

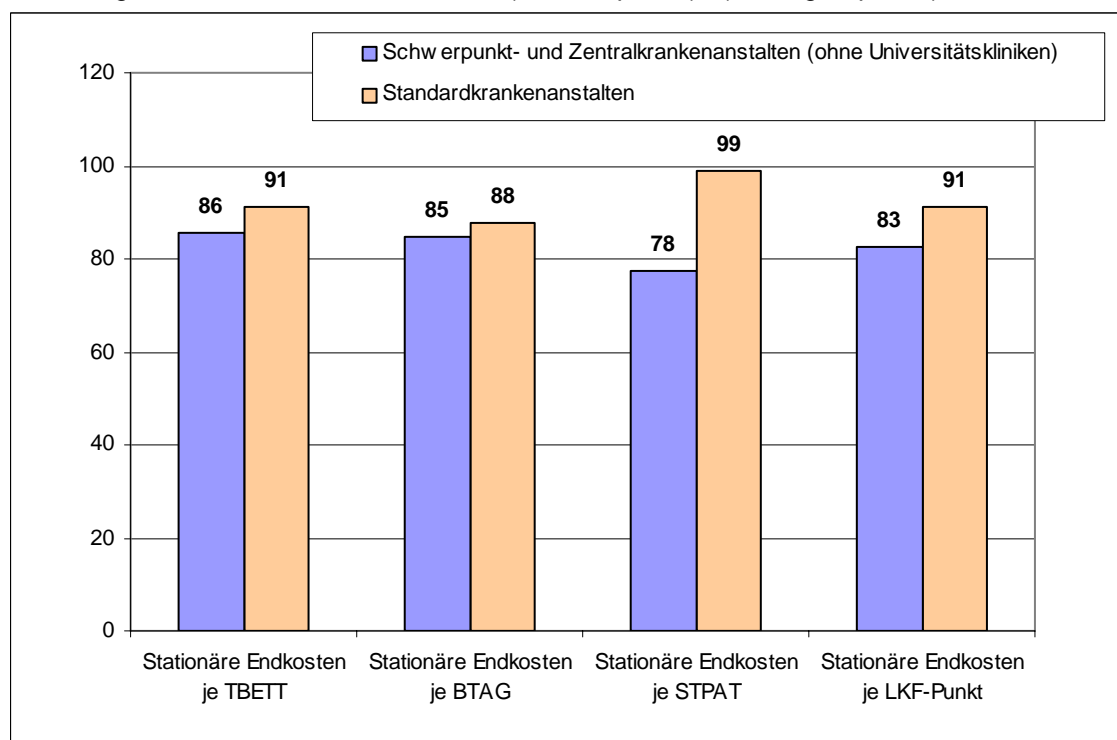
Wien, am 17.06.2008

## Fondsspitäler in Österreich: Ein Leistungs- und Finanzierungsvergleich

Mit 41 Prozent an den gesamten Gesundheitsausgaben (EU: 37 Prozent) fließt in Österreich überdurchschnittlich viel Geld in die Spitalsversorgung. Das IHS hat daher die Effizienz der Fondsspitäler gemessen. Es bestehen große Effizienzunterschiede innerhalb einzelner Versorgungstypen wie auch zwischen den Spitalsträgern, was das große Einsparpotenzial unterstreicht. Die Ordensspitäler erweisen sich dabei nicht nur in der Produktivität als überlegen, sondern sind auch im allgemeinen effizienter als die Spitäler der Länder. Dennoch erhalten sie aufgrund des Finanzierungssystems weniger Geld für dieselbe Leistung. Ein leistungsgerechteres System würde nicht nur diese Ungleichheit reduzieren sondern auch insgesamt mehr Effizienz anreizen.

Eine Differenzierung in Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstellen (ohne Universitätskliniken) und Standardkrankenanstellen zeigt, dass die stationären Endkosten der Ordensspitäler – in Bezug auf tatsächlich aufgestellte Betten, Belagstage, stationäre Patienten und auf LKF-Punkte – durchwegs unter den stationären Kosten der Spitäler sonstiger Trägerschaft liegen. Die Unterschiede bei den Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstellen (ohne Universitätskliniken) sind mit 14 bis 22 Prozentpunkten deutlich ausgeprägter als bei Standardkrankenanstellen mit 1 bis 12 Prozentpunkten.

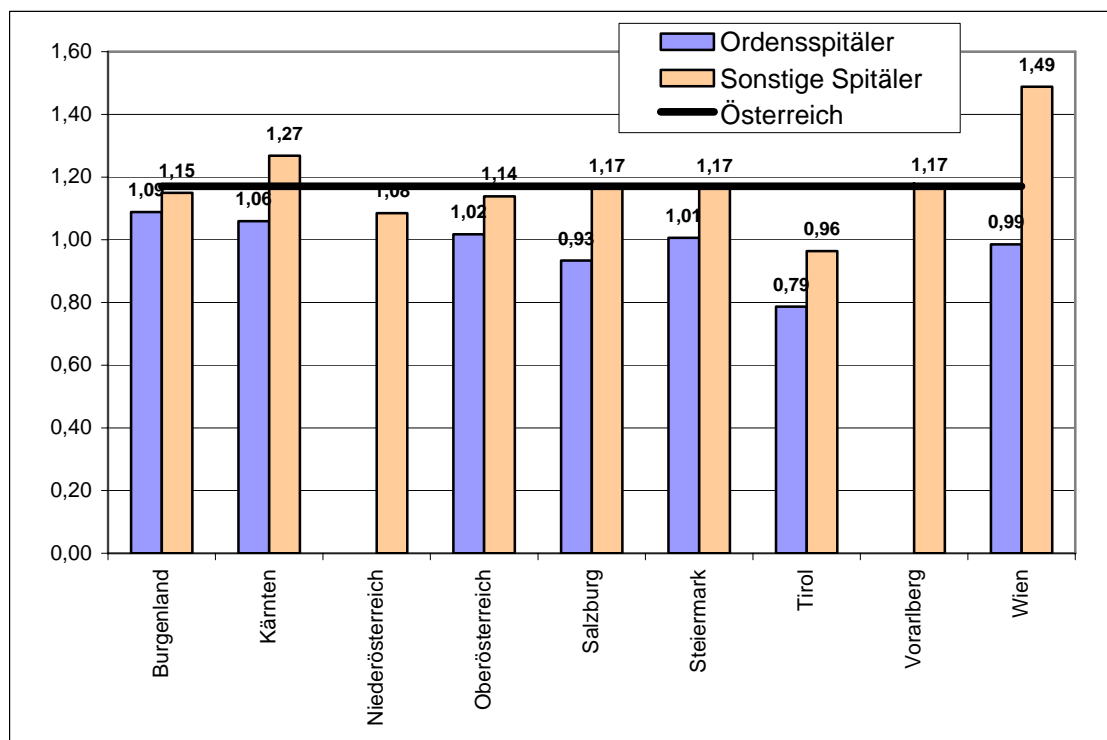
Abbildung 1: Stationäre Endkosten-Ratio: (Ordensspitäler) / (Sonstige Spitäler), in Prozent, 2006



Quelle: BMGFJ, Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2008.

Abbildung 2 illustriert einen Bundesländervergleich der stationären Endkosten je LKF-Punkt: Diese liegen im Durchschnitt in jedem Bundesland in Ordensspitälern unter den entsprechenden Vergleichswerten für sonstige Spitäler. Die niedrigsten stationären Kosten je LKF-Punkt finden sich in Ordensspitälern Tirols und Salzburgs mit 79 bzw. 93 Cent pro Punkt. Deutlich über dem Österreich-Durchschnitt von 1,17 Euro rangieren mit 1,27 Euro bzw. 1,49 Euro Fondsspitäler unter sonstiger Trägerschaft in den Bundesländern Kärnten bzw. Wien.

Abbildung 2: Stationäre Endkosten je LKF-Punkt, 2006, in Euro, Bundesländer



Quelle: BMGFJ, Landesgesundheitsfonds, IHS HealthEcon 2008.

### Effizienzvergleich der Österreichischen Fondsspitäler

Um eine umfassende Bewertung der Effizienzpotenziale in österreichischen Spitälern durchzuführen und konkrete Anhaltspunkte zu ihrer Quantifizierung zu haben, wurde eine sogenannte Data Envelopment Analyse (DEA) durchgeführt. Diese Methode wird weltweit vielfach im Benchmarking von Krankenhäusern eingesetzt<sup>1</sup>. In unserer Untersuchung wurden mehrere Modelle gerechnet und auch einzelne Aggregate betrachtet. Die Vielfalt der Modelle erlaubte uns, die Robustheit der daraus abgeleiteten Aussagen einzuschätzen.

### Ergebnisse der Effizienzanalyse

In unserem Modell 1a fließen als Inputkomponenten Ärzte in Vollzeitäquivalenten, nicht-ärztliches Spitalspersonal in Vollzeitäquivalenten und Sachkosten ein, als Outputkomponenten verwenden wir für den stationären Bereich die LKF-Punkte, für den Ambulanzbereich die ambulanten Patienten. Insgesamt erweisen sich 19 Prozent aller Fondsspitäler als effizient, 22 Prozent aller Ordensspitäler und 13 Prozent aller Landesspitäler. In der Betrachtung über alle Trägerschaften zeigt sich in allen Versorgungstypen eine beachtliche Schwankungsbreite der Effizienzwerte, welche den Spielraum für Verbesserungen erlauben lässt, auch wenn im Einzelfall besondere

<sup>1</sup> Siehe auch Projektbericht: Thomas Czypionka, Markus Kraus, Gerald Röhring: Messung von Effizienz und Qualität im Spitalswesen. Internationale Aspekte, IHS 2008, Download unter: <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/esd2008.pdf>.

Gründe für einen niedrigen Effizienzwert vorliegen mögen. Die durchschnittliche Effizienz der Standardkrankenanstalten liegt bei rund 80 Prozent. Dies bedeutet, dass 20 Prozent der Inputs bei gleichem Output eingespart werden könnten, wenn das Spital ebensolche Abläufe etablieren würde (und könnte) wie die effizienten Spitäler. Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten (ohne Universitätskliniken) sowie Sonderkrankenanstalten sind im Schnitt effizienter.

Beim Vergleich der Träger zeigt sich, dass durchwegs die Ordensspitäler höhere Effizienzwerte aufweisen als die Landesspitäler des jeweiligen Versorgungstyps. Bei den Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten (ohne Universitätskliniken) haben die Ordensspitäler um 10 Prozent höhere mediane Effizienzwerte, bei den Standardspitalern 12 Prozent und bei den Sonderkrankenanstalten 5 Prozent .

In der multiplen Regressionsanalyse zur Erklärung der Effizienzwerte zeigt sich, dass die Trägerschaft durch Ordensspitäler einen signifikant höheren Effizienzwert zur Folge hat, nämlich um 14,2 Prozentpunkte. Auch das Bundesland liefert einen signifikanten Erklärungsbeitrag für den Effizienzwert eines Spitals. Im Vergleich zum Bundesland Wien (niedrigstes) wird der Effizienzwert zwischen 13,6 Prozentpunkten in der Steiermark und 26,4 Prozentpunkten in Tirol erhöht. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse müssen jedoch auch die unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten in Betracht gezogen werden.

In einem zweiten Modell wurden dieselben Inputkategorien (Ärzte, nicht-ärztliches Personal, Sachkosten), jedoch ausschließlich jene der bettenführenden Stationen herangezogen. Die Inputs enthielten außerdem die von anderen Stationen oder Instituten bezogenen Leistungen für stationäre Patienten. Als stationärer Output wurden wieder LKF-Punkte verwendet. Insgesamt erwiesen sich 14 Prozent aller österreichischen Fondsspitäler als effizient, innerhalb der Ordensspitäler sind es fünf bzw. 19 Prozent, bei den Landesspitalern sechs bzw. acht Prozent. In der statistischen Analyse bleibt auch bei rein stationärer Betrachtung der Vorsprung der Ordensspitäler erhalten. Dies bestätigen auch weitere gerechnete Modelle.

#### Finanzierungsseite der Fondsspitäler

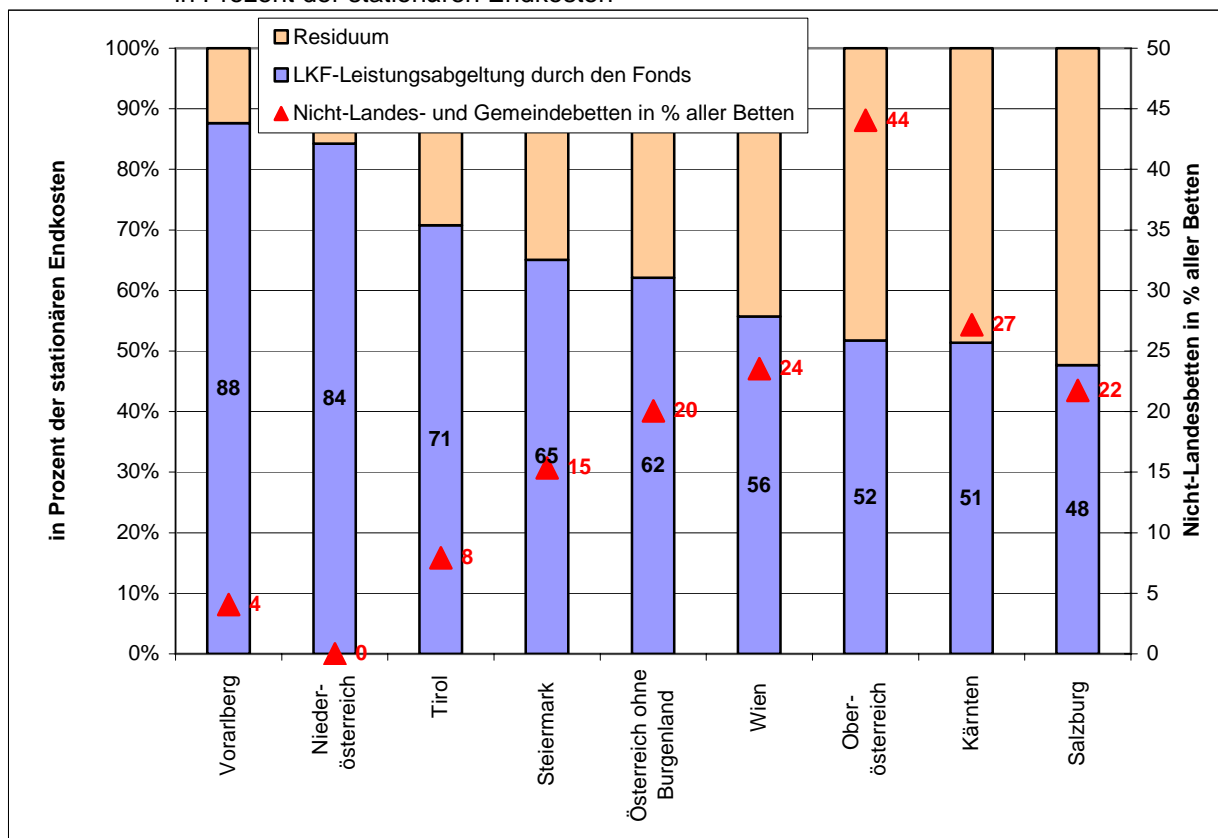
In weiterer Folge wurde das Finanzierungssystem der Fondsspitäler auf jene Fehlanreize untersucht, die einerseits diese großen Effizienzunterschiede begünstigen und andererseits eine Diskriminierung nach Trägern bewirken.

Die Landesgesundheitsfonds erhalten nach der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz Mindestmittel von Sozialversicherung, Bund, Ländern und Gemeinden über ein komplexes System von Aufteilungsschlüsseln und Vorwegbeträgen. Trotz dieses komplizierten, gewachsenen Systems lassen sich in allen Landesgesundheitsfonds außer Wien sehr ähnliche Relationen der Financiers erkennen, nämlich rund 75 Prozent durch die Sozialversicherung, rund 10 Prozent durch Umsatzsteuermittel von Bund, Ländern und Gemeinden, 10 Prozent durch Zuschüsse gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz und 5 Prozent durch die Bundesgesundheitsagentur. In der Relation zur erbrachten Spitalsleistung ergeben sich jedoch massive Imbalancen zwischen den Ländern. Die einzelnen Landesgesundheitsfonds können zusätzliche Mittel nach Landesgesetz erhalten, um den Aufgaben des Fonds inklusive der Abgeltung der stationären Leistungen umfassender nachkommen zu können. Die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben in den einzelnen Bundesländern führen zu sehr unterschiedlichen Dotierungen.

Da der Spital-ambulante Bereich bis auf das Bundesland Tirol nur über Pauschalmittel abgegolten wird, vergleichen wir die leistungsgerechte Abgeltung von vornherein nur im stationären Bereich, für den das LKF-System wenigstens eine leistungsorientierte

Abteilung vorsieht. In Abbildung 3 sind die leistungsorientierten Abteilungen als Anteil an den stationären Endkosten dargestellt.

Abbildung 3: LKF-Leistungsabteilung durch den Landesgesundheitsfonds, 2006, in Prozent der stationären Endkosten



Quelle: Tätigkeitsberichte der Landesgesundheitsfonds 2006, BMGJF, IHS HealthEcon 2008.

Der Anteil leistungsorientierter Abgeltung variiert zwischen den Bundesländern ganz erheblich. Es stellt sich dabei die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, dass das an sich bundeseinheitliche LKF-System bundesländerweise derart unterschiedlich ausgestaltet ist. Dabei muss bedacht werden, dass ein unterschiedliches Ausmaß leistungsorientierter Ausschüttung auch sehr unterschiedliche Anreizwirkung hat. Aus der Aufstellung ergibt sich daher, dass in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche Anreize auf das Spitalswesen wirken. Beachtenswert ist auch, dass umso eher leistungsorientiert ausgeschüttet wird, desto geringer der Anteil an Nicht-Landesspitälern ist (dargestellt anhand der Bettenanteile).

Die Punktwerte (LKF-Leistungsabgeltung durch den Fonds pro LKF-Punkt) unterscheiden sich ebenfalls massiv zwischen einzelnen Bundesländern (von 0,53 Euro pro LKF-Punkt in Salzburg bis 1,03 Euro in Vorarlberg) und zwar durch die Deckelung der Mittel, die auf die erbrachten Punkte verteilt werden. Dabei kommt es zu massiven Verzerrungen der in den Punkten enthaltenen Deckungsbeiträge und der variablen Kostenabdeckung. Eine bundesweite Deckelung würde zumindest einheitliche Punktwerte für dieselbe Leistung unabhängig von der geographischen Position des Spitals erlauben.

#### Ungleiche Betriebsabgangsdeckung

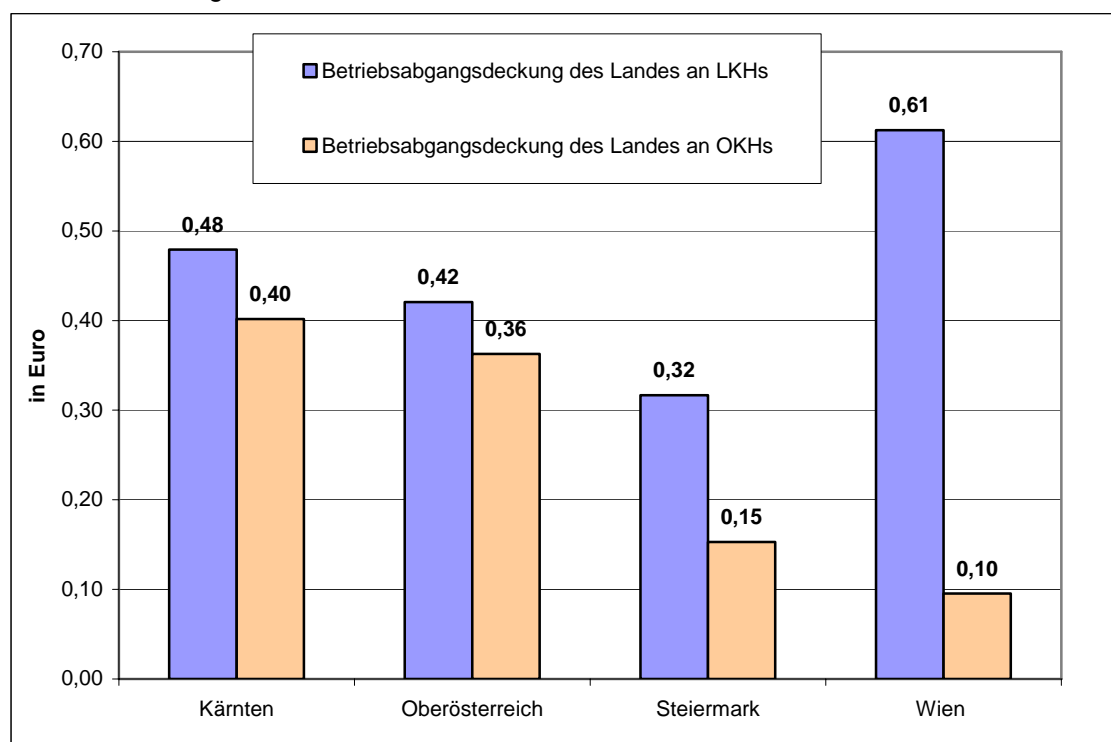
Da die LKF-Mittel und sonstige Zuwendungen an das Spital schon von der Konzeption des Systems her nicht ausreichen, um die entstehenden Kosten zu decken, entsteht der sogenannte Betriebsabgang. Er stellt eine undifferenzierte Mischung aus schlicht nicht

abgeholten Leistungsanteilen (z.B. Vorhaltekapazitäten) und tatsächlichen Defiziten dar. Zur Deckung dieser Abgänge existieren in allen Bundesländern eigene Regelungen.

Die nicht durch die Betriebsabgangsdeckung gedeckten Betriebsabgänge fallen tatsächlich dem Spitalsträger als Rechtsträgeranteil zur Last. Im Falle von Landes Spitälern fallen diese Rechtsträgeranteile letztlich wieder auf das Land zurück. Im Falle der Ordensspitäler aber gehen diese zu Lasten der Ordensgemeinschaften. Aus diesem Grund existieren für Wien sowie für Salzburg und die Steiermark per privatrechtlicher Einigung weitere Subventionen, um diesen Anteil deutlich zu senken (Wien) bzw. zu eliminieren (Salzburg, Steiermark). In Kärnten bzw. Oberösterreich fallen jedoch den Ordensspitalern weiterhin 2 Prozent bzw. 4 Prozent des Betriebsabgangs zu Lasten der Ordensgemeinschaften.

Tatsächlich erhalten die Ordensspitäler durch diese Regelungen jeweils weniger Subvention pro LKF-Punkt aus der Betriebsabgangsdeckung als die Landesspitäler.

Abbildung 4: Betriebsabgangsdeckungen des Landes, 2006, je LKF-Punkt, in Euro, ausgewählte Bundesländer



Anmerkung: Wien ohne AKH

Quelle: Landesgesundheitsfonds, Rechnungsabschlüsse der Länder, Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), BMGFJ, Unitas Solidaris, IHS Berechnungen 2008.

Ähnlich unterschiedliche Regelungen wie beim Betriebsabgang existieren auch im Bereich der Investitionen, bei denen jeweils unterschiedliche Selbstbehalte für die Rechtsträger resultieren. Auch hier wurden mittlerweile privatrechtliche Vereinbarungen getroffen, die Investitionsmittel am Fonds vorbeiführen.

In Summe führen die Finanzierungsregeln auch bei wirtschaftlicher Führung der Ordensspitäler teilweise zu effektiven Eigenmitteln der Ordensgemeinschaften, die diese für den Betrieb aufwenden müssen. Dies ist in mehrerlei Hinsicht befremdlich. Zum einen bedeutet dies, dass die Ordensgemeinschaften effektiv das öffentliche Gesundheitswesen mitfinanzieren müssen, was jedoch keineswegs ihre Aufgabe ist. Aus ökonomischer Sicht sind solche dauerhaften Verluste nicht mit einem langfristigen

Verbleib im Krankenhausmarkt vereinbar. Der Austritt aus dem Markt würde aber massive *sunk costs* bedeuten und zwingt zum vorerst weiteren Betrieb. Ein langfristiger Verbleib der Ordensspitäler unter diesen Bedingungen ist nur dann möglich, wenn man annimmt, dass die Ordensgemeinschaften gleichsam dafür zu zahlen bereit sind, Menschen helfen zu dürfen. Es ist aber sehr fraglich, ob dies von der Politik so durchgeführt werden sollte.

## Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Insgesamt erweist die durchgeführte Analyse der 133 Fondspitäler, dass sich deutliche Produktivitäts- und Effizienzunterschiede zwischen den österreichischen Spitälern zeigen, welche ein großes Effizienzpotential im Spitalsbereich belegen. So verzeichnen wir in den Modellen durchschnittliche Effizienzwerte über alle Standardkrankenanstalten von 79 Prozent bis 87 Prozent (im günstigsten Fall) bei hohen Schwankungsbreiten (Variationskoeffizienten zwischen 15 Prozent-17 Prozent) und Minima bei nur etwa 50 Prozent. Dabei orientiert sich unsere Messmethode bezüglich der maximal erreichbaren Effizienz an den tatsächlich vorliegenden Effizienzen realer Spitälern. Daraus folgt, dass theoretisch mögliche Verbesserungen noch gar nicht berücksichtigt sind. Auch eine erhöhte alloкатive Effizienz, also eine Verlagerung von Leistungen in den jeweils günstigsten Bereich kann weitere Einsparungen bringen. Es ist insbesondere wichtig zu verstehen, dass eine mangelnde Nutzung von Effizienzpotenzialen im Spitalsbereich eine andauernde Verschwendung von Ressourcen im Gesundheitswesen bedeutet, eine Nutzung aber die nachhaltige Finanzierbarkeit sicherstellt, ohne mehr Mittel aufwenden zu müssen. Unter der Nebenbedingung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Versorgung für alle Regionen sollten daher Überkapazitäten reduziert werden, Krankenanstalten sich verstärkt spezialisieren und die Standortplanung verbessert werden. Moderne Managementprinzipien sollten zur betriebswirtschaftlichen Optimierung eingesetzt werden, ohne die Leistung am Patienten zu verschlechtern (z.B. Ablaufoptimierung, Entlastung der Ärzte von administrativen Tätigkeiten, etc.).

Das österreichische Spitalswesen ist in hohem Maße reguliert. Diese Regulation trägt mit zur fehlenden Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen bei. Es liegt nahe, das System unter Berücksichtigung der zweifellos vorhandenen Marktmängel zu etwas mehr Wettbewerb zu führen. Auch im Falle, dass eine starke Regulierung beibehalten werden soll, besteht von öffentlicher Seite ein Informationsdefizit hinsichtlich des Geschehens in den Spitälern, sowohl was die Effizienz als auch was die Qualität betrifft. Es ist dringend zu prüfen, ob mehr wettbewerbliche Elemente im Spitalswesen eingeführt werden sollten. Bei dem vorhanden Grad an Regulierung sollte die Effizienz von Spitälern vermehrt überprüft werden, um Verschwendung zu erkennen und zu vermeiden, da wichtige Marktmechanismen fehlen. Die hohen nicht-leistungsorientierten Subventionen verschlechtern das Marktergebnis und sollten zunehmend über tatsächliche Leistungen zugeführt werden. Ein System zur Qualitätsmessung in österreichischen Spitälern sollte etabliert werden, um negative Effekte abzufangen. Es ist zudem zu hinterfragen, ob Länder gleichzeitig Regulator, Nachfrager und Spitalsbetreiber sein sollen. Eine Trennung dieser Funktionen sollte angestrebt werden.

In allen Modellen erweisen sich die Ordensspitäler in der österreichweiten Durchschnittsbetrachtung als effizienter als Landesspitäler. Dieser Befund ist unter diversen Modellannahmen stabil, so bei Berücksichtigung ambulanter Patienten, oder rein stationärer Betrachtung. Selbst in einem stark regulierten System müssen Mitbewerber gleichgestellt sein. Wie wir gezeigt haben, ist dies bei weitem nicht der Fall. Die Ordensspitäler erhalten weniger Entgelt pro erbrachtem LKF-Punkt und weniger Subventionen. Sie sind überdies angehalten, selbst bei wirtschaftlicher Führung effektiv private Eigenmittel zur Bereitstellung der Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens einzubringen. Dies steht in einem krassen Widerspruch zur in dieser Studie nachgewiesenen höheren Effizienz der Ordensspitäler. Auch aus theoretisch-

ökonomischer Sicht ist dies in mehrfacher Hinsicht völlig unverständlich und lässt sich im wesentlichen dadurch erklären, dass die Länder neben ihrer Tätigkeit als maßgeblicher Regulator selbst Spitalsträger sind und dass die Ordensspitäler hohe *sunk costs* bei Marktaustritt hinnehmen müssten. Mitbewerber wie die Ordensspitäler sollten daher im Wettbewerb mit den Landesspitälern gleichgestellt werden, zumal sie, wie wir nachgewiesen haben, höhere Effizienz aufweisen. Diskriminierende Regelungen zu Betriebsabgang und Investitionszuschüssen sollten daher abgeschafft werden, ebenso wie der effektive Eigenmittelanteil privater Träger trotz wirtschaftlich geführter Häuser. Eine stärkere Abgeltung über die tatsächlich erbrachten Leistungen würde auch hier eine Verbesserung bringen

Die Spitalsfinanzierung sollte einer grundsätzlichen Reform unterzogen werden, um die mit jeder Reform komplexer werdenden Regelungen zu vereinfachen. Die Finanzierung sollte sich flexibler an den Patientenbedürfnissen orientieren und zukunftsgerichteter sein, anstatt vergangene Verhältnisse fortzuschreiben. Das Geld sollte dem Patienten entsprechend dessen Bedürfnissen folgen, auch über die Bundesländergrenzen. Eine bessere Anreizwirkung würde sich auch durch eine stärker leistungsgerechte Abgeltung ergeben, eine bundeseinheitliche Gestaltung könnte helfen, die Verteilung der Mittel und die Steuerung zu optimieren

**Rückfragehinweis:**

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

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Felderer, [felderer@ihs.ac.at](mailto:felderer@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-125

Dr. Thomas Czypionka, [thomas.czypionka@ihs.ac.at](mailto:thomas.czypionka@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-127

Mag. Gerald Röhrling, [gerald.roehrling@ihs.ac.at](mailto:gerald.roehrling@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-268

Tanja Gewis (Public Relations), [gewis@ihs.ac.at](mailto:gewis@ihs.ac.at), Tel.: 01/59991-122