



Wien, am 20.06.2006

Die Finanzierung gemeinnütziger Krankenhäuser - ein Vergleich der Situation in Belgien, Deutschland, Frankreich, der Niederlande und der Schweiz

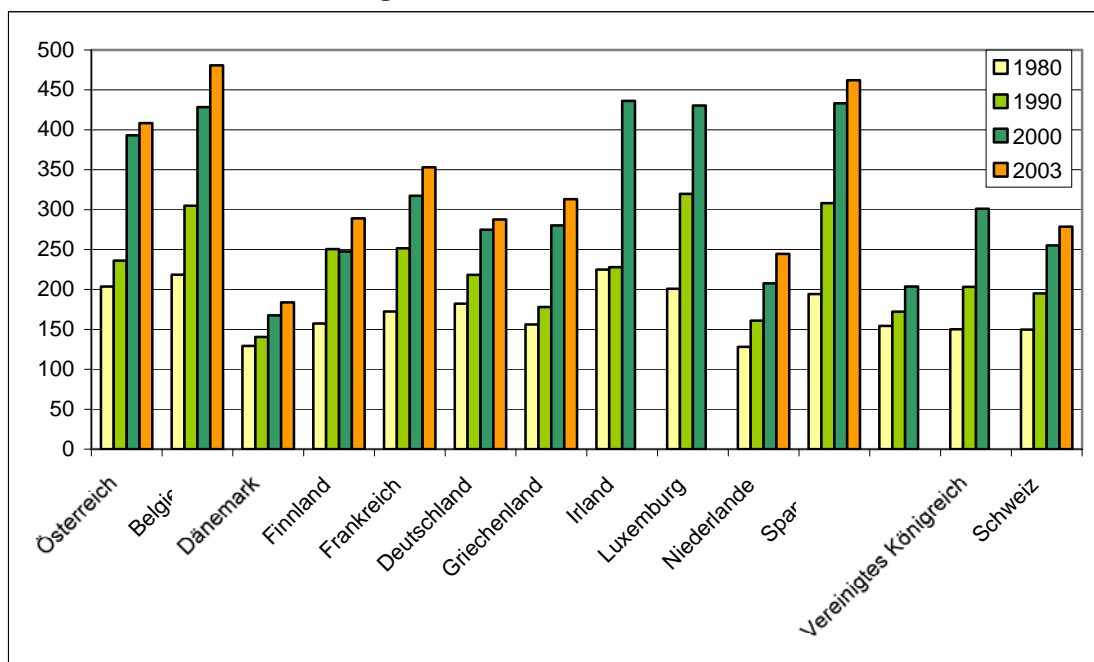
Die HealthEcon-Gruppe des Institutes für Höhere Studien (IHS) hat im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Ordensspitäler Österreichs die Krankenhausfinanzierungssysteme in fünf ausgewählten europäischen Ländern untersucht. Besonderes Augenmerk wurde auf die Behandlung von privat-gemeinnützigen Krankenhäusern, die an der öffentlichen Versorgung teilnehmen, gelegt.

Die Länder, deren Krankenhausfinanzierungssysteme untersucht wurden, sind Belgien, Deutschland, Frankreich, die Niederlande und die Schweiz. Diese Länder zählen zur Gruppe der reichsten Industriestaaten, mit vergleichbaren wirtschaftlichen Eckdaten, vergleichbar hohen Gesundheitsausgaben, vergleichbaren Versorgungsniveaus im Gesundheitswesen. Als klassische Sozialversicherungsländer weisen diese Länder eine gewisse strukturelle Ähnlichkeit der Gesundheitssysteme und ihrer Finanzierung auf. Außerdem spielen in allen fünf Ländern privat-gemeinnützige Träger eine bedeutende Rolle in der Versorgung der Bevölkerung mit stationären Gesundheitsdienstleistungen.

Die Bedeutung des Krankenhauswesens

Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, sind die Gesundheitsausgaben in Westeuropa in den letzten 25 Jahren stark angestiegen.

Abbildung 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben pro Kopf, Landeswährung zu BIP-Preisen 2000, Index 1970= 100

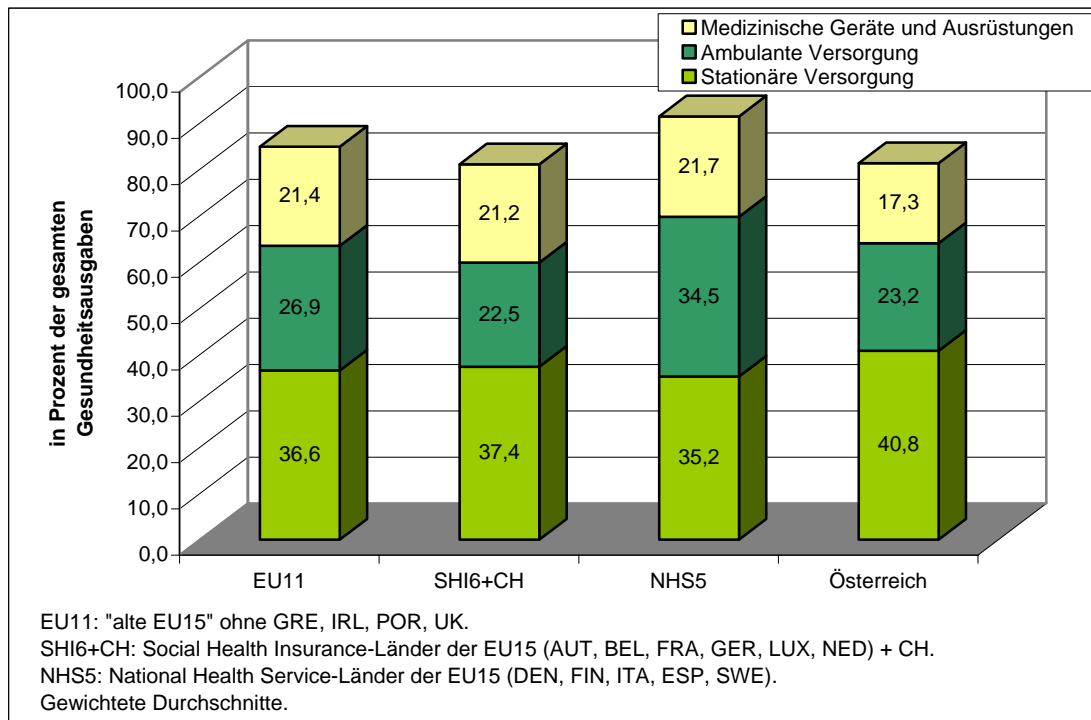


Anmerkungen: Ausgaben für Österreich ab 1995 nach OECD-System of Health Accounts beinhalten auch Ausgaben für Langzeitpflege und die Finanzierung für Fondskrankenanstalten.
Dänemark: Index 1971= 100; Niederlande: 1972= 100.

Quellen: OECD Health Data 2005; Statistik Austria für Österreich 1995-2004; IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

Einen wesentlichen Anteil – sowohl an den Gesamtausgaben als auch am Ausgabenwachstum – nimmt dabei der Krankenhaussektor ein. In den meisten europäischen Ländern bewegt sich der Anteil der Ausgaben für den stationären Sektor zwischen 35% und 40% der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Verwendung der Gesundheitsausgaben, in Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, 2003



Quellen: WHO Health for all database, Jänner 2006; OECD Health Data 2005; IHS HealthEcon Berechnungen 2006.

Reformen der Krankenhausfinanzierung

Die zentrale Bedeutung des Krankensektors sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht führte dazu, dass in den letzten Jahren Reformen und Kostendämpfungsmaßnahmen im stationären Sektor, insbesondere Reformen der Krankenhausfinanzierung, besondere Aufmerksamkeit zukommt.

Der auffallendste internationale Trend bei der Krankenhausfinanzierung ist die Abkehr von retrospektiven Vergütungsformen, bei denen es zu einer (oft unkontrollierten) Abgeltung aller angefallener Kosten kam. Mit den Reformen der letzten zwei Jahrzehnte wurden graduell prospektive und leistungsorientierte Vergütungsformen eingeführt. In fast allen westlichen Industrienationen – insbes. in den fünf untersuchten Ländern – werden bzw. wurden die Krankenhausfinanzierungssysteme auf sogenannte Fallpauschalensysteme umgestellt. Fallpauschalen- oder auch DRG-Systeme (*Diagnosis Related Groups*) sind Systeme der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung, bei denen Krankheiten zu klinisch ökonomisch homogenen Gruppen zusammengefasst werden und deren Behandlung – in Abhängigkeit von der Diagnose – mittels festgelegter Pauschalen abgegolten wird.

Die Bedeutung privat-gemeinnütziger Träger und ihre öffentliche Finanzierung

Die Fachliteratur unterscheidet bei der Trägerschaft zwischen öffentlichen, privat-gemeinnützigen und privat-gewinnorientierten Krankenhäusern.

Tabelle 1 fasst für die fünf untersuchten Länder die Anteile dieser Krankenhaustypen an der Gesamtversorgung mit Krankenhäusern zusammen.

Tabelle 1: Trägerstruktur nach Krankenhäusern

	Anzahl	Öffentliche Träger	privat-gemeinnützige Träger	privat-gewinnorientierte Träger
	Krankenhäuser			
Belgien	218	ca. 40%	ca. 60%	„sehr wenige“
Deutschland	1.868	37%	39%	24%
Frankreich	ca. 4.150	ca. 25%	ca. 35%	ca. 40%
Niederlande	136	6%	94%	
Österreich	272	64%	19%	17%
Schweiz	345	ca. 60%	ca. 25%	ca. 15%

Anmerkung: Belgien, Frankreich: inklusive psychiatrische Krankenhäuser; Deutschland, Niederlande: exklusive psychiatrische Krankenhäuser. Quelle: IHS HealthEcon 2006.

Der Anteil privat-gemeinnütziger Spitäler an der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern reicht in den fünf analysierten Ländern von 25% in der Schweiz bis zu 94% in den Niederlanden.

Angesichts der Bedeutung privat-gemeinnütziger Krankenhäuser für die öffentliche Versorgung stellt sich die Frage, wie in diesen Ländern die Kriterien für die öffentliche Finanzierung gestaltet sind und ob Krankenhäuser mit privat-gemeinnützigem Träger hinsichtlich ihrer öffentlichen Finanzierung anders oder gar schlechter behandelt werden als Krankenhäuser mit öffentlichem Träger.

Belgien

In Belgien werden rund 60% der Spitäler von privat-gemeinnützigen Trägern geführt, wobei insbesondere Orden eine traditionell wichtige Rolle spielen. Die Kriterien für die Finanzierung sowohl der laufenden Kosten als auch der Investitionskosten sind für alle Spitäler – unabhängig von ihrer Trägerschaft – gleich. Bei den laufenden Kosten wird zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen

unterschieden. Medizinische Leistungen werden entsprechend einer landesweit geltenden Tarifliste abgegolten. Die Budgets, die den Krankenhäusern zur Abdeckung nicht-medizinischer Kosten (Pflege- und Hotelkosten) zugeteilt werden, werden für alle Spitäler einheitlich nach denselben Prinzipien erstellt und abgerechnet. Das belgische System der Krankenhausfinanzierung ist grundsätzlich so konzipiert, dass es einem (durchschnittlich) effizientem Betrieb möglich ist, kostendeckend zu wirtschaften.

Deutschland

Momentan befindet sich das deutsche Fallpauschalensystem (G-DRG-System/*German-Diagnosis Related Groups*), über das die laufenden Kosten aller Arten von Spitäler abgegolten werden, in der Einführungsphase.

Das deutsche Krankenhausfinanzierungsgesetz erkennt die Vielfalt der Krankenhausträger bei der Versorgung der Bevölkerung an, und erachtet diese Vielfalt auch als förderungswürdig. Die wirtschaftliche Existenz der Spitäler – auch das normiert der Gesetzgeber – soll durch leistungsgerechte Entgelte gesichert werden. Dies bedeutet, dass die Erlöse, die ein Krankenhaus aus der Erbringung von Leistungen bezieht, grundsätzlich einen kostendeckenden Betrieb ermöglichen. Die Kriterien für die öffentliche Finanzierung von Spitälern sind für alle Krankenhäuser – unabhängig von ihrer Trägerschaft – gleich. Sollte ein Krankenhaus ein Defizit erwirtschaften, so ist dieses vom jeweiligen Träger zu begleichen. Dies konstituiert allerdings keine systematische Schlechterbehandlung privat-gemeinnütziger Träger, da das deutsche Finanzierungssystem grundsätzlich auf Kostendeckung ausgelegt ist, und (durchschnittlich) effizient wirtschaftenden Betrieben mit den erzielten Erlösen das wirtschaftliche Überleben gesichert werden soll.

Frankreich

Das französische Fallpauschalensystem (GHM-System/*Groupes Homogènes de Malades*) befindet sich in der Einführungs- und Harmonisierungsphase.

Grundsätzlich wird in Frankreich bei der Versorgung mit Spitälern zwischen dem öffentlichen Sektor und dem privaten Sektor unterschieden. Der private Sektor besteht aus Krankenhäusern mit privat-gewinnorientierten Trägern. Der öffentliche Sektor umfasst Krankenhäuser mit öffentlichem Träger und privat-gemeinnützige Spitäler, die an der öffentlichen Versorgung teilnehmen. Krankenhäuser des öffentlichen Sektors werden nach einheitlichen Prinzipien finanziert. Im Zuge der derzeitigen Umstellung des Finanzierungssystems soll es bis 2012 auch zu einer Harmonisierung mit dem privaten Sektor kommen, so dass in Zukunft allen

französischen Krankenhäusern Leistungen nach den selben Kriterien und mit den selben Preisen abgegolten werden.

Niederlande

In den Niederlanden wird derzeit die niederländische Variante eines Fallpauschalensystems (DBC-System/ *Diagnose Behandlings Combinaties-System*) eingeführt. Das niederländische System kann als leistungsorientiert und kostendeckend beschrieben werden.

In den Niederlanden stellt sich die Frage nach einer Andersbehandlung von Krankenhäusern mit privat-gemeinnützigem Träger nicht, da mit Ausnahme der Universitätsspitäler alle Spitäler unter privat-gemeinnütziger Trägerschaft stehen. In den Niederlanden werden also alle Spitäler nach den selben Kriterien finanziert.

Schweiz

Das Schweizer Krankenhauswesen ist aufgrund der kantonalen Zuständigkeiten nicht einheitlich geregelt. In grundlegenden Fragen gibt es jedoch bundeseinheitliche Regelungen. Einer dieser Grundsätze ist, dass in den jeweiligen Kantonen – unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Finanzierung des kantonalen Anteils an den Spitalsausgaben – öffentliche Krankenhäuser und jene (privat-gemeinnützigen) Krankenhäuser, die den Status „öffentlich subventioniert“ haben, nach den selben Kriterien finanziert werden.

Fazit

In den fünf untersuchten Ländern – Belgien, Deutschland, Frankreich, den Niederlanden und der Schweiz – werden privat-gemeinnützige Krankenhäuser, die an der öffentlichen Versorgung teilnehmen, nach den selben Kriterien wie öffentliche Krankenhäuser finanziert.

Unabhängig von der Trägerschaft ermöglichen die Finanzierungssysteme bei effizienter Betriebsführung entweder ausgeglichenes Bilanzieren oder die Defizite der Krankenhäuser werden - falls die erzielbaren Erlöse selbst bei effizienter Betriebsführung zu „vorprogrammierten“ systematischen Defiziten führen - von der öffentlichen Hand abgedeckt.

Rückfragehinweis:

IHS, Stumpergasse 56, 1060 Wien, Fax: 01/59991-162, <http://www.ihs.ac.at>

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, felderer@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-125

Dr. Monika Riedel, riedel@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-126

Tanja Gewis (Public Relations und Event Management), gewis@ihs.ac.at, Tel.: 01/59991-122

