereinstimmung ‚ernst genommen‘. So werden längere und häufigere Krankenstände älterer MitarbeiterInnen vom Arbeitgeber problemlos akzeptiert, wie eine Pflegekraft erzählt. Dazu gehört auch, dass die niedrige Krankenstandsrate des Pflegepersonals im Krankenhaus sowohl von der Geschäftsführung als auch von der Betriebsrätin aus längerfristiger Perspektive problematisiert wird.

„Wir haben eine niedrige Krankenstandsrate. Das macht mich aber nicht immer glücklich, weil ich manchmal das Gefühl habe, vor allem die Pflegekräfte, die sind ja sehr sozial, haben einen hohen Frustrationslevel, und gehen wenig in den Krankenstand und irgendwann wird alles zu viel.“(F1-I2-4)

Zur Vorbeugung gesundheitlicher Gefährdungen wurde daher auch ein Gesundheitsförderungsprogramm implementiert. Die Geschäftsführung berichtet vom Scheitern der ersten Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

„Wir haben ein großes Programm, was die Gesundheitsförderung betrifft. Da gibt es eine ganze Latte von Dingen, die man bei uns tun kann. Das ist aber auch spannend, weil es gar nicht so leicht ist, Gesundheitsförderung anzubieten. Wir haben einiges probiert, wir haben eigene Kurse im Haus angeboten, was nicht funktioniert hat.“ (F2-II-8)

Ausgehend von diesen Erfahrungen wurde dann dazu übergegangen, einerseits gesundheitsfördernde private Aktivitäten monetär zu fördern, beispielsweise eine Jahreskarte im Fitnesscenter, und andererseits eine Burn-out-Prophylaxe im Krankenhaus anzubieten, für die ein externer Trainer vier Wochenstunden zur Verfügung steht. Die Burn-out-Prophylaxe soll weiter ausgebaut werden.

„Wir haben einen Burn-out-Prophylaxe-Trainer vier Stunden in der Woche. Der tut für die, die wollen, die sich halt melden ... und der macht so Folder. Da gibt es einmal pro Monat einen Jour fixe. Das ist auch in den Kinderschuhen, ist auch noch nicht lang.“ (F1-I5-4)

4.1.5. Beschäftigung

Beschäftigungsentwicklung

Rund 250 MitarbeiterInnen sind im Krankenhaus beschäftigt (etwa 210 Vollzeitäquivalente). In den letzten Jahren ist die Zahl der Beschäftigten im Krankenhaus geringfügig – um zwei bis vier Beschäftigte pro Jahr – gewachsen, primär im Berufsfeld Pflege. Der Frauenanteil an den Beschäftigten beträgt 80%.

In den letzten Jahren hat der Anteil der Teilzeitbeschäftigten zugenommen. Zurückgeführt wird dies zum einen auf die Einführung der gesetzlichen Elternteilzeit.

„Wir haben in der Pflege Teilzeitleute, also da wollen die Leute gerne Teilzeit arbeiten. Wir versuchen seit der Elternteilzeit, da kommen wir eh nicht drum herum, auch da flexibel zu sein und uns Gedanken zu machen. Da setzen wir uns an den Tisch und schauen, wie das möglich ist. Natürlich, je kleiner das Haus ist, desto schwieriger ist es.“ (F1-I4-6)

Zusätzlich steigt, so die Betriebsrätin, der Anteil der Pflegekräfte, die aus verschiedenen Gründen Teilzeit arbeiten wollen.

„Aber in der Pflege haben wir auch einige, die nicht mehr arbeiten wollen und nebenbei irgendwas machen. Bei uns kann man auch eine Nebenbeschäftigung anmelden, das wird nicht untersagt, solange es keine Konsequenzen für das Unternehmen hat.“ (F1-I2-7)

Im Arbeiterinnenbereich, konkret in der Reinigung, wurde hingegen einige Jahre nur Teilzeitbeschäftigung angeboten. Derzeit wird das System jedoch wieder auf Vollzeitbeschäftigung umgestellt. Die Ursache: hohe Personalfuktuation.

„Und wir haben im Arbeiter- und Reinigungsbereich das Problem, dass sie Teilzeit arbeiten müssen. Weil einfach nichts anderes angeboten wird. Das ist damals auch aus dieser Auslagerungsgeschichte entstanden. Wir haben das eben verhindert mit Kürzung der Sozialleistungen, Streichung der Überstundenpauschale und Übernahme eines externen Reinigungskonzeptes. Und jetzt nach fünf oder sechs Jahren haben wir offiziell den Auftrag bekommen, also Betriebsrat gemeinsam mit Wirtschaftsleitung, ein neues Konzept zu erstellen, um rückzukehren zum alten System, weil wir eine Personalfuktuation hatten, die wir vorher noch nie hatten. Weil 25 Stunden von einem Arbeiterinnengehalt, da kann man nicht davon leben. Die Leitung hat gesagt, ihr habt recht gehabt. Das ist keine Qualität und wir haben auch Qualitätsmessungen bezüglich Reinigung.“ (F1-I2-8)

Poolkräfte werden in diesem Krankenhaus nur in Ausnahmefällen eingesetzt, beispielsweise bei Krankenständen oder Urlauben. Die Betriebsrätin sieht diese Form des Pool-einsatzes positiv, da er die im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte entlastet.

„Wir haben keine Dauerpools. Wir haben Pools im kurzfristigen Krankenstand, also Notfallpooledienste. Da sind wir auch sehr froh, dass wir die haben. Mit der Situation kann ich gut leben, weil wir dann die eigenen Leute nicht überbeanspruchen müssen. Wenn sie das zahlen, wenn wer krank wird, dann passt das. ... Wir haben die Pools bei den Kosten auch nicht in den Sachwerten versteckt, sondern die stehen bei uns unter Personalkosten, also Poolkosten. Das heißt, was es wiegt, das hat es. Das heißt, die werden nicht versteckt.“ (F1-I2-8)

Einkommensentwicklung

In den letzten Jahren wurde nach langen Verhandlungen zwischen Gewerkschaft und Arbeitgebern das kollektivvertragliche Lohnschema für private Krankenanstalten angehoben. Von 2008 auf 2009 wurde beispielsweise der KV-Lohn für die Beschäftigten um 6% erhöht. Zusätzlich wurden die Erschwernis-, Gefahren- und Infektionszulagen um 4% erhöht. Da aber zum Teil Überzahlungen einberechnet wurden, führte die Neuregelung nicht in jedem Fall automatisch zu einer Lohnerhöhung. Von der Betriebsrätin des Krankenhauses wurde diese Erhöhung als Erfolg erlebt, da die Neuregelung mehr Einkommenssicherheit schafft. Denn anders als bei einer Überzahlung muss der Arbeitgeber diesen KV-Lohn in jedem Fall zahlen.

„Ich kann nicht jammern, wir haben einen Kollektivvertrag, der gut aufgewertet wurde in den letzten Jahren, plus 6% exklusive der eigentlichen Lohnerhöhungen. Das ist jetzt grundsätzlich für alle Privatkrankenanstalten so. Wir haben ja teilweise horrende Überzahlungen gehabt. Dann sind wir hergegangen und haben versucht, diese Überzahlungen zu legalisieren, das heißt, in den KV einfließen zu lassen. Das heißt, wir haben Überzahlungen reduziert – von 2008 auf 2009 – und gleichzeitig ist eine kollektivvertragliche Erhöhung um 6% vereinbart worden. Das hat zwar für einige Bereiche nicht wirklich Mehrkosten verursacht, aber in anderen Bereichen, vor allem in den Arbeiterbereichen, hat es dem Krankenhaus schon einiges gekostet.“ (F1-I2-5)

BelegärztInnen erhalten für ihre Tätigkeit ein Entgelt von den PatientInnen bzw. deren privaten Krankenversicherungen. Was die Höhe der von den BelegärztInnen verrechenbaren Honorare betrifft, gilt der Grundsatz, dass diese Honorare zwischen Arzt und Patient in den Grenzen der Angemessenheit frei vereinbart werden können. Dieser Grundsatz ist allerdings in der Praxis durch die Bindung an die Direktverrechnungsüberein-

kommen mit den privaten Krankenversicherungen stark eingeschränkt. Von wesentlicher materieller Bedeutung im Zusammenhang mit der Höhe der verrechenbaren Honorare der BelegärztInnen sind jedoch die zwischen den jeweiligen Ärztekammern und dem Verband der Versicherungsunternehmen abgeschlossenen Direktverrechnungsübereinkommen, die die Höhe der Honorare der in der Sonderklasse tätigen ÄrztInnen – also auch der BelegärztInnen – regeln. Diese Direktverrechnungsübereinkommen differenzieren die Honoraransprüche einerseits nach Fachrichtungen, andererseits nach der Kompliziertheit der ärztlichen Leistung.

Neben diesen Direktverrechnungsübereinkommen, die mit den Ärztekammern betreffend die Ärztehonorare abgeschlossen werden, bestehen auch Direktverrechnungsübereinkommen für die Krankenanstalten, die in der Regel die Verrechnung von Tagsätzen vorsehen. Um sicherzustellen, dass von oder für die BelegärztInnen nicht beliebige Honorare verrechnet werden, sondern lediglich die im Direktverrechnungsübereinkommen mit der jeweiligen Ärztekammer vereinbarten, sehen die Direktverrechnungsübereinkommen mit den Krankenanstalten die Verpflichtung für die Krankenanstalt vor, in der betreffenden Krankenanstalt nur solche ÄrztInnen tätig werden zu lassen, die sich bei der Honorierung an die mit der Ärztekammer vereinbarten Honorarsätze halten. Diese Verpflichtung bezieht sich allerdings nur auf privatversicherte Patienten und nicht auf SelbstzahlerInnen. Den SelbstzahlerInnen dürfen allerdings keine geringeren Entgelte verrechnet werden, als den privatversicherten Patienten. In der Praxis überwiegt die Zahl der privatversicherten Patienten bei weitem die Zahl der SelbstzahlerInnen, so dass dem Direktverrechnungsübereinkommen hinsichtlich der Höhe der Honorare der BelegärztInnen eine erhebliche Bedeutung auch im Bereich der Privatkrankenanstalten zukommt.

Arbeitszeit – Mehrstunden

Grundlage der Arbeitszeitregelungen des untersuchten Krankenhauses ist das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz. Eine gesonderte Betriebsvereinbarung zur Überschreitung der Normalarbeitszeit gibt es nicht.

Traditionell erhalten Pflegekräfte in diesem Krankenhaus, wie auch in vielen anderen Krankenhäusern, eine Überstundenpauschale, die auch abgearbeitet werden muss. Es handelt sich dabei um acht Überstunden für OP-Pflegekräfte bzw. vier Überstunden für alle anderen Pflegekräfte.

Die Einstellungen der Pflegekräfte zu diesen Überstunden sind widersprüchlich. Einerseits „sind es natürlich mehr Stunden und sie sind manchmal auch unglücklich darüber“, andererseits

„... will keiner darauf verzichten, weil es einen finanziellen Verlust bedeuten würde. Weil bei uns einfach die Überstundenpauschale zum Gehaltsfixum gehört und 14-mal im Jahr. Und das sind zwischen 300 € und 500 € im Monat.“ (F1-I3-11)

Die Betriebsrätin erzählt, dass in diesem Krankenhaus auch die Möglichkeit geringerer Tagesarbeitszeit diskutiert wurde. Aber die MitarbeiterInnen würden zwölf bis 13 Stun-

den bevorzugen, da diese Arbeitseinteilung wiederum längere durchgängige arbeitsfreie Zeiten ermögliche.

„Die 12-bis-13-Stunden-Tagesarbeitszeit ist ja auch schon öfters diskutiert worden, aber die Mitarbeiter wollen das, weil sie so längere arbeitsfreie Zeit haben. Was auch Sinn macht bei der Arbeit, weil dann höre ich drei Tage nichts vom Spital. Wir haben viele Chemotherapiepatienten und so, und da ist es wirklich notwendig, dass die Leute ein paar Tage nicht an die Arbeit denken und dass sie sich distanzieren können und damit auch psychisch erholen können.“ (F1-I2-7)

Verändert haben sich Arbeitszeiten und Mehrarbeit in diesem Krankenhaus laut unseren Interviewpartnerinnen in den letzten Jahren nicht. Die Arbeitszeitpolitik im Krankenhaus ist auf die Begrenzung zusätzlicher Mehrarbeit ausgerichtet. Daher werden in Notfällen – bei langen Krankenständen oder Urlauben – Poolkräfte eingesetzt. Poolkräfte tragen in diesen Fällen auch dazu bei, die Dienstplanstabilität für die Pflegekräfte besser aufrechterhalten zu können. Die Geschäftsführung begründet diese Arbeitszeitpolitik damit, dass sich das Krankenhaus zusätzliche Mehrarbeit von MitarbeiterInnen nicht leisten könne, da dies zu einer „Zunahme von Belastungen und letztendlich Burnout bei den Mitarbeiterinnen“ führe.

4.1.6. Arbeitsbedingungen und Belastungen

In einzelnen Abschnitten wurde bereits auf Arbeitsbedingungen, vor allem auf jene der Pflegekräfte, verwiesen. An dieser Stelle erfolgt eine Beschreibung der Arbeitsbedingungen und Belastungen, die mit der spezifischen Ausrichtung und Struktur des Krankenhauses verknüpft sind.

Als belastend wird von den Pflegekräften in diesem Krankenhaus vor allem die Arbeitsverdichtung erlebt. Dies steht in engem Zusammenhang mit der Erhöhung der Bettenauslastung und dem Belegarztsystem.

„Die hohe Gesamtauslastung des Hauses erfordert einen hohen Einsatz des Personals, das heißt mit kurzen Verweildauern, wo ein Bett an einem Tag doppelt belegt ist, wo in der Früh einer entlassen wird und eine Stunde später der Nächste aufgenommen wird.“ (F1-II-6)

Zusätzlich wird von den Pflegekräften betont, dass die Anforderungen an ‚Servicequalität‘ gegenüber PatientInnen in diesem Krankenhaus sehr hoch sind.

„Wir müssen oft schneller sein. Schneller, ich weiß nicht, gerade in privaten Spitälern muss man ja immer am Markt bestehen, man hat Konkurrenz, muss natürlich vom Service und der Betreuung so perfekt wie möglich sein, und sich immer wieder was Neues einfallen lassen. Und dahingehend sind wir schon sehr gefordert. Weil einen Patienten warten lassen oder so, das können wir uns nicht leisten. Über diese Schiene Patientenservice wird wirklich ein hohes Maß erwartet und auch erfüllt, muss ich sagen. Ein Beispiel, wenn ein Patient läutet, und bei uns sagen Sie, ich komme sofort und kommen auch sofort. Bei einer vollen Station wird das oft sehr dicht.“ (F1-I5-8)

Die Zunahme der Pflegedokumentation, eine generelle Entwicklung im Pflegebereich, wird als weitere Aufgabe erlebt, die Arbeitszeit zusätzlich verdichtet. Gleichzeitig ver-

weisen die Pflegekräfte darauf, dass die Anstellung einer Stationssekretärin eine Entlastung des Pflegepersonals in Bezug auf Dokumentation bedeutete. Darüber hinaus zeigt sich, dass die Möglichkeit der Einbringung und auch Aufnahme von Überarbeitungsvorschlägen betreffs Dokumentation seitens der Pflegekräfte eine grundsätzlich positive Haltung der Pflegekräfte gegenüber der Dokumentation zur Folge hatte. Wesentlich dafür, dass die zunehmenden Dokumentationsaufgaben aber nicht als große zusätzliche Belastung erlebt werden, ist, dass in diesem Fallstudienkrankenhaus die verfügbare Zeit für die eigentlichen pflegerischen Aufgaben kaum abgenommen hat.

„Das ist etwas, was bei uns nicht funktioniert hat, dass wir die direkte Pflegequalität am Patienten reduzieren. Das geht einfach nicht. Die Anforderungen der Patienten, was zeitliche Zuwendungen betrifft, sind eher steigend.“ (F1-I3-8)

Dies ist auch deswegen möglich, da in diesem Krankenhaus das Pflegepersonal jährlich aufgestockt wird.

Jährlich wird in allen Abteilungen des Krankenhauses ein Personalplan erstellt. Ausgangspunkte sind dabei auf der einen Seite Auslastungszunahme und dichtere Arbeitszeiten, auf der anderen Seite der finanzielle Rahmen des Krankenhauses. Einbezogen in diesen Prozess sind auf der ersten Stufe MitarbeiterInnen der Abteilungen, auf der nächsten Stufe Geschäftsführung, Betriebsrat und Abteilungsleitungen.

„Ausgangspunkt ist die Frage, schaffen wir das noch mit dem bisherigen Personalstand. Wir schauen dann im Rahmen der Kostenstruktur, können wir Personal aufstocken, brauchen wir Personal, wenn wir die Qualität halten wollen. In den letzten Jahren stellte sich immer wieder heraus, dass wir zusätzliches Personal brauchen. Das wurde dann auch umgesetzt.“ (F1-I4-7)

Darüber hinaus findet alle zwei Monate eine Besprechung statt, an der Geschäftsführung, Betriebsrat und Abteilungsleitungen teilnehmen und den Personalstand diskutieren.

4.1.7. Zusammenfassung

Das Krankenhaus steht als Beispiel für eine gemeinnützige Privatklinik, die zum einen über den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF) und zum anderen über Kostenbeiträge von PatientInnen, meist in der Form von Zusatzversicherungen, finanziert ist. Der wesentliche Unterschied zu Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht besteht zum Ersten darin, dass Privatkrankenanstalten aus dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds nur eine Teilvergütung eines LKF-Punktes, nämlich 40% erhalten. Zum Zweiten müssen Privatkrankenanstalten Mittel für Investitionen erwirtschaften, da sie keine Subventionen aus den Landesbudgets erhalten. Drittens bekommen Privatkrankenanstalten auch keine so genannte „Abgangsdeckung“ (Verlustabdeckung durch Träger). Folgen dieser Finanzierungsstruktur sind, dass das Krankenhaus nur Leistungen erbringt, die durch Sozialversicherung und Zusatzversicherung abgedeckt sind, und dass eine hohe Auslastung des Krankenhauses notwendig ist, um die Finanzierung des Krankenhauses zu gewährleisten.

Angebotsspezialisierung im Sinne von Spezialisierung und Schwerpunktsetzung auf einzelne Leistungsbereiche senkt die Kosten, vor allem im Hinblick auf Investitionen,

und dient gleichzeitig zur Erhöhung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber anderen Anbietern und dadurch zur Steigerung der Auslastung des Krankenhauses.

Das Krankenhaus wird als Belegarztkrankenhaus geführt, ebenfalls ein typisches Organisationsprinzip von Privatkrankenanstalten. Das Krankenhaus fungiert in diesem Fall primär als ‚Bereitsteller‘ jener Leistungen, die der Belegarzt benötigt, um seine PatientInnen zu behandeln, das heißt, in der Regel zu operieren. Da in dieser Privatklinik über 80% der PatientInnen über den Belegarzt zum Krankenhaus kommen, ist eine hohe Serviceorientierung des Krankenhauses gegenüber BelegärztInnen eine wichtige Strategie, um diese an das Haus zu binden und so eine hohe Auslastung zu gewährleisten. Das Krankenhaus setzt diesbezüglich vor allem auf kompetentes und freundliches Pflegepersonal.

Den Pflegekräften kommt in dieser Privatklinik somit besondere Bedeutung zu. Sie bilden den fachlichen Kern der Stammebelegschaft und stellen auch quantitativ die größte Beschäftigtengruppe dar. Sehr stark belastet sind sie zum Ersten aufgrund der Erhöhung der Bettenauslastung. Zweitens nehmen sie hinsichtlich der Serviceorientierung gegenüber BelegärztInnen eine Schlüsselrolle ein, da es primär die Pflegekräfte sind, die mit den BelegärztInnen arbeiten. Drittens sind die Anforderungen an Servicequalität gegenüber PatientInnen sehr hoch.

Die Geschäftsführung setzt in dieser Situation vor allem Beschäftigungsmaßnahmen, die die Pflegekräfte entlasten sollen. So werden in Ausnahmefällen, beispielsweise bei Krankenständen oder Urlauben, Poolkräfte eingesetzt. Das Krankenhaus ist innerhalb unseres Samples auch eines der wenigen, in dem das Pflegepersonal – ohne dass ein Bettenausbau stattgefunden hat oder zusätzliche Leistungen angeboten wurden – in den letzten Jahren, wenn auch in geringem Ausmaß (in Vollzeitäquivalenten) jährlich aufgestockt wurde.

Zusammenfassend führen Umstrukturierungsmaßnahmen in diesem Krankenhaus zwar zu höheren Anforderungen für Pflegekräfte. Durch jährliche Personalaufstockungen und einer High-Road-Variante betrieblicher Veränderungsstrategie²⁶ ziehen diese höheren Anforderungen jedoch keine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte nach sich.

4.2. *Konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht – Teil eines konfessionellen Konzerns*

Diese Fallstudie behandelt ein konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht, das Teil einer Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH ist. Das untersuchte Krankenhaus verfügt über mehr als 250 Betten. Das Krankenhaus beschäftigt rund 600 MitarbeiterInnen (etwa 500 Vollzeitäquivalente).

²⁶ Der High-Road-Typus betrieblicher Innovation zeichnet sich vor allem durch zwei Zielsetzungen aus: eine möglichst umfassende Nutzung des qualifikatorischen Potentials der Beschäftigten sowie das Erschließen neuer Geschäftsfelder auf der strategischen Ebene (Brödner/Latniak 2002).

4.2.1. Ordenskrankenanstalten – Spezifika der Finanzierung

Ordenskrankenanstalten sind in Österreich in der Regel Fonds-Krankenanstalten, deren laufender Betrieb über den Krankenanstalten-Finanzierungsfonds des jeweiligen Bundeslandes finanziert wird. Wie bereits im ersten Teil des Berichts beschrieben, unterliegen Fonds-Krankenhäuser der bundesweiten Planung und sind gemäß § 16 KAKuG gemeinnützig. Neben dem Gewinnerzielungsverbot und dem Aufnahmegebot bestimmt das Gesetz, dass für Ordenskrankenanstalten LKF-Gebühren gemäß § 27 Abs. 1 für gleiche Leistungen in gleicher Höhe (§ 28) festzusetzen sind. Seit 1997 erfolgt die Honorierung (der Hälfte) des laufenden Betriebes von Krankenhäusern durch das „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System).

Das LKF-System ist eine Fallpauschalenhonorierung und erlaubt die Abrechnung des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Fonds-Krankenanstalten. Basis für die Berechnungen ist ein Punktesystem, das sowohl medizinische, ökonomische als auch statistische Kriterien bei der Berechnung miteinbezieht und immer wieder überarbeitet wird (vgl. Hofmarcher/Rack 2006, 192f). Dies ist das so genannte ‚zentrale Prinzip‘, das für alle Krankenhäuser gilt. Gleichzeitig gibt es allerdings einen LKF-Steuerungsbereich, der länderweise gestaltbar ist und die zusätzlichen strukturspezifischen Kriterien in den Ländern berücksichtigt. Ergebnis dieser zusätzlichen strukturspezifischen Kriterien ist, dass Ordensspitäler in der Mehrzahl der Bundesländer – so auch in Wien – eine geringere LKF-Punkteanzahl, und damit geringere Geldbeträge, für die gleichen Leistungen erhalten.

Zuzüglich zu diesen Mitteln erhalten die Ordenskrankenanstalten nach Maßgabe der Gesetzeslage im jeweiligen Bundesland Subventionen aus den Landesbudgets, so dass länderweise unterschiedliche Finanzierungsbedingungen vorliegen. In der Mehrzahl der Bundesländer liegen diese Subventionen unter jenen, die kommunale Krankenanstalten erhalten. Das heißt, Ordenskrankenanstalten müssen einen Teil der Investitionen und der laufenden Kosten selbst erbringen.

Die österreichischen Ordenskrankenhäuser haben daher vor einigen Jahren eine Kampagne unter dem Titel „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ gestartet. Ziel dieser Kampagne ist die Gleichbehandlung aller Fonds-Spitäler – das heißt, Gleichbehandlung von Ordenskrankenhäusern und Krankenhäusern in öffentlichem Eigentum – österreichweit.

4.2.2. Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien der Holding/des Krankenhauses

Als wesentliche Veränderung im Gesundheitswesen, die neue Strategien und Entwicklungen im Krankensektor erforderten, werden seitens der InterviewpartnerInnen vor allem der zunehmende Kostendruck und darüber hinaus die Finanzierungslücken der Ordensspitäler wahrgenommen.

„Der Kostendruck wird weiter zunehmen, ganz einfach, vor dem Hintergrund, dass die LKF-Punktentwicklung von der Steigerung, also der Indexierung, also dem was an Geld in das System kommt, in keiner Weise die Teuerungsrate, die Lohn- und Gehaltssteigerungen, die über den Kollektivvertrag vereinbart werden, das spiegelt sich in keinsten Weise wieder. D.h. die Schere geht immer mehr auf.“ (F3-GF-K4)

Aus dem Kostendruck ergibt sich, so die Geschäftsführung des Krankenhauses, wiederum eine zunehmende Konkurrenz der Krankenhäuser, vor allem um PrivatpatientInnen. Diese zunehmende Konkurrenz erfordert laut Geschäftsführung zum Ersten bauliche Investitionen, da die Anspruchshaltung der PatientInnen ständig steige – Stichwort „Hotelisierung“.

„Die Anspruchshaltung wird größer, so wie es früher war, dass man sagt, früher – zehn Jahre – dass man Patienten in einem 6-Bett-Zimmer untergebracht hat und sie waren noch dankbar, das hat man heute so nicht mehr.“ (F3-I3-7)

Zum Zweiten mache die zunehmende Konkurrenz die Erarbeitung eines spezifischen Krankenhausprofils notwendig, das allerdings auch zunehmend vermarktet werden müsse.

Ein Sonderproblem der Ordenskrankenanstalten hinsichtlich des Kostendrucks ist, dass der Anteil der „billigen Ordensschwwestern und Ordensbrüder“ am Spitalspersonal aufgrund von Überalterung zurückgeht:

„Früher – dass muss man fairerweise schon sagen – wurde eine große Last von den Ordensfrauen und Ordensbrüdern mitgetragen, auch im Sinne von wirklicher Arbeit. Das verzerrt natürlich die Kosten. Aber gleichzeitig wird dies bedingt durch die Altersstruktur immer weniger. Das ist einfach so.“ (F3-II-2)

Strategien des Krankenhauses, dem zunehmenden Kostendruck und der wachsenden Konkurrenz zu begegnen, finden sich auf mehreren Ebenen:

Als Erstes ist der Beitritt zur Holding zu nennen. Befragt nach dem Nutzen der Holding werden seitens der Geschäftsführung die Möglichkeit der professionellen Führung des Unternehmens sowie die Nutzung eines Maximums an Synergien angegeben:

„Dort wo es sinnvolle Synergiebereiche gibt, sind sie geschaffen worden oder entwickelt, wie z.B. der zentrale Einkauf, wobei es so ist, die Endentscheidung liegt nach wie vor beim Haus, dort werden für uns Rahmenbedingungen geschaffen, dort wird für uns endverhandelt, ich muss nicht alles selbst bis zum Schluss verhandeln,sondern, das ist dort, wo uns Dienstleistung widerfährt, und dort wird auch gebündelt. Weil wenn drei Häuser Ultraschallgeräte kaufen, ist es besser als wenn es die Häuser einzeln kaufen. Das betrifft auch IT. ... Patientenverrechnung, Rechnungswesen. Wir als kleines Krankenhaus kommen dadurch in den Genuss von Dienstleistungen einer Qualität, die wir uns als Einzelhaus nie leisten könnten und gleichzeitig wurde ein Markenname geschaffen und das kommt uns zugute.“ (F3-II-10)

Generell verfolgt die Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH eine Erweiterung des Angebots durch Eingliederung von Einzelspitälern. Gleichzeitig findet sich bezogen auf die Einzelspitäler eine Spezialisierungspolitik. Das heißt, soweit es der Krankenanstaltsplan (öffentliches Planungsinstrument) zulässt – von den Krankenhäusern muss je nach regionalem Krankenanstaltsplan auch Akutversorgung gewährleistet werden –, werden fachspezifische Schwerpunktsetzungen in den einzelnen Krankenhäusern vorangetrieben.

Eine Spezialisierung auf einzelne Leistungsbereiche senkt die Kosten im Spitalsbereich – sowohl Personalkosten als auch Investitionskosten, da medizinische Geräte vielfach nur für spezifische Bereiche gebraucht werden – und erhöht die Produktivität. Die Ein-

sparung bei den Personalkosten durch eine solche Spezialisierungsstrategie wird vom Geschäftsführer des untersuchten Krankenhauses genau beschrieben. Das Krankenhaus stellt allerdings innerhalb des Konzerns insofern eine Ausnahme dar, als es sich bereits in den letzten Jahrzehnten zu einer Fachklinik hin entwickelt hat. Zweitens setzt das Krankenhaus auf einen quantitativen Ausbau der bisherigen Angebote.

„Wir können uns zunächst einmal auf ein Fach konzentrieren, was schon von den Overheadkosten was anderes ist, als wenn ich intern eine Chirurgie, eine Geburtshilfe und eine Interne habe. Geburtshilfe heißt beispielsweise, ich brauche einen Kinderarzt, der vielleicht einmal jede zweite Nacht gebraucht wird, der aber bezahlt werden muss. Das heißt, wir sind, was das angeht, schon von der Struktur her stromlinienförmig. Das heißt, wir brauchen weniger Nachtdienste, weil die Abteilungen alle ein ähnliches Spektrum haben und der Nachtdiensthabende alle Abteilungen im Haus abdecken kann. Solche Dinge. Und dann kommt noch dazu – das kann man jetzt so oder so sehen –, dass der Bedarf an unseren Leistungen weitaus höher ist als das Angebot. Das heißt, wir sind kontinuierlich dran, unser Angebot auszubauen. Wir haben die OP-Zeiten erweitert und OP-Zahlen erhöht, haben neue Operationssäle.“ (F3-II-3)

Eine weitere wichtige Strategie besteht darin, die Zahl der Operationen, die wirtschaftlich, im verrechnungstechnischen Sinne, ja am wichtigsten sind, bei gleich bleibenden Personalressourcen zu erhöhen und damit die Produktivität zu steigern. Dies ist in den letzten Jahren auch gelungen. Zusätzlich wird versucht, die Aufenthaltsdauer der Patientinnen nach Operationen zu verkürzen. Dies ist allerdings eine Strategie, die sich in allen Krankenhäusern findet.

Maßnahmen zur direkten Reduzierung von Personalkosten finden sich sowohl den Kernbereich des Krankenhauses betreffend (Pflegebereich) als auch hinsichtlich sekundärer Dienstleistungen.

Viele sekundäre Dienstleistungen wie Küche, Logistik, Technisches Gebäudemanagement und Reinigung wurden in den letzten Jahren ausgelagert, und zwar in fast allen Krankenanstalten der Holding. Diese ausgelagerten Teile der einzelnen Krankenanstalten – mit Ausnahme der Reinigung – wurden in drei neu gegründete Servicebetriebe überführt, die sich ebenfalls im Mehrheitseigentum des Mutterordens befinden. Diese Servicebetriebe wurden dann unter dem Dach einer Service GmbH (Supportprozesse für Gesundheitseinrichtungen) zusammengefasst. Einer der großen Vorteile dieser Auslagerungen ist die Möglichkeit der Gewinnerwirtschaftung durch die Servicebetriebe.

Die Reinigung des untersuchten Krankenhauses wurde an ein privates Unternehmen ausgelagert. Begründet wird dies seitens der Geschäftsführung mit Kostenersparnis und der Notwendigkeit zur Konzentration auf das Kerngeschäft:

„Das ist ein hoch spezialisiertes Gewerbe, wo es Firmen und Menschen gibt, die sich damit hauptberuflich beschäftigen, und aus der Sicht des Krankenhauses ist das natürlich ein Bereich, der sehr weit vom Kerngeschäft entfernt ist. Das ist als Priorität sehr weit hinten. Alleine davon ergeben sich schon ziemliche Einsparungspotenziale, die ich ihnen gar nicht sagen kann, ob personell eingespart wurde. Es spiegelt sich aber im Endeffekt in den Zahlen wider. Und wir haben natürlich den Vorteil, dass wir uns mehr auf das Kerngeschäft konzentrieren können. Die Firma Y ist Vertragspartner, es gibt eine Objektverantwortliche: wenn es wo

klemmt, wird das mit ihr direkt besprochen, aber wie sie es dann umsetzt, ist nicht mein Problem.“ (F3-II-5)

Die Beschäftigten der Bereiche Küche, Logistik und Technisches Gebäudemanagement wurden alle in die neu gegründeten Unternehmen übernommen, allerdings – wie die BetriebsrätInnen erzählen – bei Verlust betrieblicher Sozialleistungen.

„Diese Teile, die wirklich ausgelagert und Töchter des Unternehmenskonzerns wurden, da sind die Mitarbeiter einfach übernommen worden, aber nicht zu den gleich guten Bedingungen, das muss man auch sagen. Da ging es um Sozialleistungen. Das wurde immer wieder verschlechtert in allen Bereichen. Bei der Technik hast du zum Beispiel Rufbereitschaftszulage gehabt. Die wurde gestrichen. Die haben massiv verloren, die haben eine Gehaltseinbuße von ungefähr 200 Euro brutto gehabt.“ (F3-14-17)

Auch bei den Reinigungskräften wurde der Großteil der – im Krankenhaus – Beschäftigten vom privaten Unternehmen übernommen. Auch für diese Beschäftigtengruppe hatte dies finanzielle Nachteile zur Folge, da Reinigungsfirmen niedrigere Lohnniveaus aufweisen als im Krankenhaus üblich war.

Versuche der Reduzierung von Personalkosten im Kernbereich des Krankenhauses, beispielsweise bei den Pflegekräften, beziehen sich zum Ersten auf die Kürzung von Überzahlungen und Zuschlägen. Beispiele finden sich im untersuchten Krankenhaus, aber auch in anderen Krankenhäusern der Holding.

„Die haben einfach mehr betriebswirtschaftlichen Spielraum bei den Gehältern – weil man durch Änderungskündigungen oder durch Druck auf die Einzelnen – das haben wir jetzt gerade im Krankenhaus X erlebt – die Leute insofern unter Druck setzen kann, dass sie auf Geld wieder verzichten. Das ist auch wieder so ein Fallschirm für die Häuser, wenn sie sich irgendwo anders verkalkulieren – konkret war das im X so, wo eine Abteilung eröffnet worden ist, die sich dann nicht gerechnet hat, und man versucht halt jetzt, dieses Geld woanders hereinzubringen. Ein Teil, wo man versucht hat, es hereinzubringen, war das Personal. Und das geht im öffentlichen Bereich in der Form nicht, weil da ist ein fixer Anspruch da. Das ist halt leider der Unterschied.“ (F3-14-9)

Eine zweite Strategie ist der Einsatz atypischer Beschäftigungsformen, im konkreten Fall ‚Arbeit auf Abruf‘ (Kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit, kurz Kapovaz) im Bereich der pflegerischen Hilfstätigkeiten. In einigen Krankenhäusern der Holding, so auch im Fallstudienkrankenhaus, werden für Hilfstätigkeiten im Operationsbereich MedizinstudentInnen beschäftigt. Die MedizinstudentInnen führen diese Tätigkeiten aus, so eine Betriebsrätin, in der Hoffnung, „dadurch leichter eine Turnusstelle zu bekommen, wenn sie mit dem Studium fertig sind“ (F3-I5-4).

Allerdings verstießen die Rahmendienstverträge, die zwischen Arbeitgeber und MedizinstudentInnen abgeschlossen wurden, in mehrfacher Hinsicht gegen arbeitsrechtliche Bestimmungen. In diesen Rahmendienstverträgen war weder das Ausmaß noch die Lage der Arbeitszeit festgelegt. Das heißt, sowohl das Ausmaß als auch die Lage der Arbeitszeit blieb offen. Zusätzlich wurden diese Aushilfskräfte unter dem kollektivvertraglichen Mindestlohn bezahlt. Obwohl der im Vertrag festgelegte Stundenlohn von Euro 8,17 den Mindestlohn für Operationsgehilfen in Privatkrankeanstalten bereits

unterschritt, sollten mit dem Lohn auch gleich alle Sonderzahlungen und sonstige Ansprüche abgegolten sein. Auch dass die Entlohnung laut Vertrag nicht am Monatsende, sondern erst am Ende des darauf folgenden Monats erfolgt, entspricht nicht dem Arbeitsrecht. Die BetriebsrätInnen der Krankenhäuser drohten daraufhin mit „Arbeitsrechtsprozessen“. Mittlerweile wurden in einigen Krankenhäusern die Rahmendienstverträge geändert bzw. durch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse ersetzt.

4.2.3. Organisatorische Veränderungen

Das oberste Entscheidungsgremium mit den am weitesten reichenden Entscheidungsaufgaben der Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH ist der besteht aus den Geschäftsführern der Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH und den Geschäftsführern der einzelnen Krankenhäuser.

Unternehmensziele und -strategien, Leitlinien und grundlegende Vorgaben werden im obersten Entscheidungsgremium beschlossen. Dies umfasst fachliche Schwerpunktsetzungen der Einzelkrankenhäuser, Auslagerungen, die Einführung neuer technologischer Systeme ebenso wie die Bestellung der Abteilungsleiter (Stationsvorstände) in den Einzelkrankenhäusern, Führungskräfteentwicklung aber auch Qualitätsmanagement. Parallel zu den beschriebenen Entscheidungsstrukturen sind im letzten Jahr zusätzliche Netzwerkstrukturen mit neuen Gremien etabliert worden. Ein Beispiel ist das Qualitätsmanagement.²⁷

In den einzelnen Krankenhäusern befinden sich unter der Geschäftsführungs- und Direktionsebene die einzelnen Abteilungen bzw. Stationen mit jeweils einer ärztlichen Leitung (Primariat) und Leitungsstellvertretung.

Arbeitsorganisation – Workflow Operationsvorbereitung

Die Umstrukturierungen und der erhöhte Kostendruck wirken sich auch auf die Arbeitsorganisation im Krankenhaus aus. Dabei kam es in diesem Krankenhaus im Pflegebereich zur Einführung von Zeitbewertungen für „Schlüsseltätigkeiten“.

Um die Anzahl der besonders profitablen Operationen zu steigern, wurde der Operationsbereich ablaufplanmäßig umorganisiert. Zum einen wurden die täglichen Operationszeiten um rund 2,5 Stunden verlängert, und es wird auch am Wochenende operiert:

*„Die OPs laufen von 7.30 bis 18.00 Uhr jeden Tag, auch am Wochenende. Und es wird in allen sechs OPs operiert. Wir reduzieren kaum im Sommer. Also wir versuchen wirklich das, was wir hier an Möglichkeiten haben, optimal zu nutzen.“
(F3-II-7)*

²⁷ Als Aufgabe ist die Auswahl geeigneter QM-Systeme, die Vergabe und Durchführung von QM-Schulungen, Benchmarking-Aktivitäten sowie die Planung, Koordination und Durchführung von Qualitätsaudits definiert.

Parallel dazu wurde der Arbeitsablauf verändert: Wurde früher im Operationssaal narkotisiert, passiert dies heute im so genannten „Vorraum“. Im internen Jargon heißt dies „Umlagerungszeiten zu verkürzen“. Die Zeiten, in denen der Operationssaal nicht ausgelastet war, haben sich dadurch erheblich reduziert. „Wir haben fast keine Stehzeiten mehr.“ (F3-I1-7) Die Betriebsrätin fasst diesen Ablauf und die damit in Zusammenhang stehende Zeitersparnis recht plakativ zusammen:

„Das bringt schon Zeit im OP, weil natürlich jetzt, also wenn ich einen OP-Saal habe, da wird jetzt eine Hüfte operiert und wenn der Patient fertig ist, war das früher so, dass der Patient in aller Ruhe ausgeleitet wurde. Das heißt, er wird wieder munter, er muss ja ansprechbar sein, sonst darf er nicht aus dem OP. Dann kommt er sozusagen aus dem OP über die elektronische Schleuse ins Aufwachzimmer. Der nächste wird eingeschleust, kommt von der Schleuse in den Vorraum wird vorbereitet und kommt in den OP. Wenn ich aber den Patienten schon eine Stunde vorher im Vorraum liegen habe und dort schon narkotisiere, braucht der eine nur mehr herauskommen und bei dem Nächsten kann die Operation sofort beginnen.“ (F3-I6-19)

Eine weitere wesentliche Folge der Umstrukturierungen und der Einführung neuer Kontroll- und Benchmarkingsysteme ist die Zunahme bürokratischer Tätigkeiten. Von den Pflegekräften wird erwartet, dass sie laufend Tätigkeits- und Aufwandsaufzeichnungen führen. Die Pflegeberichte werden dann in eine elektronische Pflegedatenbank eingespeist. Die Daten werden regelmäßig ausgewertet, um Pflegezeitvorgaben für bestimmte PatientInnengruppen zu kontrollieren und zu verfeinern.

4.2.4. Dienstleistungsqualität und Personalentwicklung

Dienstleistungsqualität – verknüpft mit dem aus der konfessionellen Tradition kommenden Wertemanagement – spielt zunächst auf der Ebene der Vermarktung des Krankenhauses eine wesentliche Rolle. So ließ sich das Krankenhaus zertifizieren und der erste Qualitätsbericht wurde veröffentlicht.

„Wir haben vor einigen Jahren den ersten Holding-Qualitätsbericht herausgegeben, und wir wollen auch das Thema – wie man es in Deutschland vielleicht von Y kennt – die Kennzahlen auch noch schärfen und nicht nur schriftlich wir sind die besten, sondern auch noch zu versuchen, das mit entsprechendem Zahlenmaterial zu belegen.“ (F3-I1-19)

Darüber hinaus werden seit 2004 zweimal jährlich PatientInnenbefragungen zur PatientInnenzufriedenheit – Zufriedenheit mit medizinischen Leistungen, mit pflegerischer Betreuung, mit Ausstattung (Zimmer, Sanitäreanlagen) etc. – in allen Krankenhäuser durchgeführt. Diese dienen auch zum internen Benchmarking:

„Wir machen auch jährlich die Marketumfrage in allen Standorten, wo zwei Monate lang alle Patienten einen Fragebogen von uns bekommen, der dann auch gruppenweit ausgewertet wird, wo wir zum einen den Trend bei uns selber sehen, wo wir uns aber auch innerhalb der Gruppe vergleichen, so dass man sehen kann, ein Haus ist in einem Bereich immer besser, so dass man auch hinget und sich das anschaut, was macht die anders, und so funktioniert das und so können wir das vielleicht auch machen.“ (F3-I4-5)

Personalentwicklung – Fokus auf Höherqualifizierte

Die Vorgaben und Leitlinien der Personalentwicklung liegen im Aufgabenbereich der Holding. Vor einigen Jahren wurde eine Stabsstelle für Führungskräfteentwicklung etabliert, die gemeinsam mit den Gremien der Ärztlichen Direktionen und Pflegedirektionen der Einzelkrankenhäuser Maßnahmen und Standards entwickelt. Die Bezeichnung Führungskräfteentwicklung und nicht Personalentwicklung kennzeichnet bereits die Schwerpunktsetzung, denn in erster Linie geht es darum, einheitliche Standards für mittleres Management und Leitungen zu entwickeln und festzulegen sowie diese Beschäftigtengruppe weiterzubilden und an das Unternehmen zu binden. Erarbeitet wurden in diesem Zusammenhang unter anderem ein Standard-Personalauswahlprozess für AbteilungsleiterInnen (Ärztliche Stationsvorstände) der Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH. Für ÄrztInnen und Pflegekräfte wurden ein standardisierter Zielvereinbarungsprozess und MitarbeiterInnengespräche eingeführt. Bei diesen Zielvereinbarungs- und MitarbeiterInnengesprächen handelt es sich allerdings – laut den Beschäftigteninterviews – vor allem um Top down-Vorgaben des Managements.

Generell ist die Personalentwicklung im Krankenhaus auf eine hochqualifizierte Kernbelegschaft ausgerichtet. Dazu gehören die FachärztInnen, aber auch einige wenige hochspezialisierte Pflegekräfte sowie das mittlere Management und die Führungskräfte. Auf diese Gruppe fokussiert wie bereits erwähnt auch die Weiterbildung. Von der Holding wird ein Führungskräfte-Entwicklungsprogramm (Dauer: 8 Tage) angeboten, das beispielsweise im letzten Jahr von 20 MitarbeiterInnen des Krankenhauses in Anspruch genommen wurde. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Vermittlung betriebswirtschaftlicher Orientierung. So absolvierten einige Ärztinnen des Krankenhauses ein postgraduales Studium im Bereich Krankenhausleitung und Gesundheitsmanagement. Zwei leitende MitarbeiterInnen erhielten eine Ausbildung im Basalen und Mittleren Pflegemanagement und zwei weitere leitende Mitarbeiter der Pflege eine Qualitätsmanagementausbildung.

Gleichzeitig erhält diese Beschäftigtengruppe durch die Einbeziehung in neu installierte Netzwerkstrukturen (wie das Qualitätsmanagement) höhere Partizipationsmöglichkeiten und wird stärker an das Unternehmen gebunden.

Dieser Beschäftigtengruppe steht eine zweite Beschäftigtengruppe gegenüber, die „nicht-spezialisierte Pflegekräfte“ und Pflegehilfskräfte sowie große Teile des administrativen Personals umfasst. Für Pflegekräfte, aber auch für administrative Kräfte ist die Bewilligung des Besuchs einer Soft-Skills-Weiterbildungsmaßnahme laut BetriebsrätInnen nahezu unmöglich.

„... dann heißt es immer, wir haben kein Budget.“ (F3-I6-8)

Auch die Partizipationsmöglichkeiten dieser Beschäftigtengruppe haben, so unsere InterviewpartnerInnen, aufgrund von zunehmender Formalisierung, Standardisierung und zentralen Vorgaben abgenommen.

„Die haben absolut nichts mitzureden. Früher konnten Ideen eingebracht werden, das ist schon lange weg, das ist nicht gefragt, das sind fast Störfaktoren.“ (F3-I5-5)

Und nicht zuletzt ist – nach unseren InterviewpartnerInnen – diese Gruppe größerer Kontrolle und in höherem Ausmaß Sanktionen (meist in Form von Kündigungsandrohungen) ausgesetzt. Ein Beispiel dafür ist der Umgang mit Erkrankungen und Krankenständen.

„Man hat ein Konzept entwickelt, Leute die über 20% Ausfallsquote haben in einem Monat, wirft sozusagen das System aus. Das Controlling schickt monatlich eine Liste an die Vorstandsmitglieder und an die oberste Etage und die Leute werden zu einem Gespräch gebeten und denen wird ganz klar gemacht, dass das so nicht geht, dann gibt's sozusagen Präzedenzfälle, man kündigt halt einmal jemanden, der zu viel im Krankenstand war. Das bewirkt wieder mal ein halbes Jahr, dass viele mit Fieber und Schmerzen arbeiten gehen.“ (F3-I5-11)

4.2.5. Beschäftigung

Beschäftigungsentwicklung

In den letzten Jahren hat kein Beschäftigungsabbau im Krankenhaus stattgefunden, im Gegenteil, die Beschäftigtenzahlen sind seit Mitte 2000 gestiegen. Die Beschäftigten der ausgelagerten Bereiche wurden fast gänzlich von den neu gegründeten Unternehmen übernommen. Die Steigerung der Beschäftigtenzahlen ist allerdings vor allem Resultat der Zunahme von Teilzeitbeschäftigung. Den derzeit etwa 600 Beschäftigten entsprechen rund 500 Vollzeitarbeitsplätze.

Die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung insgesamt resultiert Erstens aus dem wachsenden Anteil teilzeitbeschäftigter ÄrztInnen. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um FachärztInnen mit Privatordinationen.

„Da hat man sicherlich 90% Teilzeitbeschäftigung, weil es auf eigenen Wunsch ist. Zwischen 20 und 35 Stunden ist der Standard, je nachdem, ob es jetzt ein Facharzt ist oder ob es ein Stationsarzt ist. Der Facharzt hat eine eigene Ordination und ist interessiert daran, hier möglichst wenig zu arbeiten. Hier will er nur operieren.“ (F3-I7-8)

In der Verwaltung hat der Anteil der Teilzeitbeschäftigung laut BetriebsrätInnen ebenfalls massiv zugenommen – sie schätzen deren Anteil auf rund 50%.

„Teilweise ist es da auch auf eigenen Wunsch gewachsen durch die Elternteilzeit, weil die Mütter kommen und sagen, ich will nur 20 Stunden oder ich will nur 15 Stunden.“ (F3-I5-6)

Gleichzeitig gibt es bei Neuanstellungen – mit Ausnahme der Führungskräfte – kaum mehr Vollzeitbeschäftigung. Personalstellen werden fast nur mehr als Teilzeitstellen mit 20 oder 30 Wochenstunden ausgeschrieben: im administrativen Bereich ebenso wie in der Pflege. Begründet wird dies seitens der Geschäftsführung mit einem größeren Flexibilitätsspielraum bei Arbeitsspitzen.

Bereits beschreiben wurde der Einsatz atypischer Beschäftigungsformen, im konkreten Fall ‚Arbeit auf Abruf‘ (kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit, kurz Kapovaz) im Bereich der pflegerischen Hilfstätigkeiten. Im untersuchten Krankenhaus werden für

Hilfstätigkeiten im Operationsbereich MedizinstudentInnen beschäftigt. Da die Rahmendienstverträge, die zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerInnen abgeschlossen wurden, in mehrfacher Hinsicht gegen arbeitsrechtliche Bestimmungen verstießen, wurde vom Betriebsrat ein „Arbeitsrechtsprozess“ angedroht. Mittlerweile wurden die Rahmendienstverträge durch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse ersetzt.

Einkommen – Entwicklung

Die kollektivvertraglich vereinbarten Mindestlöhne lagen auch in diesem Krankenhaus jahrelang rund 20% unter dem Lohnniveau in öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern. Die nach langen Verhandlungen erfolgte Anhebung des kollektivvertraglichen Lohnschemas für Ordens- und Privatkrankenanstalten gilt auch für dieses Krankenhaus. Zum Teil wurden auch in diesem Krankenhaus Überzahlungen eingerechnet, so dass die Neuregelung nicht automatisch in jedem Fall zu einer Lohnerhöhung führte. Zum Teil sind, um qualifiziertes Personal zu bekommen und auch zu ‚halten‘, in der Betriebsvereinbarung nach wie vor Überzahlungen und Zuschläge festgelegt: Einerseits in Form von „offenen Überzahlungen“, andererseits in Form verschiedenster verdeckter Überzahlungen, wie etwa in Form einer Überstundenpauschale, für die keine Überstunden geleistet werden müssen, aber auch in Form verschiedener Zuschläge, wie beispielsweise erhöhte Zuschläge für Rufbereitschaften. Allerdings ist laut befragten ExpertInnen die Entwicklung in den privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenanstalten in den letzten Jahren durch das Bemühen charakterisiert, verdeckte Überzahlungen und sonstige Zuschläge zu kürzen, um auf diese Weise Personalkosten zu reduzieren. Dies gilt insbesondere für alle in der Pflege Beschäftigten (Diplomierte und Hilfskräfte) und Beschäftigte des gehobenen medizinischen Dienstes (PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, DiätassistentInnen etc.).

„Wir reden schon von zusätzlichen Leistungen wie die spezielle OP-Zulage, die man plötzlich wieder weg nimmt. Wenn es schwierig ist, Personal zu bekommen, bietet man den Mitarbeitern ein Zuckerl an, und wenn es dann wieder genug Personal gibt und einigermaßen gut rennt, dann kündigt man das ganz einfach wieder. ... so ist es und die haben sie nachher wieder gestrichen, weil das war mittels Betriebsvereinbarung festgehalten, was rechtlich nicht so einfach ist, weil jeder Mitarbeiter darin unterschreiben muss. Wir haben die Mitarbeiter aufgeklärt und die Mitarbeiter sind einzeln in die Vorstandsebene gerufen worden, einzeln in Einzelgesprächen, und es gab ganz wenig Ausnahmen die widerstehen konnten und gesagt haben, es tut mir leid, ich unterschreibe keine Vertragsänderung. Alle anderen haben es unterschrieben. Natürlich kann man die Mitarbeiter einzeln unter Druck setzen und die wenigsten widerstehen dem Ganzen. (...) Der Mitarbeiter unterschreibt dann die beidseitige Enderklärung, da kann ich auch nichts tun als Betriebsrat.“ (F3-I2-8)

Für ÄrztInnen wurde in diesem Krankenhaus – damit stellt es innerhalb der Privat- und Ordenskrankenanstalten eine Ausnahme dar – 2004 in einer Betriebsvereinbarung ein Gehaltsschema für FachärztInnen und StationsärztInnen festgelegt, das rund 5% unter den Landeskrankenhäusern liegt. Allerdings hat diese Betriebsvereinbarung nur für neu eintretende ÄrztInnen Gültigkeit. Vor 2004 wurden auch in diesem Krankenhaus aus-

gehend vom kollektivvertraglich vereinbarten Minimum Individualverträge mit den ÄrztInnen abgeschlossen.

„Für Altgediente da gibt es Sonderverträge da kann man auch nicht eingreifen, aber seit 2004 haben wir einen Standard. Wo man sagt, okay, wir haben ein Gehaltsschema für die Ärzte, das ist auch mittels Betriebsvereinbarung festgehalten, und bei derselben Tätigkeit hat er einfach denselben Lohn.“ (F3-I4-7)

Zusätzlich gibt es als Einkommen für FachärztInnen noch die Privathonorare für Operationen (Privatpatienten). Über die Höhe dieser Einkommen liegen allerdings keinerlei Informationen vor.

Arbeitszeit – Mehrstunden

Grundlage der Arbeitszeitregelungen des untersuchten Krankenhauses wie auch der anderen Krankenhäuser der Holding ist das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz. Formen von Mehrarbeitsstunden, welche diese Arbeitszeitregelungen überschreiten, gibt es im untersuchten Krankenhaus nicht. Das ist einerseits bedingt durch die Spezialisierung des Krankenhauses (Rund-um-die-Uhr-Dienste in allen Abteilungen sind nicht erforderlich), andererseits durch den im Vergleich hohen Anteil teilzeitbeschäftigter Fachärzte (mit Privatordinationen).

Generell ist die Arbeitszeitpolitik im Krankenhaus stärker auf Begrenzungen von Überstunden und Mehrarbeit ausgerichtet. Dies trifft sowohl die administrativen als auch die Pflegekräfte. Bei Arbeitsspitzen wird stärker auf den flexiblen Einsatz der Teilzeitbeschäftigten gesetzt. Allerdings gibt es eine Ausnahme, nämlich die OP-Pflegekräfte (Intensiv und Anästhesie), deren Tagesarbeitszeit sich durch die Verlängerung der OP-Zeiten gleichsam mit verlängert hat. Die Durchsetzung dieser Tagesarbeitszeitverlängerung beschreibt eine Pflegekraft:

„Da hat es geheißen, statt jeden Tag von 7.00 bis 15.30 Uhr müssen wir jetzt von 7.00 bis 18.00 oder 17.30 Uhr da sein. Da ist nicht viel herumgefragt worden, entweder du kannst das machen oder du hast keinen Job mehr.“ (F3-I3-5)

4.2.6. Arbeitsbedingungen und Belastungen

Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus (Verkürzung der durchschnittlichen Belegtage) hat für die Beschäftigten, primär die Pflegekräfte, eine Arbeitsverdichtung zur Folge, da mehr PatientInnen in der gleichen Zeit intensiver betreut werden müssen. Diese zunehmende Belastung wird auch von der Geschäftsführung des Krankenhauses thematisiert, allerdings mit der Einschränkung, dass dies vermutlich keine Besonderheit des Gesundheitswesens darstelle, sondern dass der Arbeitsdruck in allen Beschäftigungsbereichen zugenommen habe.

„Natürlich hat der Arbeitsdruck zugenommen – die Schlagzahl ist einfach höher geworden. Die Verweildauer ist kürzer – mehr Patienten. Das ist einfach so. In manchem Haus mehr, im anderen weniger. Aber vom Kostendruck her, werden sich diesem Thema alle früher oder später stellen müssen. Das ist so. Wobei es wird mir keine Branche einfallen, wo das nicht so ist.“ (F3-I2-9)

Eine zweite Entwicklung ist das Anwachsen der Dokumentationsaufgaben. Die genauere Dokumentation, zeitliche Vorgaben, deren Formalisierung und Standardisierung sind allerdings keine spezifische Entwicklung im untersuchten Krankenhaus, sondern eine generelle Entwicklung im Pflegebereich. Die Verfassung der ‚Pflegedokumentationen‘ wird denn auch von Pflegekräften, so die Ergebnisse vieler Studien, als zusätzliche Arbeitsbelastung wahrgenommen, da hierfür keine zusätzlichen Zeitressourcen vorgesehen sind und die Zeit für die eigentlichen pflegerischen Aufgaben abnimmt.

„Aufgrund der Umstellung der Pflegeplanung jetzt auch noch auf den Computer ist das sehr zeitaufwendig. Die eigentliche Betreuung bleibt dann oft bei den Pflegehelferinnen hängen. Aber eigentlich habe ich den Beruf ergriffen, um kranken Menschen zu helfen.“ (F3-I5-6)

Krankenhausspezifische Veränderungen, die zusätzlich zur Erhöhung des Arbeitsdrucks führen, sind zum einen die Einführung der Zeitbewertung bei „Schlüsseltätigkeiten“ (wie der ‚Umlagerung‘). Eine Betriebsrätin beschreibt die Auswirkungen dieser Zeitbewertung für die davon betroffenen Beschäftigten (‚Operationsgehilfen‘):

„Es wird also im Prinzip aufgezeichnet, wie lang ein Mitarbeiter für eine gewisse Tätigkeit braucht. Das hat natürlich den Nachteil für den Mitarbeiter, dass er sich erstens natürlich unter Druck gesetzt fühlt und dass er zweitens vergleichbar wird. Vom Controlling wird eine gewisse Zeit vorgegeben, die er brauchen darf, um den Patienten von A nach B zu bringen. Aber wir arbeiten ja nicht mit Coladosen wie eine Firma, sondern mit Menschen, und der eine braucht länger, bis er aus dem Bett heraußen ist, bis er in den Rollstuhl hineingestiegen ist. Wir arbeiten mit Menschen und Menschen sind individuell. Der Mitarbeiter hat eigentlich keine Möglichkeit mehr, sich auf diese Wünsche der Einzelnen einzulassen, das geht einfach nicht mehr.“ (F3-II-9)

Aber auch für die OP-Pflegekräfte bedeutet der neue Ablauf bei Operationen – Narkose in Vorräumen – eine Intensivierung der Arbeitszeit, da zwischen den Operationen kaum mehr Pausen liegen.

„Die OP-Schwester kann gar keine Pausen mehr machen, die kann nicht einmal aufs Klo gehen, wenn die in einer Operation steht, weil es so wenig Möglichkeiten gibt, sich abzulösen, weil wenn ich eine sterile Schwester bin, kann ich nicht einfach sagen, so, die nächste halbe Stunde geh ich, im Intensivbereich, das Gleiche es geht einfach nicht dass du weggehst.“ (F3-I6-8)

Die Verlängerungen der Operationszeiten haben längere Arbeitszeiten wiederum vor allem für Pflegekräfte zur Folge. ÄrztInnen wechseln sich in diesem Krankenhaus in höherem Maße ab. Verwiesen sei in diesem Zusammenhang darauf, dass die Anzahl der Arztstellen in den letzten Jahren zugenommen hat, während die Anzahl der Stellen für diplomierte Pflegekräfte in etwa gleich geblieben ist.

Das Krankenhaus zeichnet sich denn auch durch eine ziemlich hohe Fluktuationsrate aus, seit 2003 beträgt sie jährlich rund 13%. Beschäftigte und BetriebsrätInnen verweisen darauf, dass dies vor allem den Pflegebereich betrifft.

ÄrztInnen sind von diesen Veränderungen weniger betroffen. Dies hängt mit der Spezialisierung des Krankenhauses und den daran geknüpften Aufgabenprofilen und Arbeitszeiten – viele operierende FachärztInnen mit Privatpraxen in Teilzeitbeschäftigung –,

der Zunahme der Arztstellen, aber auch mit der personalpolitischen Ausrichtung der Geschäftsführung dieser Beschäftigtengruppe gegenüber zusammen. ÄrztInnen werden bei den Weiterbildungsmöglichkeiten bevorzugt behandelt und sie erhalten zudem durch die Einbeziehung in neu installierte Netzwerkstrukturen (siehe QM) höhere Partizipationsmöglichkeiten und werden stärker an das Unternehmen gebunden.

4.2.7. *Zusammenfassung*

An diesem Krankenhaus lassen sich einige wesentliche Entwicklungen von konfessionellen Spitälern in Österreich nachzeichnen. Ordenskrankenanstalten in Österreich sind in das öffentliche System der Krankenhausversorgung eingebunden. Gleichzeitig besteht ein wesentlicher Unterschied zu kommunalen Krankenhäusern darin, dass zum einen finanzielle Ausfallhaftungen nicht vollständig vom Land übernommen werden und dass zweitens in der Mehrzahl der Bundesländer die Vergütung der ‚Leistungen‘ niedriger ist als jene für öffentliche Krankenhäuser. Ordenskrankenanstalten müssen daher zum einen teilweise Investitionen selbst erbringen, zum anderen teilweise Verluste selbst ausgleichen.

Einsparungen und Effizienzgewinne sind bei Krankenhäusern vor allem dann möglich, wenn größere unternehmerische Einheiten gebildet werden. Die Folge: Konzentrationsprozesse im Krankenhauswesen. Das Fallstudienkrankenhaus, ein konfessionelles Krankenhaus, wurde in eine Holding konfessioneller Spitäler eingegliedert.

Soweit es der Krankenanstaltsplan (öffentliches Planungsinstrument) zulässt, werden gleichzeitig in der Holding fachspezifische Schwerpunktsetzungen in den einzelnen Krankenhäusern vorangetrieben. Eine Spezialisierung auf einzelne Leistungsbereiche senkt die Kosten im Spitalbereich – sowohl Personalkosten als auch Overheadkosten – und erhöht damit auch die Produktivität. Die Produktivität des Krankenhauses soll aber auch durch andere Maßnahmen gesteigert werden: So ist es ein Ziel, mit gleich bleibenden Personalressourcen mehr Operationen durchzuführen.

Eine wesentliche Strategie der Kostensenkung ist in diesem Krankenhaus – wie in der gesamten Holding – die Auslagerung von bestimmten Funktionen (so genannte sekundäre Bereiche) und die Gründung von Tochtergesellschaften. Der große Vorteil dieser Auslagerungen ist die Möglichkeit der Gewinnerwirtschaftung durch die Servicebetriebe, und damit durch den Eigentümer („Mutterorden“). Für die meist von den Tochtergesellschaften übernommenen Beschäftigten hatte der Wechsel in der Regel finanzielle Nachteile zur Folge.

Eine zweite wichtige Strategie ist die Reduktion der Arbeitskosten. Diese erfolgt zum Ersten durch Kürzung von Überzahlungen und Zuschlägen und zweitens durch den Einsatz atypischer Beschäftigungsformen, im konkreten Fall ‚Arbeit auf Abruf‘ (kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit) im Bereich der pflegerischen Hilfstätigkeiten. Drittens kam es im Pflegebereich im Geiste des Taylorismus zur Einführung von Zeitbewertungen für „Schlüsseltätigkeiten“.

Die zunehmenden Arbeitsbelastungen und die Streichung von Überzahlungen und Zulagen führen schließlich in diesem Krankenhaus zu einer hohen Personalfuktuation, insbesondere bei den Pflegekräften.

4.3. Öffentliches Krankenhaus einer gesetzlichen Versicherung

Diese Fallstudie ist ein öffentliches Krankenhaus einer gesetzlichen Versicherung. Das heißt, es ist Teil der öffentlichen Gesundheitsplanung und unterliegt einem gesetzlichen Versorgungs- und Aufnahmegebot. Auch für dieses Krankenhaus gilt: Seit 1997 erfolgt die Honorierung durch das „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System). Der einzige Unterschied zu Landeskrankenhäusern liegt darin, dass die Abdeckung der Defizite durch die Sozialversicherung, als Träger des Krankenhauses, erfolgt.

Das Krankenhaus verfügt über 500 Betten und beschäftigt über 1.000 MitarbeiterInnen.

4.3.1. Veränderungen im Gesundheitssystem und Strategien

Als wesentlichste Veränderung wird auch in diesem Krankenhaus der zunehmende Kostendruck wahrgenommen. Die zentrale Strategie des Krankenhauses, diesem zunehmenden Kostendruck zu begegnen, liegt auf ausgabenseitigen Einsparungen.

„Es wird fast alles über Kostendruck argumentiert. Was passiert, ist, dass ausschließlich ein ausgabenseitiges Kostenmodell gerechnet wird, nach den einzelnen Budgetstellen. Es wird ein alljährlicher Kostenplan aufgestellt.“ (F4-II-8)

Die Budgetfestlegung erfolgt ausgehend vom Vorjahresbudget.

„Es wird das Budget des Vorjahres genommen, dann der Verbraucherpreisindex angelegt und dann der Kollektivvertragsabschluss angelegt und dann der Zuwachs ausgerechnet. In absoluten Zahlen. Und das ist einzuhalten und das führt dann oft zu Engpässen. Das ist nicht so, dass alle sagen, was brauchen wir.“ (F4-II-5)

Im Fokus der Strategie der ‚Defizitbegrenzung‘ steht die Einsparung bei Personalkosten. Die Zahl der ÄrztInnen wurde reduziert.

„Von der Ärzteschaft sind wir deutlich reduziert worden. Von der Kopfzahl sind wir deutlich reduziert worden. Was sicher auch mitspielt, ist, dass sie Oberarztstellen reduziert haben. Also man kann sagen, dass wir Jahre davor viel mehr Personal hatten. Wir hatten wirklich eine sehr gute Personalausstattung. Dann ist es ziemlich reduziert worden.“ (F4-I7-9)

Weiters wird kein neues Pflegepersonal aufgenommen, auch wenn zusätzliche Leistungen seitens der Beschäftigten erbracht werden müssen.

„Es ist einfach so, dass wenn eine Leistung zusätzlich erbracht werden soll oder wo ein zusätzlicher Bedarf ist, dann muss das mit dem gleichen Personalstand erledigt werden.“ (F4-II-7)

Gleichzeitig wird seitens der Geschäftsführung versucht, Überstunden bei den ÄrztInnen zu minimieren und die Überstundenpauschale für Pflegekräfte abzuschaffen. Bei

den ÄrztInnen wurde dies bereits erfolgreich umgesetzt, indem die maximale Dauer eines Dienstes für ÄrztInnen auf 25 Stunden limitiert wurde. Die Pflegekräfte wehren sich indes gegen die Abschaffung der Überstundenpauschale. Erste Verhandlungen zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat verliefen bislang erfolglos.

Eine weitere Strategie der Personalkostenreduktion stellt auch in diesem Krankenhaus Outsourcing dar. Outgesourct wurden bislang die Reinigung und die Medizintechnik. Der Betriebsrat zeigt sich allerdings skeptisch gegenüber den seitens der Geschäftsführung angekündigten Einsparungen.

„Das Motiv der Auslagerungen waren Einsparungen, zumindest ist es so argumentiert worden. Aber die ganzen Berechnungen sind natürlich etwas problematisch. Auch wenn das ein kleiner Bereich ist, wie das mit der Medizintechnik war, wo ich weiß nicht was alles versprochen wurde, was man sich einspart, aber das ist alles hineingerechnet worden, wie Arbeitsanteile von leitenden Oberschwestern etc. Und dann war die Medizintechnikfirma billiger, aber an dem ist wirklich zu zweifeln.“ (F4-14-9)

Einnahmenseitig wird auch in diesem Krankenhaus versucht, LKF-Einnahmen zu steigern, Leistungserweiterung und Leistungsausdifferenzierung voranzutreiben. Dies betrifft vor allem den ambulanten Bereich. So wird beispielsweise seit kurzer Zeit eine Fußambulanz für DiabetikerInnen im Rahmen der Diabetesambulanz angeboten sowie eine Spezialambulanz für chronisch entzündliche Darmerkrankungen.

2010 wurde überdies die Implementierung eines neuen Krankenhaus-Information-Systems (KIS) gestartet, von dem ebenfalls eine höhere Effizienz bei Verwaltung und Dokumentation und damit eine Kostenreduktion erwartet wird.

4.3.2. Organisatorische Veränderungen

Die Abteilungsstrukturen im Krankenhaus blieben ziemlich unverändert. Aber auch arbeitsorganisatorische Veränderungen, die die Arbeitsteilung zwischen den Beschäftigtengruppen betreffen, finden sich laut unseren InterviewpartnerInnen in diesem Krankenhaus nicht. Allerdings wird von Veränderungen von Ablaufprozessen in einigen Stationen berichtet. So wurde beispielsweise auf einer Station die PatientInnenbehandlung in Richtung tagesklinischer Chirurgie verändert, was auch eine Veränderung des Entlassungsmanagements zur Folge hatte. Auch die Implementierung des neuen Krankenhaus-Information-Systems (KIS) wird Auswirkungen auf die arbeitsorganisatorischen Abläufe nach sich ziehen. Da sich das Programm allerdings noch in der Implementierungsphase befindet, sind die Wirkungen laut unseren InterviewpartnerInnen offen.

4.3.3. Personalentwicklung und Dienstleistungsqualität

Das Krankenhaus setzt zwar wie die anderen Krankenhäuser auf kompetentes Pflegepersonal und ausgezeichnete ÄrztInnenschaft, allerdings geht es dabei zum einen stärker um medizinisch-wissenschaftliche Leistungen. Ein Ausdruck davon ist, dass im jährlich erscheinenden Jahresbericht alle wissenschaftlichen Beiträge von ÄrztInnen des

Krankenhauses aufgelistet werden. Zusätzlich angeführt sind Forschungspreise der MitarbeiterInnen, lukrierte Forschungsförderungsmittel und Tätigkeiten der Beschäftigten im Rahmen der Organisation von wissenschaftlichen Tagungen.

Zum anderen werden in höherem Ausmaß medizinisch-technische Maßnahmen dokumentiert, die hohe Versorgungsqualität ermöglichen und hohe Sicherheit der PatientInnen gewährleisten sollen. So werden beispielsweise viele Maßnahmen im Bereich Hygiene gesetzt und auch dokumentiert. Dies reicht von Hygienevisiten in den einzelnen Abteilungen über die epidemiologische Erfassung und Überwachung von Infektionen bis zur einmal monatlichen Einschulung von neu- und wieder eintretenden Beschäftigten in hygienerelevante Themen.

Generell – und darin liegt ein Unterschied zu den bisherigen Fallstudien – fehlt in diesem Krankenhaus die Ebene der Leistungsvermarktung. Es gibt zwar eine Außendarstellung in Form eines alljährlichen Geschäftsberichts, dieser ist jedoch primär sachorientiert abgefasst. Dieser Unterschied liegt vor allem darin begründet, dass dieses Fallstudienkrankenhaus als öffentliches Krankenhaus zwar ebenfalls die Erhöhung der LKF-Einnahmen und die Steigerung des Kostenbewusstseins als Organisationsziele im Rahmen einer Balanced Scorecard definiert, und damit einer ökonomischen Logik folgt, gleichzeitig aber nach wie vor dem öffentlichen Versorgungsauftrag verpflichtet ist, – das heißt, der Handlungslogik, dass jeder Mensch das Recht auf Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung hat, unabhängig von seinem Einkommen und unabhängig davon, ob damit Gewinne erzielt werden können (siehe auch Klute 2009).

Eine Pflegekraft beschreibt, wie diese Logiken zu widersprüchlichen Anforderungen führen und eine ‚Gratwanderung‘ im Arbeitsalltag bedeuten können.

„Ich glaube, wir sind in vielerlei Hinsicht sehr patientenorientiert, was Dinge beispielsweise wie Aufenthaltsdauer angeht. Gleichzeitig sollen wir jetzt schon viel mehr als früher schauen, dass Leute nicht zu lange im Krankenhaus bleiben. Das ist nicht immer so einfach.“ (F4-I5-9)

Personalentwicklung: Zugang zu Fort- und Weiterbildung und Kontrolle

Das Krankenhaus ist ein Beispiel dafür, dass Personalentwicklung in den letzten Jahren größere Bedeutung erlangt hat. Dies wird nicht zuletzt auf die steigenden Anforderungen hinsichtlich der Qualität der Leistungen zurückgeführt.

Auf Weiterbildung wird, so unsere InterviewpartnerInnen, mehr Wert gelegt als früher, was sich darin ausdrückt, dass Weiterbildungsmaßnahmen verstärkt angeboten werden, vor allem für ÄrztInnen und Pflegekräfte.

„Für ÄrztInnen ist das überhaupt kein Problem. Wir können auf Kongresse fahren, was wir wollen. Das passt. Da gibt es auch Zeit genug im Sinne von Dienstfreistellungen.“ (F4-I8-10)

Auch die Pflegekräfte erleben eine Zunahme der Weiterbildungsmöglichkeiten.

„Fortbildung ist in den letzten Jahren wichtiger geworden, auch der Führung. Es gibt jährlich Ressourcen dafür, ein zeitliches und ein finanzielles Budget. Da gibt es wirklich viel und da tut sich auch viel. Es ist ja so, man schaut außer der

Pflichtweiterbildung schon, dass jeder zusätzlich eine Weiterbildung machen kann, die er will. Das ist schon mehr als früher und wird mehr gefördert. Es hat jede Station ein gewisses Kontingent an Freistellungen, und diese Weiterbildungen werden auch in Anspruch genommen.“ (F4-I5-12)

Im Rahmen der Weiterbildung werden in diesem Krankenhaus auch Seminare zur Gesundheitsförderung angeboten wie Burn-out- oder Präventionsseminare.

Problematisiert wird von den Beschäftigten in diesem Krankenhaus allerdings die zunehmende Kontrolle. Ein Punkt sind dabei zunehmende Formalisierung, Standardisierung und zentrale Vorgaben, auch in Umgangsformen. So erzählt eine Pflegekraft polemisch über eine Arbeitsgruppe für das ‚Guten-Morgen-Sagen‘.

„Und auch in der Arbeitsweise, dieses Managementdenken, das wurde mit dem Löffel gefressen, so Arbeitsgruppen, wie man am besten ‚Guten Morgen‘ sagt und so, wie wenn wir das vorher nicht gemacht hätten. Es muss praktisch alles projektmäßig rennen und nicht einmal die einfachsten Sachen kann man mehr normal tun. Es muss praktisch alles gemanagt werden.“ (F4-I6-9)

Ein zweiter Punkt ist eine neue Führungskultur, in der Führungskräfte in höherem Ausmaß als ‚Kontrollorgane‘ erlebt werden und die eine Einschränkung der Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigten zur Folge hat.

„Es hat sich insofern etwas verändert, dass mit der Erkenntnis, Führungskräfte gehören ausgebildet als solche, dass sich da stärker herausgebildet hat, ich bin die Führungskraft, ich schaue, dass da alles in Ordnung ist, und die sehen sich selbst immer mehr als Kontrollorgane. Und das wird in der Hierarchie weitergegeben. Aber das Vertrauen, dass der Mitarbeiter seine Sache macht, oder diese Gestaltungsmöglichkeit, die früher ein bisschen mehr gegeben war, ist weniger geworden. Also die Leute fühlen sich ständig kontrolliert. ... Es hat sich schon ein bisschen das Gefühl und die Kultur verändert in die Richtung, du brauchst dich um nichts mehr zu kümmern, wir sagen dir, was du tun sollst.“ (F4-I4-14)

4.3.4. Beschäftigung

Beschäftigungsentwicklung

Die Beschäftigtenzahlen sind in diesem Fallstudienkrankenhaus in den letzten Jahren geringfügig gesunken. Die Zahl der ÄrztInnen wurde reduziert und es wird kein neues Pflegepersonal aufgenommen. 2010 waren rund 1.300 MitarbeiterInnen im Krankenhaus beschäftigt. Nach Berufsgruppen sind dies rund 265 Ärztstellen, 726 im Pflegebereich, davon 313 diplomierte Pflegekräfte, 127 diplomierte Pflegekräfte mit Zusatzausbildungen, 126 Beschäftigte des gehobenen medizinisch-technischen Dienstes und der Rest Pflegehilfskräfte. Rund 162 MitarbeiterInnen sind in der Verwaltung beschäftigt und 175 werden zum Betriebspersonal gezählt. Unter Betriebspersonal finden sich alle Beschäftigten in sekundären Dienstleistungen (von der Küche bis zur Haustechnik). Rund 70% der Beschäftigten sind Frauen.

Auch in diesem Krankenhaus hat die Teilzeitbeschäftigung zugenommen, allerdings ausschließlich aufgrund rechtlicher Vorgaben, nämlich des Elternteilzeitgesetzes.

„Die Teilzeitbeschäftigung hat ziemlich zugenommen aufgrund des Elternteilzeitgesetzes. Es wird versucht, der Elternteilzeit nachzukommen, manchmal etwas schleppend, manchmal geht es flott. Da sind wir insgesamt auf einem Weg der Besserung. Im Pflegebereich sind das 120, 130, vielleicht sind es auch schon 150 Leute, die in Teilzeitbeschäftigung sind.“ (F4-I2-8)

Den Einsatz von Teilzeitbeschäftigung als Flexibilitätsreserve bei Arbeitsspitzen gibt es in diesem Krankenhaus nicht. Von der Krankenhausleitung werden nach wie vor Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse bevorzugt.

„Teilzeit mit dem Ziel von Flexibilität seitens der Geschäftsführung ist nicht wirklich der Punkt, ich merke eher noch alte Aversionen gegen Teilzeit.“ (F4-I3-8)

Dementsprechend finden sich in diesem Krankenhaus auch keine atypischen Beschäftigungsformen und es werden auch keine Poolkräfte eingesetzt.

Einkommen – Entwicklung

Im ersten Kapitel des vorliegenden Berichts wurde bereits auf die fragmentierte Kollektivvertragslandschaft im österreichischen Krankenhauswesen (vgl. Schulten 2007) verwiesen: 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 auch eine Fragmentierung der für die Kollektivverträge zuständigen Gewerkschaften und ArbeitgebervertreterInnen. In diesem Krankenhaus wird die Fragmentierung besonders deutlich, da zwei Gewerkschaften für das Krankenhauspersonal zuständig sind, eine Gewerkschaft für die Angestellten und eine andere Gewerkschaft für die ArbeiterInnen.

Der Kollektivvertrag für die ÄrztInnen und das Pflegepersonal weist ein höheres Gehaltsschema auf als jener der in Landeskrankenhäusern Beschäftigten. Verwaltungskräfte und Beschäftigte im medizinischen Dienst haben in etwa das gleiche Einkommensniveau wie in Landeskrankenhäusern.

„Wir haben sicher ein besseres Gehaltsschema als in der Gemeinde. Das unterscheidet sich aber auch nach Berufsgruppen, beim medizinischen Dienst und den Verwaltungsangestellten gibt es kaum Unterschiede, bei Pflegekräften und Ärzten hingegen schon deutlich. Das wird uns auch immer vorgehalten, dass wir deutlich über den Wiener Schwerpunktkrankenhäusern sind.“ (F4-I1-6)

Die konkrete Einkommenshöhe (Gehalt inklusive Zuschläge) ist in diesem Krankenhaus schwierig zu eruieren, seitens der Funktionsträger scheint dieses Thema ein Tabu zu sein.

„Das ist komplex, es lässt sich auch keiner gerne hineinschauen was mit Zulagen gearbeitet wird.“ (F4-I4-8)

Dies mag damit zusammenhängen, dass die Personalkosten pro diplomierte Pflegekraft laut Auskunft einer Pflegekraft in diesem Krankenhaus rund 40% über den Gehaltskosten einer diplomierten Pflegekraft in einem Landeskrankenhaus liegen.

„Da geht es um die Kosten pro Mitarbeiter. Und da liegen wir zurzeit ungefähr 40% über der Gemeinde Wien. Ich kann auch praktisch sagen, im Vergleich zu ei-

ner Bekannten, die Stationsschwester bei der Gemeinde Wien ist, sind es locker 600 € netto im Monat, die ich mehr bekomme. Wir haben allerdings auch noch eine Überstundenpauschale von drei Wochenstunden inkludiert.“ (F4-I7-10)

Mit der Einkommenshöhe, so die Pflegekraft, sind die Pflegekräfte des Krankenhauses auch sehr zufrieden.

„Ich habe auch noch nie im Haus gehört, dass jemand vom Pflegepersonal über das Gehalt geklagt hätte“. (F4-I7-10)

Derzeit wird von der Geschäftsführung des Krankenhauses allerdings versucht, die Überstundenpauschale abzuschaffen. Die Pflegekräfte wehren sich gegen die Abschaffung. „Für die Einzelnen ist dies einfach finanziell ein Problem. Da geht es bis zu 200 Euro netto im Monat“, erläutert eine Pflegekraft. Erste Verhandlungen zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat haben bereits stattgefunden, verliefen allerdings erfolglos.

Bei den ÄrztInnen wurde die Erbringung von Überstunden bereits erfolgreich, mit dem Argument der Kosteneinsparung, minimiert, indem die maximale Dauer eines Dienstes für ÄrztInnen auf 25 Stunden limitiert wurde. Das monatliche Einkommen der ÄrztInnen wurde laut Betriebsrat dadurch um ca. 10% vermindert.

Arbeitszeit – Mehrstunden

Auch in diesem Krankenhaus ist das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz Grundlage der Arbeitszeitregelungen, und auch in diesem Krankenhaus findet sich keine gesonderte Betriebsvereinbarung zur Überschreitung der Arbeitszeit. Im Gegenteil, in diesem Krankenhaus wurde die maximale Dauer eines Dienstes für ÄrztInnen vor einigen Jahren auf 25 Stunden beschränkt. Gesetzlich sind einzelne Dienste mit 32 Stunden limitiert.

Eine Ärztin beschreibt diese zeitliche Begrenzung der Dienste als größte Veränderung für die ÄrztInnen im Krankenhaus in den letzten Jahren.

„Die größte Veränderung war für uns im Haus sicher, dass wir nach dem Nachtdienst um 9.00 Uhr also nach 25 Stunden nach Hause gehen müssen. Das war die größte Veränderung überhaupt, dass wir das drübergestülpt bekommen haben, dass der Betriebsrat eigentlich gegen den großen Widerstand der Ärzteschaft mit der Geschäftsführung mitgespielt hat. Das ist eigentlich vom Arbeitgeber gepuscht worden. Weil man durch Überstundenreduktion Einsparungen haben wollte.“ (F4-I5-9)

Ursprünglich gab es großen Widerstand der ÄrztInnen im Krankenhaus, mittlerweile, so eine Ärztin, sind alle sehr zufrieden mit dieser Situation.

„Und dass es jetzt zwei Jahre danach, jetzt gibt es praktisch niemanden mehr, der nicht nach Hause gehen will. Für mich war es damals auch wirklich die Erkenntnis, wie weit man jemanden zum Glück zwingen muss. Wobei natürlich bei den meisten die Frage des Einkommens im Vordergrund war, weil das ein Einkommensverlust von fünf Stunden ist. Aber es hat ja insofern eine Gegenleistung geben, als dafür mehr Freizeit und Lebensqualität möglich ist, und das hat vorher keiner oder nur wenige glauben wollen. Jetzt muss man schon sagen, dass glaube ich alle

überzeugt sind. Dass das irrsinnig fein ist, vormittags nach Hause gehen zu können.“ (F4-I5-9)

Pflegekräfte haben in diesem Krankenhaus – wie im vorhergehenden Abschnitt erwähnt – eine Arbeitszeit von 43 Wochenstunden. Für die drei Zusatzstunden erhalten sie eine Überstundenpauschale. Zurzeit wird jedoch gegen den Widerstand der Pflegekräfte von der Geschäftsführung versucht, die Überstunden und damit die Überstundenpauschale abzuschaffen. Gleichzeitig ist für die eingesparten Stunden die Neueinstellung von Pflegekräften geplant.

4.3.5. *Arbeitsbedingungen und Belastungen*

Auch in diesem Krankenhaus wird die Intensivierung der Arbeit vor allem von den Pflegekräften als große Belastung erlebt. Durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus (Verringerung der durchschnittlichen Belagstage) kommen die aufwändigen Anmelde- und Entlassungsprozeduren stärker zum Tragen. Die Möglichkeit von Arbeitspausen hat abgenommen und gleichzeitig die Anforderung an die Konzentrationsfähigkeit zugenommen, wie eine Pflegekraft beschreibt.

„Wir hatten früher drei bis vier Entlassungen und Aufnahmen in der Woche, das haben wir jetzt am Tag. Der Durchlauf hat sich erhöht und noch dazu in Verbindung mit dem Pflegeprozess, wo wir ja früher auch keine umfangreichen Aufnahmegespräche gehabt haben, hat sich dadurch der Arbeitsaufwand an den Wochentagen erheblich erhöht. Am Wochenende ist es etwas anders, aber da haben wir auch personalmäßig etwas weniger. Ich würde sagen, man hat weniger Pausen als früher, (...) es fordert einem mehr als früher höhere Konzentration ab.“ (F4-I5-9)

Erhöht wird der Arbeitsaufwand darüber hinaus – wie in anderen Krankenhäusern auch – durch die Zunahme von Dokumentationsaufgaben. Das Verfassen der ‚Pflegedokumentationen‘ kostet Zeit, und da zusätzliche Zeitressourcen nur in geringfügigem Ausmaß vorgesehen sind, nimmt die Zeit für die pflegerischen Aufgaben ab.

„Natürlich. Im Grunde wird die Zeit für den Patienten weniger. Vor allem die Arbeit für den Aufnahme- und Entlassungsprozess hat zugenommen. Weil früher haben wir ‚Auf Wiederschauen‘ gesagt und jetzt müssen wir sieben Papierln ausfüllen. Umfangreicheres Aufnahmegespräch und so weiter. Wie ich vor 20 Jahren angefangen habe, hat es auf der Station ein Buch gegeben, wo gestanden ist, keine weiteren Vorkommnisse. Ich sage nicht, dass das besser war. Jetzt hat man pro Patienten natürlich eine eigene Akte, eine eigene Fieberkurve etc. Man versucht jeden Schritt nachvollziehbar zu machen. Jede kleinste Handlung muss dokumentiert werden. Hakerl machen, Listen schreiben und so weiter und so fort.“ (F4-I5-8)

Zusätzlich zur Pflegedokumentation hat sich, wie Pflegekräfte erzählen, aber auch der Arbeitsaufwand in Bezug auf Fragen der Haftpflicht des Krankenhauses erhöht.

„Was sich geändert hat bzw. was spürbar unangenehmer geworden ist, aber das hat vermutlich mit einer allgemeinen Tendenz zu tun, dass man immer mehr Papiere aus Haftpflichtgründen ausfüllen muss, die aber weder den Patienten noch uns was bringen. Das ist völlig überzogen.“ (F4-I5-7)

Aber nicht nur Pflegekräfte, auch ÄrztInnen erleben den zunehmenden Aufwand für Dokumentationsaufgaben als Mehrbelastung, die zu Arbeitsverdichtung führt, so dass die Zeit für den persönlichen Patientenkontakt immer weniger wird.

„Auf alle Fälle, dass einfach im Lauf der letzten Jahre bedingt auch durch neue Techniken, vermehrte Aufklärungsgeschichten und Verpflichtungen, vermehrte Bürokratie und Administration, die jetzt unabhängig vom Computer sind, sondern auch von einem Mehraufwand an Dokumentation sich zeitintensive Mehrbelastungen ergeben haben. So dass sich im Lauf der Zeit und sukzessive der Arbeitsaufwand eigentlich drastisch vermehrt hat. Also starke Verdichtung, da alles in der gleichen Zeit passieren muss. Das passiert im ganzen Krankenhausbereich, dass einfach sehr, sehr viel Schreibkram dazugekommen ist, auch zur Absicherung wegen forensischen Komplikationen dient und bevor man jetzt irgendeinen Kontakt zum Patienten kreieren kann, es sei denn, es ist was Akutes, also Lebensbedrohliches, wenn es was Subakutes ist, dann muss man sich durch einen Dschungel an Formularen durchkämpfen, bevor man überhaupt den Kontakt zum Patienten kreiert.“ (F4-I3-9)

Es finden sich aber auch widersprüchlichere Wahrnehmungen der Entwicklung, vor allem in der ÄrztInnenschaft. So beschreibt eine Ärztin eine Verschiebung der Tätigkeiten und Aufgaben, die auf der einen Seite durch die Zunahme von Dokumentationsaufgaben zu einem Mehraufwand führt, aber auf der anderen Seite durch die Entwicklung der Medizintechnik eine zeitliche Entlastung mit sich bringt.

„Ich glaube, ich arbeite jetzt seit 30 Jahren da. Unterm Strich ist es gleich geblieben. Es gibt allerdings Verschiebungen innerhalb der Tätigkeiten. Also das was früher ein Aufwand war, gibt es jetzt viele Erleichterungen durch die Medizintechnik, man denke nur an einfache Dinge wie Blutdruckmessen.“ (F4-I4-7)

Verwiesen wird in diesem Zusammenhang von einer Ärztin auch darauf, dass durch die pharmazeutische Entwicklung bessere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die auch psychische Entlastung für ÄrztInnen bedeuten. Als Beispiel führt sie die medikamentöse Schmerztherapie an.

„Was die Patientenbetreuung betrifft, würde ich überhaupt nicht sagen, dass es schlechter geworden ist. Wenn ich nur an die medikamentösen Dinge denke, an die Schmerztherapien, ... also der psychische Druck für Ärzte, jemanden leiden zu sehen, ist sicher weniger geworden. ...Man kann sich viel leichter helfen. Den Druck, dass man niemandem helfen kann und kaum mehr zuschauen kann, den Druck habe ich sicher weniger. Es hat einfach jeder mehr Chancen auch therapeutisch. Wir haben früher 16-, 17-Jährige gehabt, die haben wir verloren. Wir hatten ein Zimmer, da waren lauter Junge drinnen, wo wir gewusst haben, die werden in kurzer Zeit sterben, und das war auch so. Und die Situation zu verbessern oder zumindest zu lindern, ist so viel besser geworden, dass es kein Vergleich mehr ist.“ (F4-I4-10)

Erwähnenswert ist in diesem Krankenhaus, dass unsere InterviewpartnerInnen gegenüber technologischen Neuerungen, wie die derzeitige Implementierung des Krankenhaus-Informationen-Systems offen und eher positiv eingestellt sind, und zwar sowohl ÄrztInnen als auch Pflegekräfte.

„Alle Umstellungen kosten natürlich Zeit, gleichzeitig glaube ich, ist es aber gut, dass wir die EDV endlich haben. Ich für meinen Bereich kann sagen, ich habe ei-

nige Erleichterungen dadurch bekommen. Was die Dokumentation betrifft, habe ich jetzt ein saubereres Arbeiten als ich hatte. Natürlich sind die Übergangszeiten immer problematisch, mehr Druck, mehr Aufwand. Jetzt läuft es zum Teil parallel, natürlich ist es da gerade sehr aufwändig. Aber deswegen will ich das nicht verdammen, weil ich glaube, dass es sehr wichtig ist, dass wir das haben. Auch wenn ich manchmal fluche. Insgesamt, wenn alles funktioniert, ist es aber sicher eine Erleichterung.“ (F6-I4-8)

Eine Pflegekraft wiederum führt als Begründung für ihre tendenziell positive Haltung gegenüber dem neuen Krankenhaus-Informationssystem an, dass die mangelhaft computerunterstützte Dokumentation auch sehr aufwändig ist.

„Ich weiß es nicht, natürlich kostet es in der Umstellungsphase mehr Zeit. Vielleicht ist es super, ich weiß es nicht. Weil schreiben und am Zettel nachschauen ist auch aufwändig. Ich bin neugierig, wie gut es funktioniert und wie schnell man ist, wenn man die Maske kennt und das System kennt, wird man hoffentlich recht flott sein.“ (F4-I5-6)

Darüber hinaus können aber auch organisatorische Umstrukturierungen innerhalb von Abteilungen zu zusätzlichen Arbeitsbelastungen führen, wie der Betriebsrat erzählt. Dies sei aber sehr stationsspezifisch und auch in hohem Maß von der Abteilungsleitung abhängig. Als Beispiel führt er eine Station an, in der auf Initiative der ärztlichen Abteilungsleitung zusätzlich eine interne Aufnahmestation eingerichtet wurde. Gleichzeitig wurden für diese Aufgabenerweiterung keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die Arbeitsverdichtung für die Pflegekräfte auf dieser Station habe zur Folge, dass die Fluktuation der Pflegekräfte auf dieser Station überdurchschnittlich hoch sei, was wiederum zur Mehrbelastung des verbleibenden Pflegepersonals führt, da diese zusätzlich auch noch Einschulungen übernehmen müssen.

„Ich habe hauptsächlich mit dieser Station zu tun, wo alle Pflegekräfte über enorme Arbeitsbelastung klagen. Da gibt es viele Wechsel, was wiederum mit der Struktur drüben zu tun hat, das heißt schlechte Leitungskultur. Dann haben die zusätzlich noch eine unangenehme Situation mit der Aufnahme, die haben praktisch eine Aufnahme dazubekommen, das war vom Primar der Ehrgeiz, dass man eine interne Aufnahme hat, und man wollte aber kein Geld ausgeben und eine eigene Abteilung aufmachen, hat das dann hatschert gemacht, einfach die Aufnahme dazugekommen, ohne das Personal aufzustoßen. Das geht natürlich auf den Rücken des Pflegepersonals.“ (F4-I2-10)

4.3.6 Zusammenfassung

Dieses Krankenhaus steht schließlich als Beispiel eines öffentlichen Krankenhauses einer gesetzlichen Versicherung, das LKF-finanziert ist und in dem die Abdeckung der Verluste durch den Träger erfolgt.

Die zentrale Strategie des Krankenhauses, veränderten Rahmenbedingungen und zunehmendem Kostendruck zu begegnen, liegt auf der Begrenzung der Verluste, das heißt auf Kostensenkung. Im Fokus steht dabei die Einsparung von Arbeitskosten in Form der Verringerung der Beschäftigtenzahlen. In den letzten Jahren wurde die Zahl der ÄrztInnen reduziert und es wird kein neues Pflegepersonal aufgenommen, auch wenn zusätzliche Leistungen seitens der Beschäftigten erbracht werden müssen. Einkommensredu-

zierungen werden von der Krankenhausleitung über die Minimierung von Überstunden bei den ÄrztInnen und über die Streichung der Überstundenpauschale für Pflegekräfte versucht. Einbußen in Bezug auf das Grundgehalt (inklusive spezieller Zulagen) finden sich nicht. Im Gegenteil: Der Kollektivvertrag für ÄrztInnen und Pflegepersonal in diesem Krankenhaus weist ein höheres Gehaltsschema auf als der Kollektivvertrag der in Landeskrankenhäusern Beschäftigten, welcher wiederum über den Privatkliniken und Ordensspitälern liegt.

Eine zweite Strategie der Kostenreduktion stellt auch in diesem Krankenhaus Outsourcing dar, das zum Teil – beispielsweise über den Verlust betrieblicher Sozialleistungen – zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die ausgelagerten Beschäftigten führt. Drittens wurde in höherem Ausmaß in Technologien investiert, von denen ebenfalls eine höhere Effizienz bei Verwaltung und Dokumentation und damit eine Kostenreduktion erwartet wird.

Die Intensivierung der Arbeit wird auch in diesem Krankenhaus vor allem von den Pflegekräften als große Belastung erlebt: Zum Ersten als Folge der Personalreduzierung und zum Zweiten durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus (Verringerung der durchschnittlichen Belagstage), die dazu führt, dass die aufwändigen Anmeldungs- und Entlassungsprozeduren stärker zum Tragen kommen.

Erhöht wird der Arbeitsaufwand darüber hinaus – wie allerdings in anderen Krankenhäusern auch – durch die Zunahme von Dokumentationsaufgaben. Das Verfassen der ‚Pflegedokumentationen‘ kostet Zeit, und da kaum zusätzliche Zeitressourcen vorgesehen sind, nimmt die Zeit für die pflegerischen Aufgaben ab. Aber nicht nur Pflegekräfte, auch ÄrztInnen erleben den zunehmenden Aufwand für Dokumentationsaufgaben als Mehrbelastung, die zu Arbeitsverdichtung führt, so dass die Zeit für den persönlichen Patientenkontakt immer weniger wird.

Zusammenfassend liegt in diesem Krankenhaus die Hauptstrategie auf Kostensenkung durch Reduktion der Arbeitskosten. Die Verringerung der Beschäftigtenzahlen und Einkommensreduzierungen durch Minimierung von Überstunden – wenn auch von einem hohen Ausgangsniveau ausgehend - führen bei ÄrztInnen und Pflegekräften tendenziell zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen.

5. STRATEGIEN DER KRANKENHÄUSER UND WIRKUNGEN AUF BESCHÄFTIGUNG, EINKOMMEN, ARBEITSZEIT UND BELASTUNGEN – EIN ZUSAMMENFASSENDE VERGLEICH

5.1. Einleitung

Als Folge von Gesundheitsreformen sind Krankenhäuser seit den 90er Jahren europaweit mit veränderten Anforderungen konfrontiert. Als wichtigste Triebkraft für Veränderungen ist das Ziel der Kosteneindämmung zu nennen.²⁸ Alle europäischen Länder – sowohl jene mit steuerfinanzierten Systemen als auch Länder mit beitragspflichtigen Sozialversicherungen wie Österreich – hatten und haben Schwierigkeiten, die steigenden Gesundheitskosten zu finanzieren (Saltman/Dubois 2004, McKee et al. 2002, Schulten 2006, Hermann 2007).²⁹

Das Ziel der Kosteneindämmung ist indes nicht neu, jedoch änderten sich in den 90er Jahren die Instrumente, die zur Verfolgung dieses Ziels eingesetzt wurden. Nach Gerlinger/Mosebach (2009) vollzieht sich seither eine umfassende Transformation des Gesundheitssystems, in deren Zentrum die Einführung von Steuerungsinstrumenten steht, die für die Beteiligten finanzielle Anreize zur Kostendämpfung schaffen sollen.³⁰ Ein solches Instrument ist das „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierungssystem“ (LKF-System), dessen Einführung in Österreich 1997 erfolgte. Die Einführung von Fallpauschalen, die von den Finanzierungsbehörden – unabhängig von den tatsächlichen Behandlungskosten – erstattet werden, hat hier besondere Anreize geschaffen, die Leistungen je PatientIn zu reduzieren bzw. diese nicht über die definierten Grenzen ansteigen zu lassen. Ein Anreiz ist beispielsweise, PatientInnen so schnell wie möglich aus der Spitalsbehandlung zu entlassen. Leistungsbezogene Zahlen und Budgets stellen aus der Sicht der Finanzierungsträger eine zentrale Voraussetzung für ein Wettbewerbssystem dar, weil damit die Kosten der Versorgung – anders als bei retrospektiven Vergütungsformen – besser kalkulierbar werden (Gerlinger/Mosebach 2009, Klinke 2008).

Veränderungen in der Finanzierung der Gesundheitsversorgung haben nun nach Schulten (2006:14) die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung in Europa erbracht wird,

²⁸ Daneben spielten auch technologische und organisatorische Innovationen, Dezentralisierung, der Bedarf an neuen Qualifikationen und ein wachsendes Bewusstsein für PatientInnenrechte bei der Reform des Gesundheitssektors eine Rolle.

²⁹ Genauere Ausführungen zu den Hintergründen der Finanzierungskrise finden sich u.a. bei Hermann (2007), Brandt et al. (2008), Böhlke/Schulten (2008).

³⁰ Klinke (2008) verweist in diesem Zusammenhang auf die Durchsetzung „eines ordnungspolitischen Wandels, der darin besteht, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot tendenziell eine Vorrangstellung gegenüber allen übrigen Zielen der Gesetzlichen Krankenversicherung erhält – also auch gegenüber den Ansprüchen der Versicherten auf Gewährleistung einer flächendeckenden qualitativ hochwertigen Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen. Praktisch wirksam wird dieser ordnungspolitische Wandel durch die Abkoppelung der Finanzierungsgrundsätze vom medizinischen Bedarf, vor allem durch die Einführung von Budgetierung und pauschalieren Entgeltsystemen“ (Klinke 2008:42).

grundsätzlich verändert. Gleichzeitig waren die Konsequenzen für die Erbringung der Gesundheitsversorgung nicht einheitlich. So ist beispielsweise Deutschland jenes Land in Europa, in dem der Verkauf von öffentlichen Krankenhäusern an private Eigentümer (Gesundheitskonzerne) systematisch und im groß angelegten Stil erfolgte (vgl. Maarse 2006:96, Papouschek/Böhlke 2008). In Österreich finden sich hingegen kaum Spitalsprivatisierungen. Allerdings hat – wie auch in anderen Ländern – Ökonomisierung an Bedeutung gewonnen.

Unter Ökonomisierung wird die Beteiligung von privatem Kapital, die Einführung von Marktmechanismen und die Adaptierung von privaten Management- und Effizienzprinzipien verstanden (siehe u.a. Schulten 2008). Eine auf das Krankenhaus bezogene Definition von Ökonomisierung stammt von Kühn und Simon (2001). Sie definieren Ökonomisierung im Krankenhaus als „einen Prozess des Eindringens ökonomischer Kalküle in das patientenbezogene Denken und Handeln im Krankenhaus, der tendenziell dazu führt, dass medizinisch-pflegerische Versorgungsziele von ökonomischen Zielen überlagert werden“ (Simon/Kühn 2001:8).

Das vorliegende Kapitel widmet sich den Erscheinungsformen von Ökonomisierung in den Fallstudienkrankenhäusern. Entlang der Kernfragestellungen – Reaktionen der Krankenhäuser auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf Beschäftigung, Einkommen, Arbeitszeit und Arbeitsbelastungen – werden die Fallstudienkrankenhäuser vergleichend dargestellt. Überdies wird der Frage nachgegangen, ob und wie sich die Reaktionen der Krankenhäuser bzw. deren Auswirkungen nach der Trägerstruktur der Krankenhäuser unterscheiden.

5.2. *Strategien der Krankenhäuser*

Unabhängig von der Finanzierungsstruktur und vom Grad des Wettbewerbes berichten alle untersuchten Krankenhäuser von einem steigenden Kostendruck, geschuldet den Veränderungen in der Finanzierung und den stagnierenden oder nur sehr zögernd steigenden öffentlichen Budgets. Maßnahmen zur Kostensenkung sind daher eine Hauptstrategie der Krankenhäuser, den veränderten Anforderungen zu begegnen. Dabei zeigen sich allerdings Unterschiede nach Trägern. Privatkliniken setzen gleichzeitig, so zeigen die Fallstudien, vermehrt auch auf Werbung um PatientInnen, um ihre Bettenauslastung und damit die Einnahmen zu erhöhen.

An einem Krankenhaus lässt sich überdies der Konzentrationsprozess im Krankenhaussektor beobachten. Wie einleitend ausgeführt, wurde der Krankenhaussektor durch Reformen, unter anderem durch die Einführung des „Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierungssystems“ (LKF-System), wesentlich marktnäher gestaltet. Der Druck auf Klinikbetreiber steigt, verstärkt nach marktwirtschaftlichen Prinzipien zu agieren. Einsparungen und Effizienzgewinne sind bei Krankenhäusern vor allem dann möglich, wenn größere unternehmerische Einheiten gebildet werden. Die Folge: Konzentrationsprozesse im Krankenhauswesen. Diese Entwicklung findet sich seit geraumer Zeit im öffentlichen Spitalswesen, ist seit einigen Jahren aber auch im privaten gemeinnützigen

Spitalswesen beobachtbar. Ein Fallstudienkrankenhaus wurde vor einigen Jahren in eine Holding konfessioneller Spitäler eingegliedert.

5.2.1. *Strategien der Kostensenkung*

Alle Fallstudienkrankenhäuser haben auf den steigenden Kostendruck mit Maßnahmen zur Kostensenkung reagiert. Dies geschah hauptsächlich auf drei Ebenen: Reorganisation, Reduktion der Arbeitskosten, Verringerung der Beschäftigtenzahlen, Bezahlung von niedrigeren Löhnen und Intensivierung von Arbeit sowie Spezialisierung und Schwerpunktsetzung auf einzelne medizinische Leistungsbereiche.

Eine zentrale Maßnahme zur Kostensenkung, die in allen Krankenhausfallstudien zu finden ist, ist die Auslagerung von bestimmten Teilen oder Funktionen an private Unternehmen, die die Dienstleistungen kostengünstiger erbringen können als die betreffenden Krankenhäuser mit ihren eigenen Beschäftigten. Die Palette ausgelagerter Bereiche ist groß: angefangen von der Reinigung über Küche und Instandhaltung bis hin zur Medizintechnik. In einer der untersuchten Fallstudien wurde auch ein medizinischer Dienst, nämlich das Labor, ausgelagert.

Dies entspricht auch der europäischen Entwicklung. In allen europäischen Ländern hat sowohl bei Krankenhäusern unter privater, wie auch unter freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft im Rahmen der Restrukturierungen des Krankensektors eine erhebliche Zahl an Auslagerungen stattgefunden. Den Anfang machten Ausgründungen der sekundären Dienstleistungen, wie Reinigung, Wäscherei oder Küche. Salfeld/Hehner et al. (2008:100) begründen dies beispielsweise für Deutschland damit, dass Einsparungen bei den nicht-klinischen Diensten leichter zu vermitteln sind und daher in vielen Häusern seit Jahren auf diese Bereiche konzentriert werden. Mittlerweile werden aber auch primäre Dienstleistungen wie Labors, Dialysen oder Computertomographien ausgelagert.

In einem Krankenhaus erfolgte die Auslagerung sekundärer Dienstleistungen durch die Gründung von Tochtergesellschaften. Dabei handelt es sich um das gemeinnützige Krankenhaus, das einer Holding angehört. In fast allen Krankenhäusern der Holding wurden in den letzten Jahren Küche, Logistik und Technisches Gebäudemanagement ausgelagert. Die ausgelagerten Teile der einzelnen Krankenanstalten wurden in neu gegründete Servicebetriebe überführt, die sich ebenfalls im Mehrheitseigentum der Holding befinden. Diese Servicebetriebe wurden dann unter dem Dach einer Service GmbH (Supportprozesse für Gesundheitseinrichtungen) zusammengefasst. Einer der großen Vorteile dieser Auslagerungen ist die Möglichkeit der Gewinnerwirtschaftung durch die Servicebetriebe.

Obwohl Auslagerungen immer noch einen dominierenden Trend darstellen, haben einige Krankenhäuser damit begonnen, ausgelagerte Aktivitäten wieder in die Unternehmen zu integrieren. Ein Beispiel aus unseren Fallstudien ist eine Privatklinik, die den Bereich der Reinigung – aufgrund von Qualitätseinbußen infolge der Auslagerung bei

gleichzeitig geringer Kostenersparnis – wieder eingegliedert hat (siehe auch Blum/Offermanns et al. 2007:26f).

Die vom Outsourcing betroffenen Beschäftigten wurden in den Fallstudienkrankenhäusern in der Regel vom neuen Unternehmen übernommen, allerdings teilweise zu niedrigeren Lohnniveaus und unter Verlust betrieblicher Sozialleistungen.

Als zweite wesentliche Strategie zur Kostensenkung ist die Reduktion der Arbeitskosten zu nennen, deren Wirkungen im zweiten Teil dieses Kapitels genauer beschrieben werden. Die Reduktion der Arbeitskosten erfolgt zum einen durch vielfältige Maßnahmen zur Einkommensreduzierung, durch eine Verringerung der Beschäftigtenzahlen, aber auch durch den Einsatz flexibler Beschäftigungsformen. Darüber hinaus haben Veränderungen in der Arbeitsorganisation in der Regel zu einer Intensivierung der Arbeit geführt. So wurde in einem Krankenhaus die Ablauforganisation bei der Operationsvorbereitung reorganisiert, um die Zahl der Operationen zu erhöhen. Gleichzeitig erfolgte im Pflegebereich im Geiste der Taylorisierung die Einführung von Zeitbewertungen für „Schlüsseltätigkeiten“.

Spezialisierung und Schwerpunktsetzung auf einzelne medizinische Leistungsbereiche – als dritte Strategie – senkt die Kosten im Spitalsbereich, sowohl Personalkosten als auch Investitionskosten, da medizinische Geräte vielfach nur für spezifische Bereiche gebraucht werden, und erhöht die Produktivität. Diese Spezialisierung und Schwerpunktsetzung ist allerdings primär für Privatkliniken möglich, die nicht in den Krankenhausplan als öffentliches Planungsinstrument eingebunden sind. Für Krankenhäuser mit Öffentlichkeitsrecht ist diese Strategie nur innerhalb bestimmter Grenzen anwendbar, wird aber beispielsweise von der konfessionellen Holding durch fachspezifische Schwerpunktsetzungen in den einzelnen Krankenhäusern vorangetrieben.

5.2.2. Strategien der Einnahmenerhöhung – Erhöhung der Bettenauslastung und Wettbewerb um PrivatpatientInnen

Strategien der Einnahmenerhöhung finden sich in unseren Fallstudienkrankenhäusern primär in den Privatkliniken. Dabei geht es um die Erhöhung der Bettenauslastung bis an die 100% und um einen Wettbewerb um „rentable PatientInnen“, das sind privatversicherte PatientInnen mit gut planbaren und überschaubaren Behandlungen. Klute (2009) schreibt in diesem Zusammenhang von der Selektion von PatientInnen als eine Strategie der Einnahmenerhöhung.

Ein Fallstudienkrankenhaus, eine der beiden Privatkliniken, setzt dabei vor allem auf SelbstzahlerInnen, um die es auch unter zunehmendem Ressourceneinsatz wirbt. Geworben wird zum einen um finanzkräftige ausländische PatientInnen, zum anderen mit der Vermarktung des Krankenhauses als Krankenhaus mit Luxushotelqualitäten und mit einer Angebotsspezialisierung in der Präventivmedizin für eine finanzkräftige Klientel.

Die Werbung um finanzkräftige ausländische PatientInnen erfolgt zum einen über Netzungen mit politischen und wirtschaftlichen Funktionsträgern aus verschiedenen Ländern, wobei der Schwerpunkt auf Russland und dem arabischen Raum liegt. Dies

wird unter anderem deutlich an der Häufigkeit von ausländischen Delegationen im Krankenhaus. Gleichzeitig wird die Behandlung „bekannter Persönlichkeiten“ aus diesen Ländern medial auch in deren Herkunftsländern vermarktet. Eine zusätzliche Strategie ist die Herausgabe von Hochglanzbroschüren, die in ihrer Aufmachung stärker an Produktwerbung als an der Beschreibung des medizinischen Angebots orientiert sind. Diese Broschüren werden in mehreren Sprachen aufgelegt. Auch die Angebotsspezialisierung orientiert sich primär an dieser Klientel. So wurde vor einiger Zeit ein ‚Health Care Center‘ eingerichtet, das Manager-Vorsorgechecks am Wochenende anbietet. Eine weitere Vermarktungsstrategie ist die Betonung der Luxushotelqualität des Krankenhauses.

Die zweite Privatklinik wählt hingegen eine andere Strategie. Das Krankenhaus ist ein Belegarztkrankenhaus. Das heißt, das Krankenhaus fungiert in diesem Fall primär als ‚Bereitsteller‘ jener Leistungen, die der/die Belegarzt/ärztin benötigt, um seine PatientInnen zu behandeln. Da in dieser Privatklinik über 80% der PatientInnen über BelegärztInnen ans Krankenhaus kommen, wird primär um BelegärztInnen und erst an zweiter Stelle um PatientInnen geworben.

In den Krankenhäusern mit Öffentlichkeitsrecht wird hingegen die Leistungserweiterung und Leistungsausdifferenzierung im ambulanten Bereich vorangetrieben, um LKF-Einnahmen zu erhöhen. Überdies findet sich in allen Krankenhäusern die Strategie, die Zahl der Operationen, die wirtschaftlich, im verrechnungstechnischen Sinne, sehr wichtig sind, bei gleich bleibenden Personalressourcen zu erhöhen und damit die Produktivität zu steigern. Dies ist in den letzten Jahren auch gelungen. Zusätzlich wird versucht, die Aufenthaltsdauer der PatientInnen nach Operationen zu verkürzen. Allerdings ist hier darauf zu verweisen, dass eine Häufung vorzeitiger Entlassungen in österreichischen Krankenhäusern bislang nicht nachzuweisen ist. Braun (2008) kommt für Deutschland zu einem ähnlichen Ergebnis und verweist darauf, dass dies vermutlich vor allem auf das hochkomplexe Regulierungssystem zurückgeführt werden kann, das das Fallpauschalensystem vor solchen Fehlanreizen schützt.

5.2.3. *Personalpolitische Maßnahmen – Human Resource Management*

Die Orientierung an neuen Unternehmensstrategien ging in den Fallstudienkrankenhäusern Hand in Hand mit einer Reform des Human Resource Managements (HRM). In den größeren Krankenhäusern wurden spezielle HRM-Abteilungen eingerichtet und Richtlinien erarbeitet. Als solches bezieht sich HRM insbesondere auf die Personalentwicklung und Qualifikation, sowie auf Personalkontrolle und Personalmotivation. Qualifizierungsmaßnahmen wurden in den Fallstudienkrankenhäusern ausgebaut, allerdings nicht im gleichen Ausmaß für alle Beschäftigten. Höherqualifizierte – ÄrztInnen und diplomierte Pflegekräfte – profitieren in der Regel von der Ausweitung der Weiterbildungsmöglichkeiten, während Beschäftigte mit geringer Qualifikation – etwa Hilfskräfte – zum Teil schlechteren Zugang zu Qualifizierungsmaßnahmen haben als vor einigen Jahren.

In einem Fallstudienkrankenhaus ist das Weiterbildungsangebot noch fokussierter, nämlich auf eine hoch qualifizierte Kernbelegschaft. Dazu gehören die FachärztInnen, einige wenige hoch spezialisierte Pflegekräfte sowie das mittlere Management und die Führungskräfte. Ein Schwerpunkt der Qualifizierung liegt dabei auf der Vermittlung betriebswirtschaftlicher Orientierung. So absolvierten einige Ärztinnen des Krankenhauses ein postgraduales Studium im Bereich Krankenhausleitung und Gesundheitsmanagement.

HRM ist insgesamt in diesem Krankenhaus auf die hoch qualifizierte Kernbelegschaft zentriert. Nicht nur bei der Weiterbildung, auch bei der Erarbeitung von HRM Richtlinien geht es primär um diese Kernbelegschaft. Ziel ist die Festlegung einheitlicher Standards für das mittlere Management und Leitungspositionen. Erarbeitet wurde in diesem Zusammenhang beispielsweise ein Standard-Personalauswahlprozess für AbteilungsleiterInnen (Ärztliche Stationsvorstände). Gleichzeitig erhält diese Kernbelegschaft durch die Einbeziehung in neu installierte Netzwerkstrukturen (wie das Qualitätsmanagement) höhere Mitgestaltungsmöglichkeiten und wird stärker an das Unternehmen gebunden.

Dieser Beschäftigtengruppe steht eine zweite Beschäftigtengruppe gegenüber, die „nicht-spezialisierte Pflegekräfte“ und Pflegehilfskräfte sowie große Teile des administrativen Personals umfasst. Für diese Gruppe ist die Teilnahme an einer Soft-Skills-Weiterbildungsmaßnahme nahezu unmöglich und auch die Partizipationsmöglichkeiten dieser Beschäftigtengruppe haben aufgrund von zunehmender Formalisierung, Standardisierung und zentralen Vorgaben abgenommen, während EDV-unterstützte Kontrolle zugenommen hat.

Auch in einem zweiten Fallstudienkrankenhaus hat HRM in den letzten Jahren größere Bedeutung erlangt. Dies wird nicht zuletzt auf die steigenden Anforderungen hinsichtlich der Qualität der Leistungen zurückgeführt. Weiterbildungsmaßnahmen werden vermehrt angeboten und können auch problemlos besucht werden, und zwar vor allem von ÄrztInnen und Pflegekräften. In diesem Krankenhaus wird vor allem von den Pflegekräften zunehmende Kontrolle thematisiert. Ein Punkt sind dabei zunehmende Formalisierung, Standardisierung und zentrale Vorgaben, auch in Bezug auf Umgangsformen. Ein zweiter Punkt ist eine neue Führungskultur, in der Führungskräfte in höherem Ausmaß Kontrollaufgaben übernehmen.

In einem dritten Fallstudienkrankenhaus ist HRM auf Pflegekräfte zentriert. Die besondere Bedeutung der Pflegekräfte ist eng mit der Belegarztstruktur verbunden. Die Pflegekräfte bilden in diesem Fall den fachlichen Kern der Stammebelegschaft und stellen auch quantitativ die größte Beschäftigtengruppe dar. Zusätzlich zu den wachsenden Weiterbildungsangeboten wird in diesem Krankenhaus auch versucht, Pflegekräfte zu motivieren, indem beispielsweise fachliche Interessen einzelner MitarbeiterInnen gefördert werden.

Die Fallstudien zeigen, HRM hat in allen Krankenhäusern an Bedeutung gewonnen, die Ausrichtung des HRM unterscheidet sich allerdings in hohem Maß und ist eng mit den Strategien der einzelnen Krankenhäuser verknüpft.

5.3. *Wirkungen auf Arbeitsbedingungen: Beschäftigung, Einkommen, Arbeitszeit und Arbeitsbelastungen*

5.3.1. *Beschäftigung – kein einheitliches Bild*

Das Ziel der Kostensenkung wirkt sich auch auf die Beschäftigung aus. Allerdings zeigen die Fallstudien kein einheitliches Bild. In einem Fall ist die Beschäftigung gesunken. Die Zahl der ÄrztInnen wurde reduziert, und es wird kein neues Pflegepersonal aufgenommen, auch wenn zusätzliche Leistungen erbracht werden müssen. Dieses Krankenhaus zeichnet sich allerdings dadurch aus, dass nach wie vor Vollzeitbeschäftigungsverhältnisse bevorzugt werden. Dementsprechend finden sich in diesem Krankenhaus auch keine atypischen Beschäftigungsformen, und Teilzeitbeschäftigung gibt es aufgrund rechtlicher Vorgaben, nämlich des Elternteilzeitgesetzes. In dieser Beschäftigungsstrategie wird auch die Bedeutung der Trägerstruktur deutlich: ein öffentliches Krankenhaus, das traditionell auf Vollzeitbeschäftigung setzt (siehe auch Böhm 2009 für die deutsche Entwicklung).

In einem anderen Krankenhaus hat hingegen in den letzten Jahren kein Beschäftigungsabbau stattgefunden, im Gegenteil, die Beschäftigtenzahlen sind seit Mitte 2005 gestiegen. Die Steigerung der Beschäftigtenzahlen ist allerdings vor allem Resultat der Zunahme von Teilzeitbeschäftigung. Während die Steigerung umgerechnet in Vollzeitäquivalente gerade einmal 3,4 Prozent beträgt, hat die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten im gleichen Zeitraum um 30 Prozent zugenommen. Die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung resultiert erstens aus dem wachsenden Anteil teilzeitbeschäftigter ÄrztInnen. Es handelt sich dabei um FachärztInnen, die neben ihrer Tätigkeit im Krankenhaus noch eine Privatordination betreiben. Gleichzeitig gibt es aber bei den Neuanstellungen mit Ausnahme der Führungskräfte kaum mehr Vollzeitbeschäftigte. Personalstellen werden fast nur mehr als Teilzeitstellen mit 20 oder 30 Wochenstunden ausgeschrieben. Das gilt für den administrativen Bereich ebenso wie für die Pflege. Von der Geschäftsführung wird der vermehrte Rückgriff auf Teilzeit bei Neueinstellungen mit dem damit verbundenen Flexibilitätsspielraum begründet. Die strategische Bedeutung von atypischen Beschäftigungsformen als Flexibilisierungsinstrument zeigte sich in diesem Krankenhaus auch am Einsatz von ‚Arbeit auf Abruf‘ (kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit, Kapovaz) im Bereich der pflegerischen Hilfstätigkeiten. Allerdings verstießen die Rahmendienstverträge, die zwischen Arbeitgeber und ArbeitnehmerInnen abgeschlossen wurden, in mehrfacher Hinsicht gegen arbeitsrechtliche Bestimmungen. In diesen Rahmendienstverträgen war weder das Ausmaß noch die Lage der Arbeitszeit festgelegt. Zusätzlich wurden diese Aushilfskräfte unter dem kollektivvertraglichen Mindestlohn bezahlt. Mittlerweile wurden – nachdem der Betriebsrat mit einem Arbeitsgerichtsprozess drohte – die Rahmendienstverträge geändert bzw. durch geringfügige Beschäftigungsverhältnisse ersetzt. Der Einsatz flexibler Beschäftigungsformen als Strategie der Kostensenkung findet sich nach Klute (2009) auch in Deutschland vor allem in konfessionellen Krankenhausverbänden, und auch so genannte ‚Minijobs‘ wer-

den in hohem Ausmaß von Krankenhausgeschäpftführungen eingesetzt (Klute 2009:192).

Der dritte Fall ist wiederum anders gelagert. In diesem Krankenhaus, einer kleinen gemeinnützigen Privatklinik, wurde das Pflegepersonal in den letzten Jahren gemessen in Vollzeitäquivalenten jährlich aufgestockt. Der Hintergrund dafür ist, dass das Krankenhaus zur Erhöhung seiner Bettenauslastung im Wettbewerb mit anderen Krankenhäusern vor allem auf kompetentes und freundliches Pflegepersonal setzt. Die besondere Bedeutung der Pflegekräfte im Unterschied zu anderen Krankenhäusern ist eng mit der Belegarztstruktur verknüpft, da die Pflegekräfte in diesem Fall den fachlichen Kern der Stammebelegschaft bilden und auch quantitativ die größte Beschäftigtengruppe darstellen. Um das Pflegepersonal zu entlasten, werden zum einen in Notfällen, beispielsweise bei Krankenständen oder Urlauben, Poolkräfte eingesetzt, und zum anderen, soweit es der finanzielle Rahmen des Krankenhauses zulässt, Personalstellen für Pflegekräfte ausgebaut.

Eine andere Strategie fand sich allerdings gegenüber Reinigungskräften als weniger qualifiziertem ‚Randpersonal‘. Das von der Geschäftsführung geplante Outsourcing der Reinigung wurde zwar aufgegeben, jedoch um den Preis sich verschlechternder Arbeitsbedingungen für die Reinigungskräfte. Ein Kern der Verschlechterung für die Reinigungskräfte war, dass nur mehr befristete Teilzeitverträge bis zu maximal 25 Stunden angeboten wurden. Die befristeten Teilzeitverträge werden derzeit aber wieder in Vollzeitbeschäftigung rückgewandelt, da die Fluktuation im Reinigungsbereich stark zugenommen hat, was zuletzt auch zu Qualitätsverlusten führte.

Die Fallbeispiele zeigen sowohl in quantitativer (Beschäftigungszahlen) als auch in qualitativer (Beschäftigungsformen) Hinsicht ein uneinheitliches Bild, das wiederum eng an die Strategien des Krankenhauses gekoppelt ist, die sich tendenziell nach Trägern unterscheiden. So wurde in einer gemeinnützigen Privatklinik, die auch aus Wettbewerbsgründen auf hohe Dienstleistungsqualität und kompetente Pflegekräfte setzt, das Pflegepersonal in den letzten Jahren aufgestockt. Ein öffentliches Krankenhaus, das den veränderten Anforderungen vor allem mit Kostensenkungsstrategien begegnet und traditionell auf Vollzeitbeschäftigung setzt, hat hingegen Personal abgebaut.

5.3.2. Einkommen – Fragmentierung und Zunahme von Ungleichheiten

Im Bereich der österreichischen Krankenhäuser findet sich – wie bereits in Kapitel 2 beschrieben – traditionell eine Zweiteilung in der Kollektivvertragslandschaft, allerdings mit darüber hinausgehenden vielschichtigen Fragmentierungen. Auf der einen Seite gibt es die öffentlichen Krankenhäuser, auf der anderen Seite die privaten Krankenanstalten und Ordenskrankenhäuser. Allerdings fehlt im öffentlichen Bereich ein einheitlicher Kollektivvertrag. Die Bundesländer haben in der Regel eigene Kollektivverträge für die Landeskrankenhäuser. Darüber hinaus gibt es eigene Kollektivverträge für kommunale Spitäler und für die Krankenhäuser der Sozialversicherungen. Im privaten Bereich gibt es einen allgemeinen Kollektivvertrag für private gemeinnützige und private profitori-

enterte Krankenhäuser und darüber hinaus eine Reihe von regionalen Kollektivverträgen mit profitorientierten und gemeinnützigen Spitälern. Die unterschiedlichen Kollektivverträge werden von verschiedenen Gewerkschaften abgeschlossen. Im öffentlichen Bereich werden die Beschäftigten von der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst und von der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten vertreten. Die Beschäftigten in den Krankenhäusern der Sozialversicherung vertritt die GPA-DJP. Die Belegschaften der privaten Spitäler vertritt Vida.

Der wesentlichste Unterschied in 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 bis 2009 rund 20% unter dem Lohnniveau in öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern lagen. Um ausreichend qualifiziertes Personal zu bekommen und auch zu ‚halten‘, sind in den Betriebsvereinbarungen Überzahlungen festgelegt: Einerseits in Form von „offenen Überzahlungen“, andererseits in Form verschiedenster verdeckter Überzahlungen, aber auch in Form verschiedener Zuschläge. In den letzten Jahren ist die Entwicklung in den privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenanstalten durch das Bemühen charakterisiert, verdeckte Überzahlungen und sonstige Zuschläge zu kürzen, um damit Personalkosten zu reduzieren, was tendenziell zu einer Zuspitzung der Einkommensunterschiede zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern führte.

2009 wurde dann nach langen Verhandlungen zwischen Gewerkschaft und Arbeitgebern das kollektivvertragliche Lohnschema der Privatkrankenanstalten und Ordenskrankenhäuser um insgesamt 6% angehoben. Da aber zum Teil Überzahlungen eingerechnet wurden, führte die Neuregelung nicht automatisch in jedem Fall zu einer Lohnerhöhung. Gleichzeitig wurden aber auch die Erschwernis-, Gefahren- und Infektionszulagen überproportional erhöht, so dass sich seit 2009 wieder eine Annäherung der kollektivvertraglichen Lohnhöhen zwischen öffentlichen (Landes-)Krankenhäusern und Privatkrankenanstalten/Ordenskrankenhäusern abzeichnet.

Diese Entwicklung betrifft vor allem Pflegekräfte, da ausgehend vom kollektivvertraglich vereinbarten Minimum in fast allen privaten Non-Profit- als auch in privaten Profit-Krankenhäusern Individualverträge mit den ÄrztInnen abgeschlossen wurden und werden, so dass sich das Lohnniveau einem der öffentlichen (Landes-)Krankenhäuser angleicht und in einigen Fällen auch darüber liegt. Die Unübersichtlichkeit wird dabei seitens der Gewerkschaft als großes Problem definiert. Das heißt, kennzeichnend für den privaten Krankenhaussektor ist auch eine deutlich höhere Lohnspreizung zwischen ÄrztInnen und Pflegekräften, eine Tendenz die von Schulden/Böhlke (2009:111) auch für private Krankenhäuser in Deutschland festgestellt wird.

Ein Spezifikum innerhalb der Krankenhauskollektivvertragslandschaft stellen die Krankenhäuser der Sozialversicherungen dar. Der Kollektivvertrag für die ÄrztInnen und das Pflegepersonal in diesen Krankenhäusern weist ein höheres Gehaltsschema auf als jener der in Landeskrankenhäusern Beschäftigten. Verwaltungskräfte und Beschäftigte im medizinischen Dienst haben in etwa das gleiche Einkommensniveau wie in Landeskrankenhäusern.

Überdies findet sich unter unseren Fallstudien auch der Fall einer Privatklinik, in der die Beschäftigten zwar unter die Bedingungen des Kollektivvertrags der Privatkrankenanstalten Österreichs fallen, im gehaltsrechtlichen Teil jedoch an den Kollektivvertrag der Landeskrankenhäuser angepasst sind. Das bedeutet höhere Löhne insbesondere für Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Privatkrankenanstalten. Durchgesetzt wurde die Anpassung an den Kollektivvertrag der Landeskrankenhäuser vor rund 15 Jahren durch den damaligen Betriebsratsvorsitzenden.

Bemühungen und Versuche, Kosten durch Einkommensreduzierungen einzusparen, gleichen sich in allen vier Fallstudienkrankenhäuser im Hinblick auf die Beschäftigten der ausgelagerten sekundären Dienstleistungsbereiche (wie Küche, Reinigung, Haustechnik etc.). Für die Beschäftigten bedeutet eine Auslagerung meist, dass sie einem anderen Kollektivvertrag unterliegen und substanzielle Verschlechterungen bei den Löhnen und Arbeitsbedingungen in Kauf nehmen müssen.

Hinsichtlich der in den Gesundheitsberufen Beschäftigten unterscheiden sich die Strategien der Krankenhäuser in Abhängigkeit von ihren Trägern und damit der kollektivvertraglichen Ausgangsbedingungen. Wie bereits erwähnt, ist die Entwicklung in den privaten gemeinnützigen und privaten profitorientierten Krankenanstalten in den letzten Jahren durch das Bemühen charakterisiert, verdeckte Überzahlungen und sonstige Zuschläge zu kürzen. Dies gilt insbesondere für Pflegekräfte.

In unserem Privatklinikausnahmefall, der im gehaltsrechtlichen Teil an den Kollektivvertrag der Landeskrankenhäuser angepasst ist, gibt es wiederum seit Jahren immer wieder Vorstöße der Geschäftsführung, NeueinsteigerInnen im Rahmen des Kollektivvertrags der Privatkrankenanstalten zu entlohnen. Bislang waren diese Vorstöße aber erfolglos. Im Krankenhaus der Sozialversicherungen wird hingegen versucht, Überstunden der Beschäftigten mit dem Argument der Kosteneinsparung zu minimieren. So wurde vor zwei Jahren die maximale Dauer eines Dienstes für ÄrztInnen auf 25 Stunden limitiert, was das monatliche Einkommen der ÄrztInnen laut Betriebsrat um ca. 10% verminderte. Derzeit wird ebenfalls mit dem Argument der Kostensenkung versucht, die Überstundenpauschale der Pflegekräfte abzuschaffen. Erste Verhandlungen zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat haben bereits stattgefunden. Sie verliefen allerdings erfolglos. Deutlich wird damit, dass sich die traditionelle Fragmentierung in den Kollektivverträgen in der Vielfalt der Strategien der Krankenhäuser, Lohnkosten zu senken, fortsetzt.

5.3.3. Arbeitszeit – Mehrarbeit und Limitierung von Überstunden

Während die Löhne unterschiedlich geregelt sind, gilt für alle Krankenhäuser in Österreich das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz, das 1997 als Reaktion auf die arbeitszeitlichen Missstände im Krankenhausbereich eingeführt wurde. Das Gesetz beschränkt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit 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 48 Stunden nicht überschreitet. Zusätzlich darf die tägliche Arbeitszeit 13 Stunden nicht über-

schreiten. Es gibt allerdings einen Zusatz, der besagt, dass die Maximalgrenze durch Betriebsvereinbarungen überschritten werden darf. In diesem Fall schreibt das Gesetz eine maximale Wochenarbeitszeit von 60 Stunden vor und erlaubt eine Wochenarbeitszeit von 72 Stunden in einzelnen Wochen.

Gesonderte Betriebsvereinbarungen zur Überschreitung der Normalarbeitszeit gibt es in den Fallstudienkrankenhäusern bislang nicht. Allerdings wird derzeit in einer Privatklinik eine solche Betriebsvereinbarung für eine Beschäftigtengruppe, die AnästhesistInnen, verhandelt. Begründung für den Wunsch nach Verlängerung der Dienstzeiten seitens der Geschäftsführung ist die Verlängerung der Operationszeiten und der Plan, die Operationsmöglichkeiten auch an den Wochenenden durchgängig zu nutzen. Der Betriebsrat vermutet, dass eine in einer Betriebsvereinbarung festgelegte Verlängerung der Dienstzeiten auch für OP-Pflegekräfte zukünftig ein Thema werden kann. In einem zweiten Krankenhaus wurde die Tagesarbeitszeit für OP-Pflegekräfte (Intensiv und Anästhesie) ebenfalls aufgrund der Ausweitung der rentablen Operationszeiten bereits erhöht, allerdings im Rahmen des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes. Eine gesonderte Betriebsvereinbarung wurde nicht abgeschlossen.

In den anderen Krankenhäusern wird hingegen eher versucht, Mehrarbeit und Überstunden zu begrenzen, nicht zuletzt auch aus Kostengründen. Wie bereits im vorherigen Abschnitt ausgeführt, wurde in einem Krankenhaus vor zwei Jahren die maximale Dauer eines Dienstes für ÄrztInnen – von vorher 32 – auf 25 Stunden begrenzt. Derzeit wird zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat die Abschaffung der Überstundenpauschale der Pflegekräfte verhandelt. Die Pflegekräfte lehnen diesen Vorschlag der Geschäftsführung ab, da er zu Einkommensverlusten führt.

Auch in einem zweiten Krankenhaus war die Abschaffung der Überstundenpauschale für Pflegekräfte und damit der abzuarbeitenden Überstunden bereits Diskussionsthema. Auch in diesem Krankenhaus wurde der Vorschlag von den Pflegekräften aus finanziellen Gründen abgelehnt.

Insgesamt zeigen sich zwei Entwicklungen bezüglich Mehrarbeit in Krankenhäusern: einerseits eine Verlängerung der Arbeitszeiten für bestimmte Beschäftigtengruppen, namentlich Pflegekräfte und ÄrztInnen im rentablen OP-Bereich aufgrund der Ausweitung der Operationszeiten, andererseits der Versuch der Begrenzung von Arbeitszeiten durch eine Limitierung von Überstunden. Letzteres führt, insbesondere bei zusätzlicher Personalreduktion, zu einer enormen Arbeitsverdichtung für die Beschäftigten (siehe nächster Abschnitt). Unterschiede nach Krankenhausstrategien oder nach Trägern zeigen sich – im Unterschied zu den Beschäftigungsformen und dem strategischen Einsatz atypischer Beschäftigungsformen als Flexibilisierungsinstrument – nicht.

5.3.4. Arbeitsbelastungen – Verdichtung und Intensivierung als Kern

Aus österreichischen Studien über Pflegepersonal in Krankenanstalten ist bekannt: Die körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen des Berufs werden von den Pflegekräften aus verschiedenen Gründen als ‚immer unerträglicher‘ wahrgenommen. Die Ar-

beitsanforderungen sind im Verhältnis zu den Bewältigungsressourcen und auch zur Entlohnung zu hoch, da erstens keine ausreichenden Ressourcen vorhanden sind, um die Aufgaben nach professionellen Standards zu bewältigen, da zweitens „ausreichende“ Unterstützung der einzelnen Berufstätigen durch Träger, Management und Team in den Organisationen in der Regel fehlt und da drittens aus der Sicht der Pflegekräfte keine „ausreichende“ gesellschaftliche Anerkennung (symbolisch, monetär) gegeben ist (siehe u.a. ÖBIG 2006, ÖBIG 2007, Schneeberger 2007, Brunner et al. 2010).

Laut dem deutschen Bericht über die Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit (BMWA 2003) leidet mehr als die Hälfte der Pflegekräfte unter ständigem Termin- und Leistungsdruck. Auch eine Erhebung in den steirischen Krankenanstalten kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: Stress aufgrund von Arbeits- und Zeitdruck wird als der dominierende Belastungsfaktor genannt. Etwa ein Drittel aller Befragten gibt sowohl Probleme bei der Arbeitszeitgestaltung als auch psychische Belastung und körperliche Anstrengung als Faktoren an, die die Arbeitsbedingungen insgesamt als sehr belastend erscheinen lassen (Schneeberger 2007).

Aber nicht nur Pflegekräfte, auch ÄrztInnen sind von zunehmenden Arbeitsbelastungen betroffen (siehe Buhr/Klinke 2006a, Buhr/Klinke 2006b, Braun/Buhr/Müller 2006, Klinke/Kühn 2006, Klinke/Müller 2008). Besonders geklagt wird im ärztlichen Bereich nach Klinke/Kühn (2006) über wachsende Anteile administrativer, dokumentierender und legitimierender (gegenüber den Kassen) Tätigkeiten. Gleichzeitig zeigt die Studie, dass erstens die aufgewendete Arbeitszeit für Forschung unter den Bedingungen des DRG (Diagnosis Related Groups Systems)-Bedingungen um fast die Hälfte gesunken ist und dass zweitens der Anteil medizinischer Tätigkeiten an den Bereitschaftsdienststunden gestiegen ist, „was als Arbeitsverdichtung während der Bereitschaftsdienstzeiten gewertet werden muss“ (Klinke/Müller 2008:98). Als Folge hat der Anteil „häufig überlasteter Ärzte“ (Klinke/Müller 2008:98) zugenommen.

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 über die stationäre Krankenpflege wiederum führt im Zusammenhang mit Restrukturierungsmaßnahmen in Krankenhäusern aus, dass in Krankenhäusern, in denen Rationalisierungsprozesse stattfanden (wie etwa Stationszusammenlegungen, Bettenabbau, Personalabbau) von den Beschäftigten – Pflegekräften und ÄrztInnen – überdurchschnittlich häufig eine ausgeprägte Zunahme des Arbeitstempos und eine Zunahme der Personalfuktuation als Wirkungen dieser Maßnahmen angegeben wurden. Zu wenig Personal, unregelmäßige Arbeitszeiten und großer Zeitdruck sind auch laut der neuen österreichischen Studie von Brunner et al. (2010) die größten Probleme, mit denen Beschäftigte in Gesundheitsberufen in Wien zu kämpfen haben. Fast die Hälfte der Befragten (46,7 Prozent) leiden darunter, dass es in ihren Abteilungen zu wenige Beschäftigte gibt. Daraus resultiert wiederum enormer Zeitdruck, der von 34,4 Prozent in der Umfrage kritisiert wird (Brunner et al 2010).

Auch in den Fallstudienkrankenhäusern wird Arbeitsverdichtung und Intensivierung von den Beschäftigten als größte Belastung erlebt. Personalabbau und die Verkürzung der Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus (Verkürzung der durchschnittlichen Belegtage) hat für die Beschäftigten, primär die Pflegekräfte, eine

Arbeitsverdichtung zur Folge, da mehr PatientInnen in der gleichen Zeit intensiver betreut werden müssen. Gleichzeitig kommen durch die Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von PatientInnen die aufwändigen Anmeldungs- und Entlassungsprozeduren stärker zum Tragen. Die Möglichkeit von Arbeitspausen hat abgenommen, die Anforderung an die Konzentrationsfähigkeit gleichzeitig zugenommen, berichten die Pflegekräfte.

In den beiden Privatkliniken sind für Pflegekräfte zudem die Anforderungen an ‚Serviceorientierung gegenüber BelegärztInnen und Anforderungen an die Servicequalität‘ gegenüber PatientInnen sehr hoch. In einer der beiden Privatkliniken kommen 80% der PatientInnen über den Belegarzt oder die Belegärztin ans Krankenhaus. Eine hohe Serviceorientierung des Krankenhauses gegenüber BelegärztInnen ist daher eine wichtige Strategie, um diese an das Haus zu binden und so eine hohe Auslastung zu gewährleisten. Den Pflegekräften kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie nehmen hinsichtlich der Serviceorientierung gegenüber BelegärztInnen eine Schlüsselrolle ein, da es vor allem die Pflegekräfte sind, die mit den BelegärztInnen arbeiten. Hohe Anforderungen an Servicequalität gegenüber PatientInnen heißt in beiden Krankenhäusern, dass beispielsweise Wünsche der PatientInnen sofort erfüllt werden müssen, oder wie es eine Beschäftigte formuliert: „Patienten warten lassen, das können wir uns nicht leisten.“ (F1-I5-8)

Eine zweite Entwicklung, die Arbeitsverdichtung befördert, ist das Anwachsen der Dokumentationsaufgaben. Die genauere Dokumentation, zeitliche Vorgaben, deren Formalisierung und Standardisierung sind jedoch keine spezifischen Entwicklungen in den Fallstudienkrankenhäusern, sondern eine generelle Entwicklung im Pflegebereich. Die Verfassung der ‚Pflegedokumentationen‘ wird denn auch von Pflegekräften als zusätzliche Arbeitsbelastung wahrgenommen, da hierfür kaum zusätzliche Zeitressourcen vorgesehen sind und die Zeit für die eigentlichen pflegerischen Aufgaben abnimmt. Aber nicht nur Pflegekräfte, auch viele ÄrztInnen erleben den zunehmenden Aufwand für Dokumentationsaufgaben als Mehrbelastung, die zu Arbeitsverdichtung führt, so dass die Zeit für den persönlichen Patientenkontakt immer weniger wird. Es finden sich aber auch widersprüchlichere Wahrnehmungen der Entwicklung, vor allem in der ÄrztInnen-schaft. So beschreibt eine Ärztin eine Verschiebung der Tätigkeiten und Aufgaben, die auf der einen Seite durch die Zunahme von Dokumentationsaufgaben zu einem Mehraufwand führt, auf der anderen Seite durch die Entwicklung der Medizintechnik aber eine zeitliche Entlastung mit sich bringt.

Allerdings finden sich Unterschiede in der Bewertung der Pflegedokumentation zwischen den Krankenhäusern. In zwei Fallstudienkrankenhäusern zeigt sich, dass die Möglichkeit der Einbringung und auch Aufnahme von Überarbeitungsvorschlägen betreffs Dokumentation – also Möglichkeiten der Mitgestaltung – eine grundsätzlich positivere Haltung der Pflegekräfte und ÄrztInnen gegenüber der Dokumentation zur Folge hat. Wesentlich für die Bewertung der Pflegedokumentation ist darüber hinaus die Verknüpfung der Pflegedokumentation mit Kontrolle. In einem Fallstudienkrankenhaus werden die Pflegeberichte in eine elektronische Pflegedatenbank eingespeist. Die Daten werden regelmäßig ausgewertet, um

Pflegezeitvorgaben für bestimmte PatientInnengruppen zu verfeinern und zu kontrollieren.

Arbeitsorganisatorische Veränderungen sind schließlich als dritter wesentlicher Begründungsfaktor für Verdichtung und Intensivierung der Arbeit zu nennen. Ein Beispiel ist die Veränderung der Ablauforganisation bei der Operationsvorbereitung, um die Zahl der Operationen zu erhöhen: Wurde früher im Operationssaal narkotisiert, passiert dies heute im so genannten „Vorraum“. Im internen Jargon heißt dies „Umlagerungszeiten zu verkürzen“. Die Zeiten, in denen der Operationssaal nicht ausgelastet war, haben sich dadurch erheblich reduziert. Für die OP-Pflegekräfte bedeutet der neue Ablauf bei Operationen eine Intensivierung der Arbeitszeit, da zwischen den Operationen kaum mehr Pausen liegen. Gleichzeitig erfolgte im Pflegebereich eine Einführung von Zeitbewertungen für „Schlüsseltätigkeiten“. Ein Beispiel ist die Umlagerung bei der Operationsvorbereitung. Dabei wird genau beobachtet, „wie lange der/die Mitarbeiter/in braucht, bis er den Patienten vom OP-Tisch auf den Schleusentischen [umgelagert hat]“

Ein zweites Beispiel ist eine Station in einem anderen Fallstudienkrankenhaus, in der auf Initiative der ärztlichen Abteilungsleitung zusätzlich eine interne Aufnahmestation eingerichtet wurde. Für diese Aufgabenerweiterung wurden jedoch keine zusätzlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Die Arbeitsverdichtung für die Pflegekräfte auf dieser Station hat zur Folge, dass die Fluktuation der Pflegekräfte auf dieser Station überdurchschnittlich hoch ist, was wiederum zur Mehrbelastung des verbleibenden Pflegepersonals führt, da diese zusätzlich auch noch Einschulungen übernehmen müssen.

Als Belastung problematisiert werden allerdings nur von einigen wenigen Pflegekräften und ÄrztInnen, die zunehmend widersprüchlichen Anforderungen: zum einen Anforderungen des medizinisch Notwendigen – also der Handlungslogik, dass jeder Mensch, unabhängig von seinem Einkommen das Recht auf Zugang zu einer optimalen Gesundheitsversorgung hat – und zum anderen Anforderungen aus ökonomischer Erwägungen. Ein Beispiel dafür ist der Zeitpunkt der Entlassung von PatientInnen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Buhr/Klinke (2006a, 2006b) und Braun (2008), die darauf verweisen, dass ÄrztInnen und Pflegepersonal das medizinisch Notwendige zunehmend als Kostenfaktor interpretieren, ökonomische Erwägungen in der Krankenversorgung an Bedeutung gewinnen und damit berufsethische Prinzipien in Frage gestellt werden. „Die Analyse der Interviews und der schriftlichen Befragung (der ÄrztInnen) zeigt, dass das traditionelle berufliche Selbstverständnis derzeit durch die Bedingungen der beruflichen Praxis in Frage gestellt wird: 'Dafür bin ich nicht angetreten und habe diesen Beruf ergreifen wollen' ist eine häufige Aussage der Befragten.“ (Klinke 2008:41)

Arbeitsverdichtung und Intensivierung wird von den Beschäftigten in allen Krankenhäusern als größte Belastung erlebt. Allerdings zeigen sich entlang unterschiedlicher Krankenhausstrategien auch Differenzierung hinsichtlich des Ausmaßes an Verdichtungen und Intensivierung. So führt beispielsweise die Einführung einer an den Taylorismus erinnernden Rationalisierungsstrategie im Pflegebereich in einem konfessionellen Krankenhaus dazu, dass Arbeitsverdichtung noch mehr zunimmt. Auf der anderen Seite zeigt ein Beispiel einer Privatklinik, wie eine High-Road-Variante betrieb-

licher Veränderungsstrategie und – wenn auch geringfügige - jährliche Personalaufstockungen, dazu führen, dass Arbeitsverdichtung nicht noch mehr zunimmt.

5.4. *Schlussfolgerungen*

Die Fallstudien lieferten detaillierte Einsichten dazu, wie Krankenhäuser strategisch auf veränderte Anforderungen reagieren und welche Auswirkungen diese Reaktionen auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen der Beschäftigten in Gesundheitsberufen haben.

Deutlich wurde: Unabhängig von ihrer Finanzierungsstruktur sind alle Krankenhäuser von einem steigenden Kostendruck betroffen, der Veränderungen in der Finanzierung und den stagnierenden oder nur sehr zögernd steigenden öffentlichen Budgets geschuldet ist. Maßnahmen zur Kostensenkung sind daher eine Hauptstrategie der Krankenhäuser, den veränderten Anforderungen zu begegnen. Unterschiede nach Trägern zeigen sich in unseren Fallstudienkrankenhäusern in der unterschiedlichen Bedeutung von Strategien zur Einnahmenerhöhung: Während Krankenhäuser mit Öffentlichkeitsrecht primär auf Kostensenkung setzen, investieren die untersuchten Privatkliniken mehr Ressourcen in die Werbung um „rentable PatientInnen“, das sind privat versicherte PatientInnen mit gut planbaren und überschaubaren Behandlungen, um ihre Bettenauslastung und damit die Einnahmen zu erhöhen. Daran wird sichtbar, dass das ökonomische Kalkül bei der PatientInnenbehandlung in den Privatkrankenanstalten nach wie vor stärker ausgeprägt ist, da es in erster Linie auf PatientInnen und Behandlungen fokussiert, bei denen die individuellen Kosten des Krankenhauses unter dem Preis liegen, der für die Behandlung erstattet wird. Notfälle oder komplizierte Behandlungen sind damit ausgeschlossen.

Die Kernmaßnahmen zur Kostensenkung liegen in allen Fallstudienkrankenhäusern auf drei Ebenen: Reorganisation, Reduktion der Arbeitskosten, durch Verringerung der Beschäftigtenzahlen, Bezahlung von niedrigeren Löhnen und Intensivierung von Arbeit sowie Schwerpunktsetzung auf einzelne medizinische Leistungsbereiche. Die jeweiligen Ausformungen der Maßnahmen unterscheiden sich jedoch nach Unternehmenstrategien, die sich wiederum wie bereits erwähnt teilweise nach Trägern unterscheiden. Ein Beispiel ist Beschäftigung und zwar sowohl in quantitativer (Beschäftigungszahlen) als auch in qualitativer (Beschäftigungsformen) Hinsicht. Es findet sich Personalabbau in einem öffentlichen Krankenhaus, das traditionell auf Vollzeitbeschäftigung setzt. Eine kleine gemeinnützige Privatklinik hat wiederum aus Wettbewerbsgründen das Pflegepersonal in den letzten Jahren aufgestockt, und ein konfessionelles Krankenhaus zeichnet sich hingegen durch den vermehrten Einsatz flexibler Beschäftigungsformen als Strategie zur Kostensenkung aus. Auch um Lohnkosten zu senken, reagieren Krankenhäuser auf der Basis traditioneller Fragmentierung in den Kollektivverträgen mit vielfältigen Strategien.

Arbeitsverdichtung und Intensivierung wird von den Beschäftigten in allen Krankenhäusern als größte Belastung erlebt. Arbeitsorganisatorische Veränderungen und Perso-

nalabbau zeigen sich dabei als wichtigste Ursachen. Gleichzeitig finden sich Unterschiede im Ausmaß der Verdichtung und Intensivierung entlang unterschiedlicher Krankenhausstrategien. Diese Unterschiede sind aber wiederum nicht unbedingt an die Trägerstruktur geknüpft. In einem gemeinnützigen konfessionellen Krankenhaus führt beispielsweise der verstärkte Einsatz flexibler Beschäftigungsformen und die Einführung einer an den Taylorismus erinnernden Rationalisierungsstrategie im Pflegebereich dazu, dass Arbeitsverdichtung noch mehr zunimmt. Gleichzeitig sind aber in diesem Krankenhaus nicht alle Beschäftigten von dieser Entwicklung gleich betroffen. Die Entwicklung trifft vor allem „nicht-spezialisierte Pflegekräfte“ und Pflegehilfskräfte, also jene Gruppe, für die sich als Folge der Fokussierung des HRM auf eine hoch qualifizierte Kernbelegschaft der Zugang zu Weiterbildung verschlechtert hat und Partizipationsmöglichkeiten abgenommen haben, während EDV-unterstützte Kontrolle zugenommen hat. Das Beispiel einer gemeinnützigen Privatklinik zeigt wiederum, wie eine High-Road-Variante betrieblicher Veränderungsstrategie, jährliche Personalaufstockungen und der Einsatz von Poolkräften in Ausnahmefällen, wie beispielsweise bei Krankenständen oder Urlauben, für die im Krankenhaus beschäftigten Pflegekräfte der weiteren Zunahme von Belastungen entgegengewirkt hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Die Vermeidung wirtschaftlicher Verluste wurde zu einer verbindlichen Verhaltenserwartung für alle AkteurInnen im Gesundheitswesen (siehe auch Gerlinger/Mosebach 2009). Ökonomische Kalküle halten damit immer mehr Einzug in das Handeln im Krankenhaus. Dies gilt für alle Krankenhausträger. Privatkliniken setzen allerdings neben Kostensenkungsmaßnahmen auch stärker auf Maßnahmen zur Einnahmenerhöhung. Ob diese Strategie der Einnahmesteigerung positive Auswirkungen auf die Beschäftigten hat, kann nicht eindeutig beantwortet werden. In einem Fall finden sich allerdings Anzeichen in diese Richtung. Zur Kostensenkung übernehmen wenig überraschend Krankenhäuser Praktiken wie Auslagerungen, die aus der Privatwirtschaft bekannt sind. Was die Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen betrifft, zeigen die Ergebnisse ein vielfältigeres Bild. Arbeitsbedingungen haben sich durch Umstrukturierungsmaßnahmen in keinem Krankenhaus verbessert, allerdings kann auch nicht von einer einheitlichen Verschlechterung gesprochen werden. Entlang unterschiedlicher Unternehmensstrategien und HRM-Ausrichtungen, entlang der verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus und nicht zuletzt auch auf der Basis unterschiedlicher Regulierungen, die wiederum mit der Trägerstruktur des Krankenhauses zusammenhängen, findet sich eine fragmentierte und teilweise auch widersprüchliche Entwicklung. Fest steht damit aber auch: Ungleichheiten zwischen Beschäftigten, die in unterschiedlichen Krankenhäusern, den gleichen Job machen, verstärken sich tendenziell.

6. LITERATUR

- Adam, Georg (2008): Working time in Hospitals. European industrial relations observatory online, eiroline, www.eurofound.eu/eiro/2008/01/articles
- AEIOU (2005): Pflegefit. Endbericht, Wien
- André, Christine (2007): Privatisation and the Reforms of the European Health Care Systems. Paper vorbereitet für den Presom-Workshop "The Privatisation of Health Care in Europe", Wien, 4. Juni 2007
- Deutsches Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003): Bericht der Bundesregierung 2003. Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit, Deutschland
- Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag
- Böhm, Thomas (2009): Rationalisierungsstrategien in öffentlichen Krankenhäusern und ihre Auswirkung auf Beschäftigte und Versorgung; in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag, S. 167-181
- Braun, Bernard/Buhr, Petra/Müller, Rolf (2006): Immer kürzer, immer schneller? DRG-System, Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus und Folgen für die Patienten und die Behandlungsabläufe; in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Bd. 60, Heft 9-10, S. 10-17
- Brödner, Peter/Latniak, Erich (2002): Der lange Weg zur „High Road“ – Neue Untersuchungsergebnisse zu organisatorischen Veränderungen in Unternehmen. IAT-Jahresbericht 01/02
- Brunner, Andrea/Bürg, Tanja Maria/Bobens, Claudia/Schmid, Tom/Troy, Christian-Diedo/Wagner, Anna (2010): Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in den Gesundheitsberufen in Wien und Niederösterreich. Im Auftrag von AK-Wien, AK-Niederösterreich, NÖ Ärztekammer, Kurzfassung, Wien
- Buchan, James/Fiona, O'May (2002): The Changing Hospital Workforce in Europe; in: McKee, Martin/Healy, Judith (eds.), Hospitals in A Changing Europe. Buckingham/ Philadelphia
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006a): Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Bd. SP I 2006-311, Discussion Papers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Buhr, Petra/Klinke, Sebastian (2006b): Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2005): Das Gesundheitswesen in Österreich. Wien
- Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai (2009): Die Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens: Ursachen, Ziele und Wirkungen wettbewerbsbasierter Kostendämpfungspolitik; in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag, S. 10-42

- Guger, Alois/Marterbauer, Markus/Walterskirchen, Ewald (2007): Alternative Ansätze zur Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens; in: Kurswechsel 2/2007, S. 99-109
- Hermann, Christoph (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian local public transport sector. PIQUE Forschungsbericht, 2006, http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Transport_Austria_November2006.pdf
- Hermann, Christoph (2007): Die Privatisierung von Gesundheit in Europa; in: Ivansits, Helmut/Filipic, Ursula (Hg.), Privatisierung von Gesundheit – Ein Blick über die Grenzen. Reihe Sozialpolitik in Diskussion 5, Wien, S. 5-21
- Hofbauer, Ines (2007): Liberalisation, privatisation and regulation in the Austrian healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at
- Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich 2006. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Politik, Kopenhagen
- Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2006): DAK-BGW Gesundheitsreport Stationäre Krankenpflege. Berlin
- International labour organization (1998): Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Geneva
- Klinke, Sebastian/Kühn, Hagen (2006): Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Bd. SP I 2006-309, Discussion Papers, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin
- Klinke, Sebastian/Müller, Rolf, (2008): Auswirkungen der DRGs auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität aus Sicht hessischer Krankenhausärzte. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2008, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen
- Klute, Jürgen (2009): Die Ökonomisierung der freigemeinnützigen Krankenhäuser, die Rolle der EU und die Auswirkung auf Beschäftigte und Versorgung; in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag, S. 182-198
- Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung – Band 1: Methodologie. 3. Auflage, Weinheim
- Maarse, Hans (2006): The Privatisation of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis; in: Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 31, No. 5, pp. 981-1014
- Maarse, Hans/Ter Meulen, Ruud (2006): Consumer Choice in Dutch Health Insurance after Reform; in: Health Care. Anal No. 14, pp. 37-49
- McDonald, David/Ruiters, Greg (2006): Rethinking Privatisation. Towards a Critical theoretical Perspective; in: Public Service Yearbook 2005/6. pp. 9-20
- McKee, Martin/Healy, Julia (eds.) (2002): Hospitals in a changing Europe. European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, Buckingham
- Mills, Robert J./Bhandari, Shailesh (2003): Health Insurance Coverage in the United States 2002. US CENSUSBUREAU, www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf
- Mosebach, Kai (2003): Gesundheit als Ware? Managed Care, GATS und die „Amerikanisierung“ des deutschen Gesundheitssystems; in: Prokla 132, S. 11-32

- Mosebach, Kai (2009): Zwischen Konvergenz und Divergenz: Privatisierungs- und Ökonomisierungsprozesse in europäischen Krankenhaussystemen; in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag, S. 43-65
- Oliver, Adam/Mossialos, Elias (2005): European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? in: Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, Nos. 1-2, pp. 7-28
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2006): Österreichischer Pflegebericht. Forschungsbericht, Wien
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) (2007): Österreichischer Pflegebericht. Forschungsbericht, Wien
- Papouschek, Ulrike (2008): Konfessionelles Krankenhaus mit Öffentlichkeitsrecht. unveröffentlichte Fallstudie, Wien
- Papouschek, Ulrike/Böhlke, Nils (2008): Strukturwandel und Arbeitsbeziehungen im Gesundheitswesen in Tschechien, Deutschland, Polen und Österreich. FORBA Forschungsbericht, Wien
- Pollock, Allyson M. (2004): NHS PLC. The Privatisation of Our Health Care. London
- Pond, Richard (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the UK healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at
- Rümmele, Martin (2005): Kranke Geschäfte mit unserer Gesundheit. Symptome. Diagnosen und Nebenwirkungen der Gesundheitsreformen. NP Buchverlag, St. Pölten-Wien-Linz
- Rümmele, Martin (2007): Die Privatisierung von Gesundheitseinrichtungen und ihre Folgen; in: Kurswechsel 2/2007, S. 36-45
- Saltman, Richard B./Dubois, Hans F.W. (2004): The Historical and Social Base of Health Insurance Systems; in: Saltman, Richard B./Busse, Reinhard/Figueras, Josep (eds.), Social Health Insurance Systems in Western Europe. London
- Schneeberger, Karl (2007): Steirische Krankenanstalten. Arbeitsbedingungen in der Steiermark. Graz
- Schulten, Thorsten (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the German healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at
- Schulten, Thorsten/Böhlke, Nils (2009): Die Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland und ihre Auswirkungen auf Beschäftigte und Patienten; in: Böhlke, Nils/Gerlinger, Thomas/Mosebach, Kai/Schmucker, Rolf/Schulten, Thorsten (Hg.), Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten. VSA Verlag, S. 97-126
- Simon, Michael/Tackenberg, Peter/Hasselhorn, Hans-Martin/Kümmerling, Angelika/Büscher, Andreas/Müller, Bernd Hans (2005): Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal, <http://www.next.uni-wuppertal.de>, download 25. 2. 2008
- Statistik Austria (2004): Arbeitskräfteerhebung 2003. Wien
- Statistik Austria (2005): Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2. Quartal 2004, Wien

- Statistik Austria (2009): Statistik Gesundheit. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/einrichtungen_im_gesundheitswesen/index.html
- Streissler, Agnes (2005): Gesundheitsdienstleistungen; in: Kammer für Arbeiter und Angestellte, Zur Zukunft Öffentlicher Dienstleistungen. Zwischen Staat und Markt – Aktuelle Herausforderungen der Öffentlichen Dienstleistungserbringung. No. 6, S. 120-133
- Verhoest, Koen/Sys, Justine (2006): Liberalisation, privatisation and regulation in the Belgian healthcare sector/hospitals. Report produced for the EU funded research project PIQUE, www.pique.at
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview; in: Jütemann, G. (Hg.), Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim