

Optimierung der SV-Organisation

Effizienzpotenziale durch Public-Private-Partnership im Bereich der Rehabilitation

Der Kinderrehabilitationsplan von 2016 geht für das Jahr 2020 von einem Bedarf von insgesamt 343 Betten umfassenden Zentren für stationäre Kinderrehabilitation aus, aufgeteilt auf elf Indikationsgruppen und die vier Versorgungszonen (Gyimesi et al. 2016). Inzwischen wurden in allen Versorgungszonen stationäre Einrichtungen eröffnet, unter anderem im September 2019 das Zentrum ‚kokon‘ in Rohrbach-Berg mit 77 Betten für junge Patienten sowie 67 Betten für Begleitpersonen. Kokon wurde als Public-Private-Partnership (PPP) errichtet, in der die OÖ Gesundheitsholding eine Beteiligung hält und die von der ‚hospitals Projektentwicklungsgesellschaft m.b.H.‘ geführt wird. Weitere Gesellschafter sind ‚Rehamed Beteiligungsges.m.b.H‘ sowie ‚promente – Kinder-Jugend-Familie Management und Beteiligungs GmbH‘.

Die Entscheidung, das Zentrum Rohrbach-Berg als PPP zu organisieren, war u. a. durch eine Analyse der Effizienzpotenziale verschiedener Organisationsformen in stationären Rehabilitationseinrichtungen unterstützt worden. Hierzu wurde die Organisationsform PPP sowohl theoretisch als auch empirisch anderen Organisationsformen gegenüber-

gestellt, „rein“ privatwirtschaftlichen sowie öffentlichen Unternehmen (Riedel 2015). Das Interesse an der Organisationsform PPP ist insbesondere mit der Hoffnung begründet, dass bei geschickter Konstruktion die Vorteile eines privatwirtschaftlichen Managements (höhere Effizienz und Flexibilität) genutzt werden können, während ihre potenziellen Nachteile (wie Qualitätseinbußen und Risikoselektion zugunsten niedrigerer Erstellungskosten) durch die öffentliche Beteiligung eingedämmt oder sogar gänzlich vermieden werden können. Gerade auf Märkten für Gesundheitsleistungen wiegen die genannten Nachteile profitmaximierender Produktion bekanntlich schwer, weil die Behandlung individueller Personen und ihrer gesundheitlichen Probleme von einer Vielzahl sogenannter Marktunvollkommenheiten geprägt ist, wie beschränkte Standardisierbarkeit des Produktes „Krankenbehandlung“ und asymmetrische Information im Dreieck zwischen Versicherung (als zahlende Institution), Krankenhaus bzw. Gesundheitsberufen und den Patientinnen und Patienten. Daher ist der Gesundheitsbereich sehr interessant für die Anwendung von PPPs und es liegen international einige Erfahrungen aus dem Krankenanstalten-Bereich vor.

Innerhalb des Oberbegriffs „PPP“ lassen sich zwei Gruppen unterscheiden: Bei Vertrags-PPP liegt der privatwirtschaftliche Anteil vor allem in Beratungs- und Informationsleistungen mit Schwerpunkt zu Projektbeginn und die Kooperation ist vergleichsweise lose. Bei langfristigen Projekten mit komplexen und nur sehr wenig standardisierbaren „Produkten“ wie eben dem Betrieb von Krankenanstalten ist aber die Form einer Organisations-PPP jener der Vertrags-PPP überlegen, vor allem weil stärker auf eine gemeinsame Zielsetzung abgestellt wird: In Organisations-PPP sind die Partner organisatorisch zu einer Einheit miteinander verbunden, poolen die jeweils eingebrachten Ressourcen und managen diese gemeinsam. Typischerweise trägt der privatwirtschaftliche Teil zu strategischerem und aktiverem Management bei, während der öffentliche Teil die Verfolgung der gesamtgesell-



schaftlichen Zielsetzung gewährleistet. Bei Vertrags-PPP ist diese gemeinsame Zielsetzung nicht notwendigerweise gegeben und aus Sicht der öffentlichen Hand kann die Entwicklung der Gesamtkosten darunter leiden.

Im empirischen Teil arbeitet der angeführte Bericht (Riedel 2015) zum einen heraus, welche Erfahrungen bereits international im Gesundheitswesen mit PPP-Modellen gemacht wurden, wobei hier Erfahrungen v. a. im Bereich von Akutkrankenhäusern vorliegen. Zum anderen wurden Überschlagsrechnungen anhand der zum damaligen Zeitpunkt in Österreich realisierten stationären Rehabilitationseinrichtungen angestellt, die auf einen Effizienzvorteil von PPPs hindeuteten.

Die Überschlagsrechnung für Österreich nutzte die parallele Existenz verschiedener Organisationsformen für die Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlicher Sozialversicherungsträger aus: PVA, AUVA und BVA stellen Rehabilitations-Leistungen über eigene Einrichtungen sowie per Vertrag mit privatwirtschaftlichen Einrichtungen bereit bzw. nutzen – wie alle SV-Träger in unterschiedlichem Ausmaß – eigene Einrichtungen anderer SV-Träger mit. Demgegenüber haben SVA und SVB bereits PPP-Modelle eingeführt. Die SVA hat bereits im Jahr 2007 eine stationäre Rehabilitationseinrichtung (Malcherhof) in ein PPP-Modell umgewandelt. Die SVB hat etwas später vier vormals eigene Rehabilitationseinrichtungen in PPP-Modelle übergeführt und diese Umstellung mit Modernisierungen und Investitionen verbunden. Im Jahr 2012 nahmen die vier umgestellten Einrichtungen in neuer Form den Betrieb wieder auf, und auch der Malcherhof wurde im gleichen Zeitraum modernisiert und erweitert.

Die SVA gab nach Umwandlung des Malcherhofes in ein PPP-Modell an, dass im Zuge der Reorganisation die Kosten um 20 Prozent gesenkt werden konnten. In Übereinstimmung mit den aus der Literatur zu erwartenden Effekten führte die SVA bei einer Befragung im Jahr 2014 diese Kostensenkung mit den folgenden Faktoren in Verbindung:

- Bei den Sachkosten wurden Einsparungen durch einen zentralen Einkauf und durch eine gemeinsame Führung von Labor, Röntgen und Medikamentenversorgung mit den privaten Beteiligten erzielt. Zudem wurde der IT-Bereich günstiger.
- In der neuen Organisationsform kam ein anderer, deutlich niedrigerer Kollektivvertrag zur Anwendung. Selbst bei Ausbleiben von Personalreduktionen (über den natürlichen Abgang hinaus) führt dieser Umstand alleine bereits zu erheblichen Ausgabensenkungen, jedenfalls wenn die Qualität des Personals beibehalten werden kann.

Den größten Ausgabenposten stellen in stationä-

ren Einrichtungen die Personalausgaben dar. Daher kommt der Frage, welches Entlohnungsschema anzuwenden ist, der Wirtschaftlichkeit des Betriebes hohe Bedeutung zu. Im Rahmen eigener Einrichtungen der SV-Träger kommt für Beschäftigte die Dienstordnung der SV-Träger zur Anwendung, wogegen die Beschäftigten in PPP-Modellen der Privatwirtschaft zugerechnet werden und ihre Entlohnung den damit verbundenen Kollektivverträgen unterliegt. In beiden Regelungen, Dienstordnung und Kollektivvertrag, wird von einer 40-Stunden-Woche ausgegangen.

Für das untersuchte Jahr (2014) wurde die konkrete Bedeutung der Frage des anzuwendenden Entlohnungsschemas anhand der beiden am stärksten besetzten Berufsgruppen gezeigt, nämlich anhand des medizinisch-technischen Dienstes und der Pflege.

Das kollektivvertragliche Gehalt im medizinisch-technischen Dienst in privatwirtschaftlichen Einrichtungen machte im ersten Dienstjahr 87 Prozent (Fachkräfte) bzw. 88 Prozent (gehobener Dienst) des Wertes aus, der im ersten Jahr in einer SV-Einrichtung vorgesehen war. Im 38. Dienstjahr hatte sich der Abstand absolut auf 970 Euro (Fachkräfte) bzw. 1.313 Euro (gehobener Dienst) brutto pro Monat vergrößert; das kollektivvertragliche Gehalt entsprach damit 73 Prozent (Fachkräfte) bzw. 68 Prozent (gehobener Dienst) des Wertes im SV-Schema. Unter der Annahme, dass vor allem dienstältere Beschäftigte pensionsbedingt aus der Anstellung mit SV-Schema ausscheiden und durch jüngere Angestellte im günstigeren Kollektivvertrag ersetzt werden, ist somit von einem nachhaltigen Effekt auf die Personalkosten auszugehen. Dementsprechend haben auch die vier ehemaligen eigenen Einrichtungen der SVB von Kostensenkungen berichten können.

Wie hoch ein solcher Effekt ausfällt, ist von mehreren Faktoren abhängig, wie den Folgenden: Wie viele und welche der bereits vor der Umstellung in der Rehabilitationseinrichtung Beschäftigten treten in das geänderte Gehaltsschema über, geht mit der Umstellung ein Personalabbau oder eine Änderung der Beschäftigungsstruktur einher und beeinflusst die Umstellung die Motivation der Beschäftigten und damit in weiterer Folge Produktivität bzw. Personalfuktuation?

Dr. Monika Riedel (Institut für höhere Studien)

LITERATUR

Gyimesi, Michael; Fülöp Gerhard; Ivansits Sarah; Pochobradsky Elisabeth; Stoppacher Andreas; Kawalirek Sabine; Maksimovic Alexander (2016): Rehabilitationsplan 2016. Gesundheit Österreich, Wien.

Riedel, Monika (2015): Effizienzpotenziale durch Privatisierung bzw. PPP im Bereich der Rehabilitation. Institut für Höhere Studien, Wien.