Shareholderinteressen im Gesundheits- und Pflegesektor: Strategien und Konsequenzen

Manfred KRENN (Diskurs. Das Wissenschaftsnetz),

Sackgasse Finanzialisierung. Je mehr Gewinn, desto weniger Care, 23.1. 2023, Fair!sorgen

1 - Wer sind die Investoren ?

Transnationale Investoren in der Kritischen sozialen Infrastruktur

Beteiligungs-Ausmaß	Typ	Sektor		
		Gesundheit	**Pflege**	**Wohnen**
hoch ↕ **Gering**	Strategischer Investor	Fresenius	Orpea	Vonovia
	Private Equity	Nordic Capital	Waterland	Aurelius
	Pensionsfonds	Canadian Pension Plan Investment (CPPI)	Ontario Municpial Employees Retirement System	PFA
	Sonst. Finanzinvestor	BlackRock	Vanguard	State Capital
	Versicherung	Centene	GEV	AXA
	Bank	Westpac Banking	UBS	BNP Paribas

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis (Investor_FE-DB, 2021)

- Trotzt gemeinsamer Orientierung auf „Shareholder-Value“ tlw. unterschiedliche Vorgehensweisen der Investoren (Kontroll- vs. Finanzstrategie)
- Gleichzeitig auch Verbindungen zwischen den Typen
  - Statisch: An strategischen Investoren sind häufig auch unterschiedliche Finanzinvestoren beteiligt
  - Dynamisch: „Exit“ von PE-Investoren durch Verkauf an strategische Investoren; Verkauf aber auch in umgekehrte Richtung (Helios Ankündigung, April 2022)

2 - Wo sind sie aktiv ?

- Spitäler
  - **Materielle Privatisierungen** in Deutschland - Hochphase in den 2000er Jahren; Danach Konsolidierung und teilweise Internationalisierung (Helios)
  - In England offizielles Festhalten an öffentlichem, steuerfinanzierten NHS, aber zunehmende Aushöhlung durch **PPPs und Outsourcing**
  - In Österreich v.a. in frühen 2000er PPPs durch VAMED; Formale Privatisierungen aller Landeskrankenanstalten (bis auf Wien)
- Reha-Kliniken
  - Zunehmender Einstieg strategischer Investoren sowie von Finanzinvestoren, wobei in Österreich bisher keine PE-Investments
- Ambulante Versorgung
  - In England und etwas später in Deutschland (insb. ab 2016/17) stärkerer Einstieg von PE in Facharztpraxen / MVZ
  - In Österreich bisher regulatorisch kaum möglich (aber auch in Deutschland erfolgreiche Umgehungsversuche beim MVZs)
- Stationäre Pflege
  - PE-Investoren zuerst in England und mit etwas Verzögerung auch in Deutschland relevant, daneben strategische Investoren und Fonds
  - In Österreich bisher v.a. ein strategischer Investor → Orpea (Senecura)

3 - Das Milliardengeschäft mit der Altenpflege

Wer sind die wichtigsten privaten Pflegeheimbetreiber in Europa?

- TOP-25 Gesellschaften machen 455.000 Betten im Jahr 2020 aus.
- Kapazitätssteigerung: +22% seit 2017

Die 20 größten Pflegeheim-Betreiber Europas

Rang	Unternehmen	Altenheime*	Plätze	Sitz	Tochterunternehmen in Europa
1	Orpea	1077	85 562		
2	Korian	708	73 599		
3	DomusVi	354	36 000		
4	Colisée	275	24 986		
5	HC-One	328	22 203		
6	Alloheim	225	22 000		
7	Maisons de Famille	159	17 090		
8	Attendo	172	15 684		
9	Victor's Group	120	14 800		
10	Four Seasons	250	13 000		
11	Barchester Healthcare	200	11 000		
12	Bupa Care Homes	171	10 700		
13	Deutsche Wohnen	77	10 070		
14	Kursana Residenzen	98	9484		
15	KOS Group	101	8799		
16	Domidep	115	8360		
17	LNA Santé	51	8000		
18	Ballesol	50	7760		
19	Care UK	110	7000		
20	Vitalia Home	40	6600		

Quelle: https://www.investigate-europe.eu/en/2021/elder-care-for-profit/

4 - Warum ?

Wieso fließt privates Kapital in einen „schwierigen“ Sektor ?

- Pflegearbeit gilt aufgrund ihrer Besonderheiten als schwer rationalisierbar
  - Konzepte wie „interaktive Arbeit“, „subjektivierendes Arbeitshandeln“, „Ko-Produktion“
    → wechselseit. soziale Abstimmung, interaktive Subjekt-Subjekt-Beziehungen
  - „Ethos fürsorgl Praxis“, „Fürsorgerationalität“
    → ethisch-moral. Dimensionen von Pflegearbeit
  - and. Logiken als Markttauschbeziehungen: Barrieren/Begrenzungen für vollst. kapitalist. Rationalisierung

  → Anerkennung des Eigensinns, der menschlichen Würde ihrer als Subjekte konstituierten „Arbeistgegegenstände“

  → nicht-instrumentelles Verständnis von Zeitnutzung

- Sektor weist (noch immer) hohe staatliche Regulierungsgrade auf
  - bspw. Abschluss v. Versorgungsaufträgen
  - Fachkraftquoten (Personalschlüssel)
  - Kostenaufschlüsselung
  - bauliche Vorschriften (Einzelzimmerquoten)
  - staatl. Kontrollen

5 - Erklärungen aus Investorensicht

- Steigender Anlagedruck im Kontext von liberaler Makropolitik (Fiskal- und Geldpolitik)
  - *dry powder* - überschüssiges und anlagewillige Privatkapital 2020 weltweit 1,28 Billionen
- Pflegesektor
  - Ein stark wachsender Wirtschaftsbereich mit langfristig steigenden Bedarfen bei berechenbaren Risiken
  - Kleinteilig strukturiert mit einer Vielzahl kleinere Anbieter → günstige Bedingungen für Wachstumsstrategien
    (Kleine Träger haben Schwierigkeiten mit steigendem Investitionsbedarf)
- Geringer gewerkschaftlicher Organisierungsgrad (*care ethics*)
- Eingeschränkte Wahlmöglichkeit und Mobilität von KlientInnen durch ungenügendes Angebot (lange Wartezeiten)
  → schwache Verhandlungsposition

6 - Erklärung vor dem Hintergrund staatlicher Rahmenbedingungen

Standardisierung als Voraussetzung für Kommodifizierung und Vermarktlichung öffentlicher Dienstleistungen (Ursula Huws)

- Quer durch Europa Trend zu Standardisierung der Pflegearbeit durch staatliche Institutionen → Grund: Begrenzung der Kosten für den aufgrund der demographischen Entwicklung steigenden Pflegebedarf
- Taylorisierung von Pflegearbeit: Zerlegung der ganzheitlichen Pflegearbeit in einzelne Arbeitsschritte mit restriktiven zeitlichen Vorgaben sowie strikte Arbeitsteilung (DGKP‘s, PH’s, HH, …) → Bearbeitung von Objekten
  → Standardisierungen bilden Basis für Pflegegeldberechnungen – viele Bundesländer koppeln Personalausstattung direkt an Pflegegeldeinstufung – Leistungsverträge der Träger mit Ländern und Kommunen basieren auf diesen durch Standardisierung erzielten Berechnungen
  → Rationalisierungsdruck entsteht direkt durch staatliche Vorgaben
- Logiken ökonomischer Rationalisierung in Pflegearbeit eingedrungen, lange vor dem privaten Kapital
- Kostenminimierung und Standardisierung → Rahmenbedingungen Komodifizierung und für Einstieg von privatem Kapital geschaffen

7 - Entwicklungen in UK und Deutschland

Privatisierungen im Pflegesektor (PH‘s)

- UK
  - 1980er Jahre: 60% der Betten von Kommunen (-88%) oder NHS – 2018: 84% der PH-Betten von privaten, profitorientierten Betreibern (+660%)
  - 26 gr. Anbieter: ein Drittel (31%) der Pflegebetten:
    5 PEF; 13 priv. Konzerne, 8 NPO‘s
  - KMU‘s weisen höheren Gewinn

- Deutschland
  - Private Träger: 42,7%, NPO‘s: 52,8%, öffentl.: 4,5%
  - Übernahmeschub 2017/18: PH‘s 38% der Ü im Ges.Sektor, 56% d. Beschäftigten
  - Zwei Drittel der Übernahmen durch PEF
  - Zwei Drittel der PEF (Ges.Sektor) Sitz in Offshore-Zentren (Cayman Islands, Guernsey) ,

8 - Welche Strategien für Wertabschöpfung gibt es?

- Aufbau von Marktmacht
  - „Buy-and-Built“ als generische PE-Strategie, aber auch bei strategischen Investoren
- Financial Engineering (Hauptgrund für hohe Renditen im Pflegesektor)
  - Kreditfinanzierte Übernahmen (Bsp. Kauf v. HC-One 2014: 83% kreditfinanziert)
  - Undurchsichtige Unternehmenskonstrukte (Wertextraktion in Steueroasen)
  - Trennung von Immobilien- und Betreiber-Gesellschaften
  - Überhöhte Mietzahlungen und Kredite innerhalb des Konzerns,
  - Steuervermeidungsstrategien (in UK: KMU‘s höhere Gewinne als Big 26)
- Immobilienzentrierte Strategien
  - REITs im Pflegesektor in England und Deutschland sowie Immobilienfonds im steirischen Pflegesektor → alternative Immobilienassets
- Premiumstrategien
  - NutzerInnen mit höherer Zahlungsfähigkeit im Fokus, (in UK: 51%, 7,7, Mrd. £) → Reaktion auf staatl. Unterfinanzierung, Befreiung von Regulierungsdruck, höhere Gewinne,
- Personalkosten
  - Institutionelle Begrenzungen (z.B. Kollektivverträge), aber Möglichkeit den lokalen Personaleinsatz zu „optimieren“

9 - Strategien zur globalen Wert*abschöpfung*

Techniken des *Financial Engineerings* – (eine andere Art der Innovation…)

- Der abgeschöpfte Wert für die internationalen Investoren ergibt sich nicht nur aus dem ausgewiesenen Bilanzgewinn…
- … sondern auch über andere Mechanismen: a) überhöhte Mietzahlungen, b) überhöhte Zinsaufwand, c) überhöhte Management Fees

- Strukturelle Unterschiede zwischen Betreibertypen
  - Privaten KMUs vs. Pflegeketten im Besitz von Private Equity (England)

	ENG: private KMU (2017)	ENG: Große Private Equity Pflegeketten (2017)	ORPEA-Konzern (2020)
Umsatz	100,00	100,00	100,00
Personalkosten	58,02	56,10	56,00
Mietzahlungen	1,44	9,14	9,00
Netto-Zinsaufwand	1,27	5,04	5,00
Gewinn vor Steuern	3,09	-1,24	6,00

Quelle: Kotecha 2019; Orbis 2021

→ Internationale Investoren ziehen unverhältnismäßig Werte aus einem System, das ohnehin unterfinanziert und ausgezehrt ist.

→ Dieses Geld fehlt anderswo: bei den Beschäftigten, den NutzerInnen, der öffentlichen Hand.

10 - Pflegeheime in Österreich (1)

- Knapp die Hälfte der Pflegebetten in öffentlichen Heimen, 29% in konfessionellen und gemeinnützig sowie 22% in privat geführten Heimen.
- Öffentliche Heime im Durschnitt deutlich größer (89 Betten) während private deutlich kleiner (60 Betten) sind als der Durchschnitt
- REIT‘s auch in Ö aktiv: 2020: Invest. v. 100 Mio. € in Pflegeimmobilien – →gr. Akteur: dt. REIT IMMAC: 24 PH‘s, m. 2.000 Betten)
  16 PH‘s in Stmk., 4 in Kärnten, 1 in Wien

Pflegeeinrichtungen nach Eigentümertyp in Österreich (2021)

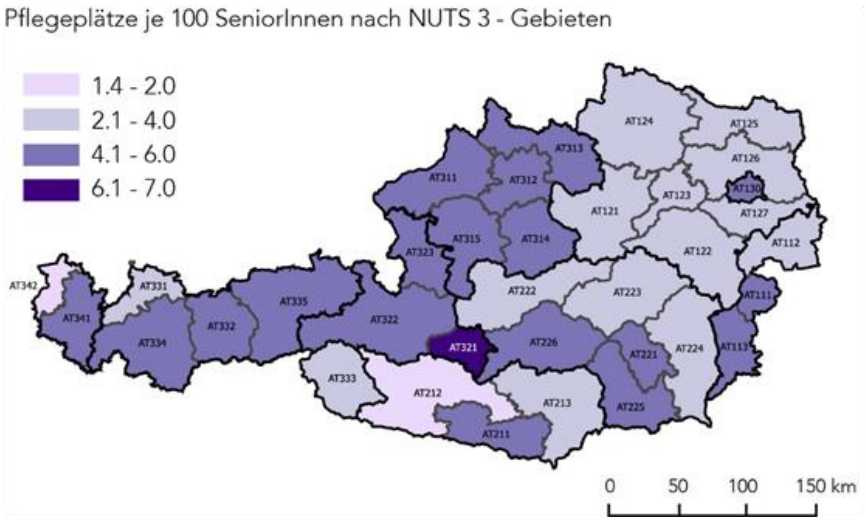
	Öffentlich	Konfessionell	Gemeinnützige	Private Unternehmen	Gesamt
Bettenanzahl	32 625 (49%)	7 619 (11%)	12 227 (18%)	14 674 (22%)	67 145 (100%)
Einrichtungen	366 (41%)	115 (13%)	165 (19%)	244 (27%)	890 (100%)
Durch. Bettenzahl	89	66	74	60	75

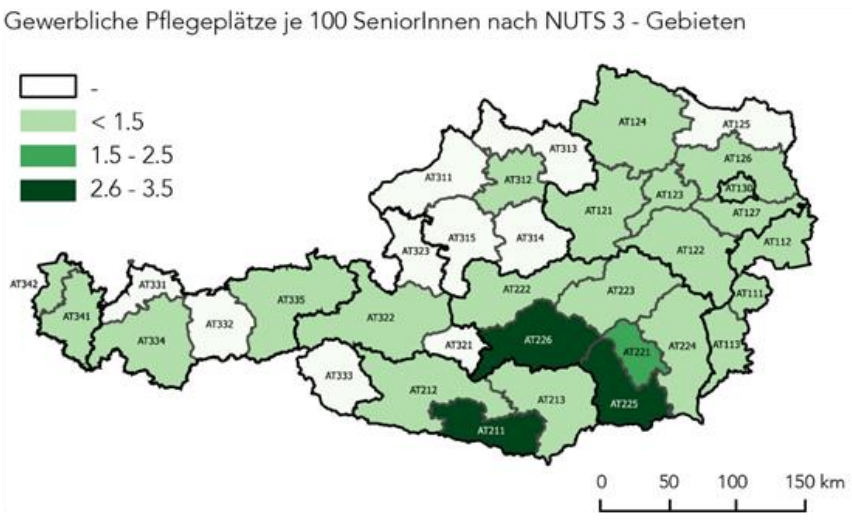
Quelle: Investor_Daten (2021)

11 - Pflegeheime in Österreich (2)

- Allgemeine Versorgungsdichte v.a. in Westösterreich und Wien sowie in Teilen von Stmk., Bgld. und Knt. überdurchschnittlich.
- Zentrale Säule sind öffentliche Pflegeheime (v.a. in OÖ, Sbg. und Tirol), die durch andere nicht-gewinnorientierte TrägerInnen ergänzt werden (v.a. in Wien, Vbg. und Bgld.).
- Private Anbieter sind überdurchschnittlich stark in Teilen der Stmk. sowie Knt. vertreten

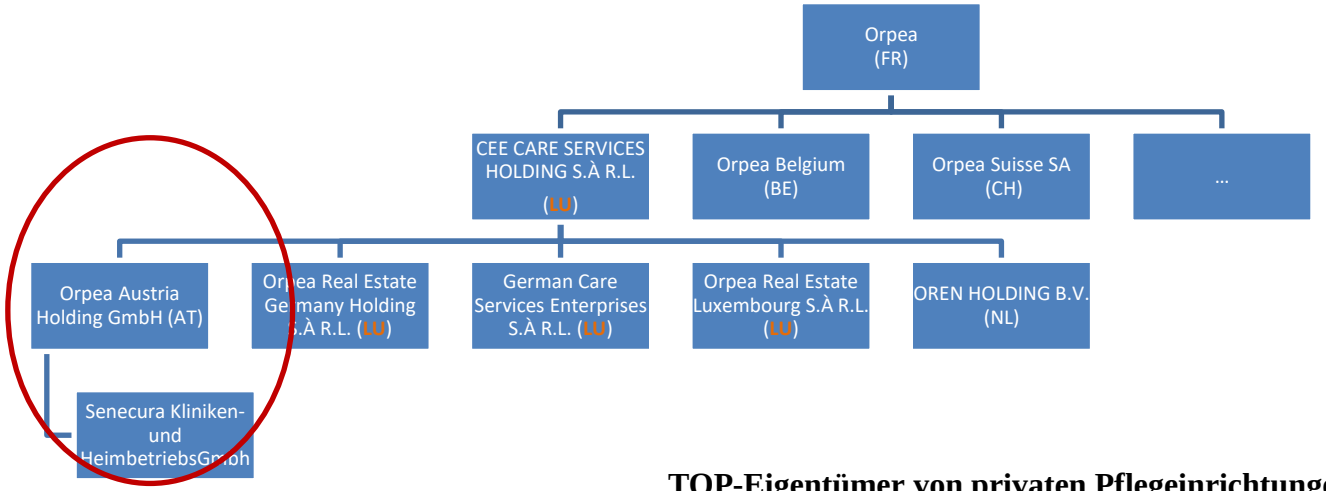
Pflegeplätze nach NUTS-3 Regionen und Eigentümertyp (je 100 SeniorInnen)





Quelle: Investor_Daten (2021)

12 - Orpea: Die Österreich-Tochter Senecura



Senecura in Österreich

- Beständiges Wachstum seit 2015
  2015: 55 Einricht. m. 4.200 Betten
  2021: 84 Einricht. m. 7.500 Betten
- Marktmacht & Verdrängungs-wettbewerb

TOP-Eigentümer von privaten Pflegeeinrichtungen nach Bundesland (2021)

	Burgenland	Kärnten	Niederösterreich	Oberösterreich	Salzburg	Steiermark	Tirol	Vorarlberg	Wien	Gesamt (Plätze abs.)	Gesamt (in %)
SeneCura (Orpea)	303	1016	1193		368	1443	178	497	289	5287	30
"Wie daham"-Gruppe		300				259			709	1268	7
AHA-Gruppe		940								940	5
adcura	76					805				881	5
Amicalis Holding GmbH						530				530	3
"Gepflegt-Wohnen"-Gruppe						487				487	3
Sanlas Holding						452				452	3
Pflege mit Herz						434				434	2
VAMED (Fresenius)							145		280	425	2
Compass						342				342	2
TOP 10	*379*	*2256*	*1193*	*-*	*368*	*4752*	*323*	*497*	*1278*	*11046*	62
Rest	392	358	1591	67	163	2706	149	18	1494	6871	38
Gesamt	**771**	**2614**	**2784**	**67**	**531**	**7458**	**472**	**515**	**2772**	**17917**	100

Quelle: Hirvonnen 2021; Orbis 2021

13 – Beanstandungen

Skandalträchtige Fälle

- Senecura: Pflegeheim in NÖ (Kirchberg a. W.)
- Senecura Pflegeheim Szb. (gemeinnützige GmbH)
- Qualitätsmanagement / Zertifizierung: Bsp. Senecura NÖ

14 – Staatliche Regulierungen wesentlich

Regulierungen und funktionstüchtige Kontrollmechanismen können Unterschied machen:

In Deutschland:

- Bsp. in D eine Fachkraftquote von 50% vorgeschrieben – Studie 2021 (Rothgang/Müller): examiniert. PK's (VZÄ) nur 34% in stationären Einrichtungen
- Problem Pflegeversicherung: Erhöhung der Gehälter sowie adäquater Personalschlüssel führt zur Erhöhung des Eigenanteils der BewohnerInnen

In Österreich

- Bewilligungspflicht durch Länder bedeutet große staatliche Kontrollmacht
- In fünf BL (Wien, OÖ, Tirol, Bgld., Szb.) Gemeinnützigkeitsprinzip Bedingung für Zulassung

15 – Auswirkungen

Auswirkungen des Einstiegs von privatem Kapital auf Arbeitsbedingungen und Pflegequalität

→ allg. gilt: keine einfachen Schlüsse von Eigentümerstrukturen auf Arbeits-bedingungen bzw. Pflegequalität

- Fehlende Daten zu Vergleichbarkeit (quantitative Studien unterscheiden nicht in der Regel nicht privater Anbieter zwischen kleinen (Familien)Betrieben und großen Konzernen bzw. PE-Fonds
- Kompensationsstrategien von Beschäftigten (care ethics) erschweren Erhebung von Auswirkungen auf Pflegequalität
- Schwierig Auswirkungen von Pflegekonzernen und PEF auf Pflegequalität zu verallgemeinern, v.a. vor dem Hintergrund knapper öffentlicher Mittel, die für alle Betreiber gelten

16 – am Beispiel Österreichs

- geringer Anteil an privaten PH‘s (kein PEF, Orpea einz. int. Konzern), aber Arbeitsbedingungen
- Bewilligungspflicht durch Länder bedeutet große staatliche Kontrollmacht
- In fünf BL (Wien, OÖ, Tirol, Bgld., Szb.) Gemeinnützigkeitsprinzip Bedingung für Zulassung
- Bericht der VA 2016: 100 Kontrollbesuche in 125 Alten- und Pflegeheimen
  → Großteil der PH‘s untragbare Misstände – strukturelle Gewalt
- Rechnungshofbericht: grobe Mängel hinsichtlich der Personalressourcen und Anzahl der Kontrollen
- Dazu kommt: Qualität der Kontrollen
- Belastende Arbeitsbedingungen in Österreich
  - 15% Beruf- oder Tätigkeitsbereich wechseln
  - 65% glauben, Job nicht bis zur Pension ausüben zu können
  - In kaum einem anderen europäischen Land geben so viele Beschäftigte in stationären (80%) und Langzeitpflege (90%) an, in Arbeit schlechten Gesundheitsbedingungen und Unfall- und Verletzungsgefahr ausgesetzt zu sein (BMSGPK 2021)

17 - Welche Risiken zeigen sich?

- Zugang und Leistbarkeit Versorgungssicherheit
  - Cherry-Picking: Fokussierung auf das lukrative Segment in Pflege und Gesundheit
  - Verdrängung von einkommensschwächeren Gruppen an die Peripherie
- Qualität der Pflegedienstleistung
  - Hinweise bei PEF und int. Konzern für Einsparungen bei Pflegeinfrastruktur (und Personal) – öff. Unterfinanzierung: Probleme für alle Betreiber
- Arbeitsplatz- und Beschäftigungsqualität
  - Übermäßige Kapitalansprüche (nicht nur von PE) können Druck auf Beschäftigte erhöhen, in ohnehin ausgezehrten Systemen
- Partizipation und Kontrolle
  - Komplexe, intransparente Unternehmensstrukturen sowohl bei PEF als auch bei strategischen Investoren zu finden.
  - Unzureichende staatl. Kontrolle (Frequenz und Qualität) – Unterbesetzung
  - Partizipation der KlientInnen stark eingeschränkt
- *Resilienz und nachhaltige Versorgungssicherheit*
  - *Debt leverage buyouts* und *financial engeneering* untergraben ökonomische Stabilität der Unternehmen (Bsp.: Konkurse der größten PH-Betreiber in UK (Southern Cross 2011, Four Season 2019, sowie Orpea 2021)

18 - Regulierungen

Allgemeinwohlorientierte Reformvorschläge

- Erhöhung der nationalstaatlichen Finanzierung der Pflege und verstärktes Engagement der öffentlichen Hand (bspw. Bau von Pflegeeinrichtungen)
- Begrenzung der Ausschüttung von Dividenden an Investoren
- Strengere Qualitätskontrollen und die Einführung von Whistleblower-Systemen – strengere Sanktionierung von Fehlverhalten
- Verankerung der Transparenz und Kontrolle von Finanzströmen bei Pflegedienstleistern
- Regulierung der Schuldenweitergabe (debt pushdown) und konzerninternen Krediten (Überarbeitung der Vorschriften und der Besteuerung von Zinsen für konzerninterne Darlehen)
- Haftung von Private Equity Fonds für das Schicksal von Unternehmen (für Insolvenzen innerhalb bestimmter Zeiträume nach Verkauf)

- Aktuell zu Österreich: Gemeinnützigkeit als sektorales Prinzip

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!