



**TRINATIONALES KOMPETENZZENTRUM**  
für Ihre Gesundheitsprojekte



**GESUNDHEIT OHNE GRENZEN**  
**SANTÉ SANS FRONTIÈRE**

# DER KRANKENHAUSSEKTOR IN DEUTSCHLAND, FRANKREICH UND DER SCHWEIZ



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)  
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt  
Dépasser les frontières : projet après projet



# Der Krankenhaussektor in Deutschland, Frankreich und der Schweiz

**Mai 2019**

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter [www.trisan.org](http://www.trisan.org) / Publikationen verfügbar.

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN ([www.trisan.org](http://www.trisan.org) > Publications).

**Der Krankenhaussektor in Deutschland** **7**

1. Die deutschen Krankenhäuser in Zahlen ..... 10

2. Abgrenzung des Krankenhaussektors ..... 10

3. Trägerschaft und Rechtsform der Krankenhäuser ..... 12

4. Krankenhausplanung ..... 14

5. Krankenhausfinanzierung ..... 16

    5.1. Finanzierung der Investitionskosten ..... 16

    5.2. Finanzierung der Betriebskosten ..... 16

6. Geschäftsleitung der Krankenhäuser ..... 17

7. Quellen / Weiterführende Literatur ..... 18

**Der Krankenhaussektor in Frankreich** **21**

1. Die französischen Krankenhäuser in Zahlen ..... 24

2. Abgrenzung des Krankenhaussektors ..... 25

3. Rechtsform der Krankenhäuser ..... 26

4. Krankenhausplanung ..... 28

5. Krankenhausfinanzierung ..... 29

    5.1. Finanzierung der Akutversorgung ..... 29

    5.2. Finanzierung von Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege ..... 30

6. Interne Leitung der Krankenhäuser ..... 30

7. Quellen / Weiterführende Literatur ..... 31

<b>Der Spitalsektor in der Schweiz</b>	<b>33</b>
1. Die schweizerischen Spitäler in Zahlen.....	36
2. Eingrenzung des Spitalbereichs.....	37
3. Rechtsform und Trägerschaft der Spitäler .....	38
4. Spitalplanung .....	38
5. Spitalfinanzierung .....	40
6. Geschäftsleitung der Spitäler.....	40
7. Quellen / Weiterführende Literatur.....	41





# Der Krankenhaussektor in Deutschland

**Konzeption und inhaltliche Koordinierung:**

- Anne Dussap (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Astrid Dacquin (TRISAN).

**Redaktion:**

- Eddie Pradier (TRISAN).

**Fachlektorat:**

- Ralf Engel, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz,
- Roland Mertens, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes,
- Dr. Sabine Schindler, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

**Übersetzung:**

- Michael Lörch.

**Gestaltung:**

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

<b>Der Krankenhaussektor in Deutschland</b>	<b>7</b>
1. Die deutschen Krankenhäuser in Zahlen .....	10
2. Abgrenzung des Krankenhaussektors .....	10
3. Trägerschaft und Rechtsform der Krankenhäuser .....	12
4. Krankenhausplanung .....	14
5. Krankenhausfinanzierung .....	16
5.1. Finanzierung der Investitionskosten .....	16
5.2. Finanzierung der Betriebskosten .....	16
6. Geschäftsleitung der Krankenhäuser .....	17
7. Quellen / Weiterführende Literatur .....	18

## 1. DIE DEUTSCHEN KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN

Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 1942 Krankenhäuser<sup>1</sup> mit insgesamt circa 497.000 Betten (das entspricht 602 Betten pro 100.000 Einwohner). In den letzten 20 Jahren hat die Anzahl der Krankenhäuser sowie die Bettenanzahl kontinuierlich abgenommen (Tabelle 1).

**Tabelle 1: Anzahl an Krankenhäusern und Betten in Deutschland**

	Anzahl der Krankenhäuser	Anzahl der Betten	Anzahl der Betten pro 100.000 Einw.
Deutschland			
1997	2258	580 425	707
2007	2087	506 954	616
2017	1942	497 182	602
Davon (2017):			
Baden-Württemberg	265	55 780	508
Rheinland-Pfalz	87	24 897	612

Quelle: Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Akutbehandlung hat in den vergangenen zwanzig Jahren ebenfalls stark abgenommen: Von 11,2 Tagen im Jahr 1997 auf 7,5 Tage im Jahr 2017.

## 2. ABGRENZUNG DES KRANKENHAUSESEKTORS

In Deutschland gehören zum Krankenhaussektor nur die Einrichtungen, die stationäre Akutbehandlungen anbieten. Im Gegensatz zu anderen Ländern wie etwa Frankreich gehören die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht zum Krankenhaussektor, auch wenn sie häufig als „Reha-Klinik“ oder „Rehabilitationskrankenhaus“ bezeichnet werden.

Bei den Leistungen der Krankenhäuser wird zwischen folgenden Behandlungsarten unterschieden:

- » **Vollstationäre Behandlung:** Es handelt sich hierbei um eine Behandlungsart im Krankenhaus, die länger als 24 Stunden dauert.

- » **Teilstationäre Behandlung:** Es handelt sich hierbei um eine Behandlungsart, bei der der Patient nur halb- oder ganztags stationär behandelt werden muss mit einer Behandlungsdauer von max. 24 Stunden. Diese Behandlungsart wird bei spezifischen Krankheitsbildern angewendet, insbesondere in den Bereichen Psychiatrie und Geriatrie.
- » **Ambulante Behandlung:** Es handelt sich um eine einmalige Behandlung im Krankenhaus, bei der der Patient keine Nacht im Krankenhaus verbringt.

Ambulante Behandlungen haben sich erst spät im deutschen Krankenhaussektor entwickelt. Traditionell konzentrierten sich die Krankenhäuser auf die (teil-)stationären Behandlungen, während niedergelassene Ärzte quasi das Monopol für ambulante Behandlungen besaßen. Es gibt jedoch zwei bedeutende historische Ausnahmen:

- » Die Universitätskliniken sind aufgrund ihrer spezifischen Forschungs- und Lehraufgaben dazu berechtigt, ambulante Behandlungen anzubieten (Artikel 117 SGB V);
- » Krankenhausärztinnen und -ärzte dürfen Privatpatientinnen und -patienten im Krankenhaus ambulant behandeln<sup>2</sup>.

Auch wenn sie heute immer noch sehr bedeutend ist, wurde die Trennung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich in den vergangenen zwanzig Jahren etwas durchlässiger:

- » Seit dem Jahr 1993 sind Krankenhäuser befugt, ambulante Operationen durchzuführen (Artikel 115 b SGB V). Der Katalog der Operationen, für welche eine ambulante Behandlung möglich oder vorgeschrieben ist, wird mittels Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem GKV-Spitzenverband sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung festgelegt. Die ambulanten chirurgischen Leistungen haben sich im Zuge der Reform der Krankenversicherung im Jahr 2004 stark entwickelt. Laut den Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft verzeichneten diese einen Zuwachs von 60% im Jahr 2004, von 16 % im Jahr 2005 und von jeweils circa 9% in den darauffolgenden Jahren.
- » Seit dem Jahr 2004 können Krankenhäuser auf Antrag dazu ermächtigt werden, vertragsärztliche Leistungen zu erbringen, wenn eine entsprechende Unterversorgung in einem bestimmten Fachgebiet festgestellt wurde (Artikel 116 a SGB V). Die Ermächtigung gilt für eine Dauer von 2 Jahren.

<sup>1</sup> Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland nicht zum Krankenhaussektor gezählt werden. Im Jahr 2015 gab es in Deutschland 1153 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 165.013 Betten.

<sup>2</sup> In der Praxis werden diese Leistungen fast ausschließlich von Chefärztinnen und -ärzten geleistet.

- » Laut § 116 b SGB V kann Krankenhäusern die Erlaubnis erteilt werden, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen. Letztere umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten. Die betroffenen Krankheiten werden im § 116 b SGB V aufgeführt (Tabelle 2). Diese Liste wird alle zwei Jahre aktualisiert<sup>3</sup>.
- » Krankenhäuser können ambulante Leistungen auch im Rahmen der integrierten Versorgungsmodelle anbieten. Die im Jahr 1993 eingeführten integrierten Versorgungsmodelle wurden vor allem in Folge der Gesundheitsreform aus dem Jahr 2004 ausgebaut. Es handelt sich dabei um eine Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern einer oder mehrerer Sektoren

**Tabelle 2: Krankheiten, die im Artikel 116 b SGB V aufgelistet sind (2019)**

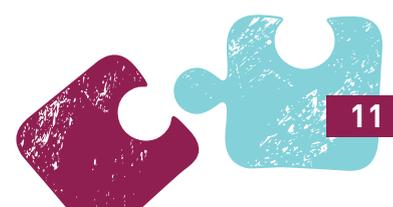
onkologische Erkrankungen	Tuberkulose	Marfan-Syndrom
rheumatische Erkrankungen	Mukoviszidose	Pulmonale Hypertonie
HIV/AIDS*	Hämophilie	Kurzdarmsyndrom
Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen*	Fehlbildungen, angeborene Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskuläre Erkrankungen	Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern
Multiple Sklerose*	schwerwiegende immunologische Erkrankungen	primär sklerosierende Cholangitis
zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)*	biliäre Zirrhose	Versorgung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselstörungen
komplexe Erkrankungen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie*	Morbus Wilson	Transsexualismus
Folgeschäden bei Frühgeborenen*	CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	Brachytherapie
Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3 – 4)*		
*Bei Krankheiten mit diesem Symbol sind Krankenhäuser nur in komplexen Fällen zu ambulanten Leistungen berechtigt.		

» Krankenhausärzte können individuell eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung erhalten (Artikel 116 SGB V). Die Berechtigung wird hauptsächlich Chefärztinnen und -ärzten erteilt und gilt nur für klar festgelegte Zeiten (d.h. außerhalb der Öffnungszeiten von Arztpraxen). Im Jahr 2012 verfügten fast 10.000 Ärztinnen und Ärzte über eine solche Ermächtigung (also im Durchschnitt weniger als 5 Ärztinnen und Ärzte pro Krankenhaus). Genauso können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unter bestimmten Bedingungen dazu befugt werden, Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern zu behandeln<sup>4</sup>. Im Jahr 2014 verfügten circa 5% der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte über eine solche Befugnis. Diese Regelung betrifft hauptsächlich chirurgische Fachgebiete mit geringen Fallzahlen in ländlichen Regionen, in denen es für ein Krankenhaus nicht rentabel wäre, eine Ärztin oder einen Arzt in Vollzeit einzustellen.

(z.B. ein Krankenhaus und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte). Diese Kooperationen sollen insbesondere die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen verbessern, deren Behandlung die Mitwirkung verschiedener Leistungserbringer erfordert. Sie stützen sich auf eine Vereinbarung zwischen Leistungserbringern und einer oder mehreren Krankenkassen. Die Teilnahme an einem integrierten Versorgungsmodell ermöglicht es dem Leistungserbringer, sich von der regulatorischen Abgrenzung zwischen den jeweiligen Sektoren zu lösen. Zum Beispiel wird ein Krankenhaus, das eine Vereinbarung mit einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt geschlossen hat, dazu befugt, ambulante Leistungen durchzuführen. Zurzeit zählt man in Deutschland mehr als 6000 Vereinbarungen für integrierte Versorgungsmodelle.

3 Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz trat zum 01.01.2012 eine geänderte Fassung des §116 b SGB V in Kraft. Seither können neben den Krankenhäusern auch Vertragsärzte zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassen werden.

4 Diese Regelung wird als „Belegarztssystem“ bezeichnet. In kleinen Krankenhäusern funktionieren z.T. Abteilungen ausschließlich auf dieser Basis. Diese werden dann „Belegabteilungen“ genannt. Die Belegärztin oder der Belegarzt wird nicht vom Krankenhaus vergütet, sondern rechnet direkt mit dem Versicherten gemäß der kassenärztlichen Tarifordnung ab. Die Leistungen des Krankenhauses (Bereitstellung der Ausrüstung etc.) werden den Krankenkassen oder den Patientinnen und Patienten separat in Rechnung gestellt.

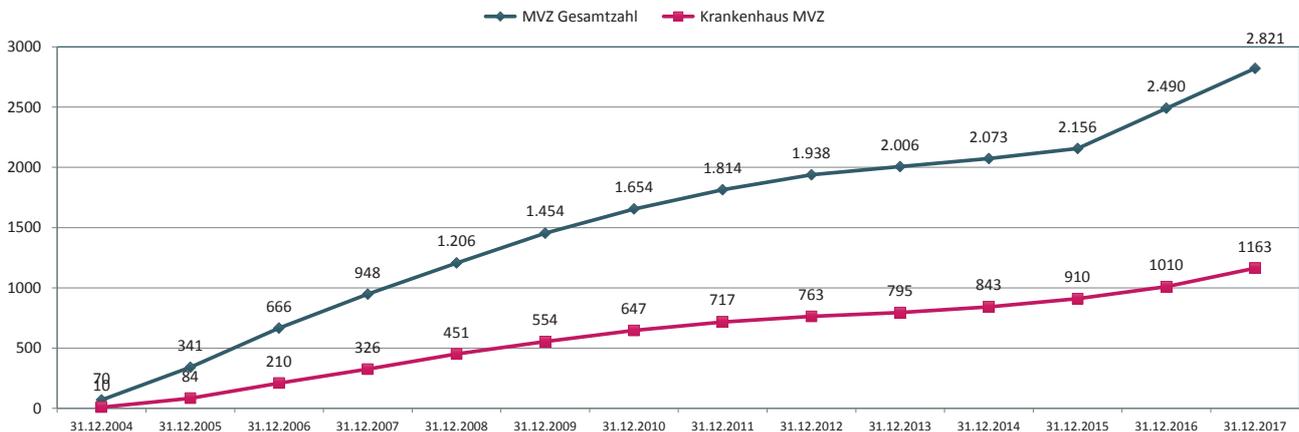


» Die Krankenhäuser sind ebenfalls befugt, medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Die im Jahr 2004 vom Gesetzgeber eingeführten MVZ (Artikel 95 SGB V) sind ambulante Einrichtungen, die über eine ärztliche Leitung verfügen und in denen mindestens zwei Ärztinnen oder Ärzte tätig sind. Im Jahr 2017 gab es in Deutschland 2821 MVZ, davon 1163 unter Beteiligung eines Krankenhauses (Grafik 1).

» den privaten Krankenhäusern, die von privaten Akteuren getragen werden.

Bezogen auf die Anzahl der Krankenhäuser haben die drei Kategorien 2017 ungefähr das gleiche Gewicht (Tabelle 3). Betrachtet man jedoch den Anteil der Betten nach Trägerschaft, wird deutlich, dass annähernd jedes zweite Bett (48,0%) in einem öffentlichen Krankenhaus steht<sup>5</sup>. Dies

Graphik 1: Entwicklung der Anzahl der MVZ zwischen 2004 und 2017



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren*, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017

### 3. TRÄGERSCHAFT UND RECHTSFORM DER KRANKENHÄUSER

Bezogen auf die Trägerschaft kann in Deutschland zwischen drei Krankenhauskategorien unterschieden werden:

- » den öffentlichen Krankenhäusern, die von öffentlichen Akteuren getragen werden. Meistens liegt die Trägerschaft bei den Kommunen und Landkreisen. Im Fall der Universitätsklinika sind es die Bundesländer;
- » den freigemeinnützigen Krankenhäusern, die von karitativen oder religiösen Körperschaften getragen werden;

erklärt sich dadurch, dass öffentliche Krankenhäuser durchschnittlich dreimal so groß (417 Betten im Durchschnitt) wie private Krankenhäuser (130 Betten im Durchschnitt).

Wie die Tabelle 3 zeigt, hat sich der Anteil der Krankenhäuser je nach Trägerschaft in den letzten zwanzig Jahren stark verändert. Der Anteil der privaten Krankenhäuser nahm stark auf Kosten der öffentlichen Einrichtungen zu, während der Anteil der freigemeinnützigen Krankenhäuser insgesamt stabil blieb. Der Anteil der Betten nach Trägerschaft ist in den letzten zehn Jahren ebenfalls eher stabil geblieben.

Tabelle 3: Anteil der Krankenhäuser und der Betten nach Trägerschaft

	Anteil der Krankenhäuser			Anteil der Betten		
	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat
1997	40,7%	40,7%	18%	-	-	-
2007	32,5%	37,8%	29,7%	49,4%	35%	15,6%
2017	28,8 %	34,1%	37,1%	48 %	33,2%	18,7 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017

<sup>5</sup> Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass die Mehrheit der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (die in Deutschland nicht zum Krankenhaussektor zählen) in privater Trägerschaft liegen: Im Jahr 2012 befanden sich 55% der Einrichtungen und 66% der Betten in privater Trägerschaft.



© Supawadee56 - Shutterstock.com

Der Anteil der Krankenhäuser nach Trägerschaft kann von Land zu Land sehr unterschiedlich ausfallen. Die Tabelle 4 vergleicht die Zahlen für Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz.

Zweckverband, Anstalt, Stiftung) oder *rechtlich unselbständig* (z. B. Regie- oder Eigenbetrieb).

» In *privatrechtlicher* Form (z. B. als GmbH) betriebene Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Träger-

**Tabelle 4: Anteil der Krankenhäuser nach Trägerschaft in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (2017)**

Land	Öffentlich	Freigemeinnützig	Privat
Baden-Württemberg	33,2%	24,2%	42,6%
Rheinland-Pfalz	19,6%	59,8%	20,6%

Quelle: Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1

**Tabelle 5: Die drei größten privaten Krankenhausgruppen in Deutschland (alle Tätigkeiten vereint 2015)**

Gruppe	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Patientinnen und Patienten	Anzahl der Mitarbeiter
HELIOS	111	4,5 Millionen	68 000
ASKLEPIOS	150	2,2 Millionen	45 000
SANA	50	1,8 Millionen	27 350

Quelle: FHP-MCO, Dossier „Où en est l'hospitalisation privée en Allemagne?“

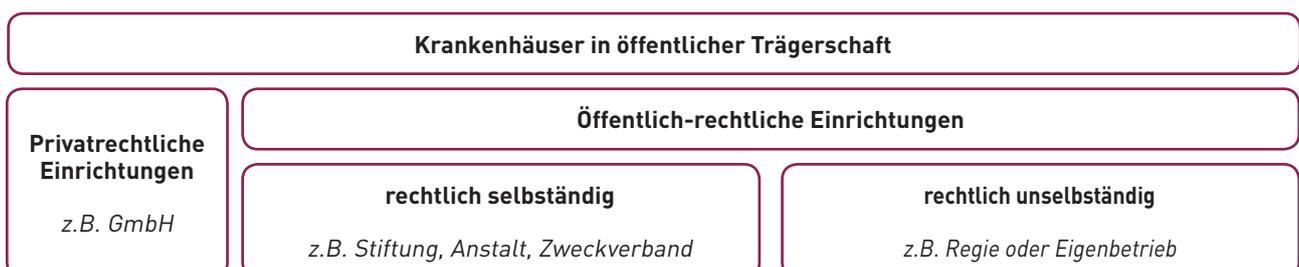
Die Krankenhäuser in privater Trägerschaft werden oft von größeren Krankenhausgruppen getragen (Tabelle 5).

Die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft können in öffentlich-rechtlicher oder in privatrechtlicher Form geführt werden (Grafik 2):

» Die in *öffentlich-rechtlicher* Form betriebenen Krankenhäuser sind entweder *rechtlich selbständig* (z. B.

schaft, wenn Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Bezirke, Kreise, Gemeinden), Zusammenschlüsse solcher Körperschaften (z.B. Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbände) oder Sozialversicherungsträger (z.B. Landesversicherungsanstalten oder Berufsgenossenschaften) unmittelbar oder mittelbar über mehr als 50 v. H. des Nennkapitals oder des Stimmrechts verfügen.

**Graphik 2: Rechtsformen der deutschen öffentlichen Krankenhäuser**

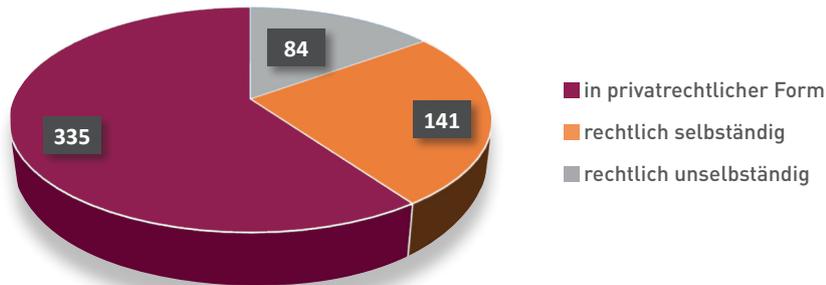


Ein großer Anteil der öffentlichen Krankenhäuser (59,8 % im Jahr 2017) wird in privatrechtlicher Form betrieben (Grafik 3). Dieser Anteil nimmt stark zu: Im Jahr 2002 betrug er nur 28,3%. Diese Zahlen zeigen, dass auch hier die Privatisierung weiter voranschreitet. Im Jahr 2006 wurde das Universitätsklinikum Gießen/Marburg als erstes Universitätsklinikum privatisiert. Es gehört heute zur Krankenhauskette Rhön Klinikum.

## 4. KRANKENHAUSPLANUNG

In Deutschland ist die Krankenhausplanung eine Kompetenz der Länder. Die Länder agieren hierbei im Rahmen des auf Bundesebene verabschiedeten Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Jedes Land verfügt über ein eigenes Landeskrankenhausgesetz, in welchem die Modalitäten der Krankenhausplanung und -finanzierung näher festgelegt

**Grafik 3: Aufteilung der Krankenhäuser und Betten des öffentlichen Sektors nach Rechtsform des Krankenhauses (2017)**



Quelle: Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017

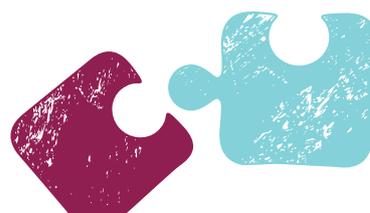
Die Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern ist in Deutschland weniger ausgeprägt als in anderen Ländern wie etwa in Frankreich. Dies kann durch folgende Elemente belegt werden:

- » In den Krankenhausplänen der Länder werden gleichermaßen öffentliche, private und freigemeinnützige Krankenhäuser aufgenommen (siehe Punkt 4).
- » Für alle Krankenhäuser, die in einem Krankenhausplan aufgenommen worden sind, gelten die gleichen Finanzierungsregeln, unabhängig von der Trägerschaft.
- » Ungeachtet der Trägerschaft steht das gesamte Personal der Krankenhäuser (einschließlich der Ärztinnen und Ärzte) im Anstellungsverhältnis. Dies ist ein großer Unterschied zu Frankreich, wo das Personal in den öffentlichen Krankenhäusern weitgehend verbeamtet ist.
- » Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, deren Bedeutung in diesem Themenheft mehrfach verdeutlicht wird, vertritt die Interessen aller Krankenhäuser unabhängig von deren Trägerschaft. Es gibt gleichwohl zahlreiche sektorische Krankenhausverbände, wie etwa den Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) oder den Verband der Universitätsklinika Deutschlands.

werden. Die jeweils zuständigen Ministerien sind die Sozialministerien der Länder (Ministerium für Soziales und Integration in Baden-Württemberg und Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie in Rheinland-Pfalz).

Das Hauptinstrument der Krankenhausplanung der Länder ist der Krankenhausplan. Die Krankenhauspläne werden vom zuständigen Ministerium in enger Zusammenarbeit mit dem Krankenhausplanungsausschuss erstellt. Die Zusammensetzung des Ausschusses ist in jedem Land unterschiedlich. In Baden-Württemberg sind die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenkassen, die Landesärzte- und Psychotherapeutenkammer, die Kassenärztliche Vereinigung, der Landkreis-, Städte- und Gemeindegtag sowie Patienten – und Gewerkschaftsvertreter im Krankenhausplanungsausschuss vertreten.

Ziel der Krankenhausplanung ist es, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen sicherzustellen. Die Krankenhauspläne bestimmen den Standort, die Gesamtplanbettanzahl und das Tätigkeitsprofil der Plankrankenhäuser. Je nach Land fällt die Planung mehr oder weniger detailliert aus (siehe nachstehend). Krankenhausplanung ist grundsätzlich eine Kapazitätsplanung: Die Krankenhauspläne legen keine Vorgaben



hinsichtlich der Fallzahlen fest. Jedes Krankenhaus kann unabhängig von der Art seiner Trägerschaft in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Aktuell sind 82% der Krankenhäuser in einem der 16 Krankenhauspläne aufgenommen.

Die Planungsmodalitäten sind je nach Bundesland unterschiedlich<sup>6</sup>:

- » In Rheinland-Pfalz wurde der aktuell gültige Krankenhausplan im Jahr 2018 für den Zeitraum 2019-2025 erlassen. In dem Krankenhausplan wird für 2019, sowie perspektivisch für 2025, für jedes Plankrankenhaus Folgendes festgelegt: Standort, Art und Anzahl der Fachrichtungen, Zahl der Betten sowie deren Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen. Krankenhäuser können auch innerhalb einer Fachrichtung spezifische Leistungen zugewiesen werden (z.B. Behandlung von Schlaganfällen)<sup>7</sup>.
- » In Baden-Württemberg stammt der aktuell gültige Krankenhausplan aus dem Jahr 2010. Im Gegensatz zu Rheinland-Pfalz hat sich das Sozialministerium 2010 dafür entschieden, von der Entwicklung langfristiger Prognosen abzusehen: Die Krankenhauskapazitäten sollen je nach Bedarf fortlaufend angepasst werden. Die Krankenhausplanung wird als kontinuierlicher Prozess betrachtet, in welchem zeitnah auf neue Entwicklungen, wie etwa den demografischen Wandel, medizinischen Fortschritt oder Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen reagiert werden soll. Ein weiterer

Unterschied zu Rheinland-Pfalz liegt darin, dass der Krankenhausplan den Krankenhäusern zwar Fachgebiete zuweist, die Verteilung der Betten auf die einzelnen Fachgebiete jedoch weitgehend den Krankenhäusern überlässt. Den Krankenhäusern können im Rahmen des Krankenhausplans oder durch sogenannte medizinische Fachplanungen spezifische Leistungen (Schlaganfallversorgung, Herzchirurgie usw.) zugewiesen werden. Dabei wird z.T. die Bettenzahl durch das Ministerium festgelegt.

Der Krankenhausplan weist auch die als bedarfsgerecht angesehenen und mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten aus.

Seit 1997 unterliegt die Anschaffung von kostspieligen Geräten, wie z.B. MRT oder Computertomografen für den stationären und den ambulanten Sektor keinem Planungs- oder Genehmigungsverfahren mehr.

Zur Gewährleistung der Versorgungsqualität sind bei einigen medizinischen Leistungen Mindestfallmengen festgelegt worden. Die betroffenen Leistungen werden in der Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – bestehend aus Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbands, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung – aufgelistet. In Tabelle 6 werden die von der Mindestmengenregelung betroffenen Leistungen dargestellt.

**Tabelle 6: Liste der medizinischen Leistungen, die einer Mindestmenge unterliegen (2019)**

Medizinische Leistungen	Mindestmenge pro Jahr und pro Krankenhaus
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Ösophagus-Eingriffe	10
Komplexe Pankreas-Eingriffe	10
Stammzellentransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothese	50
Versorgung von Frühgeborenen und Neugeborenen <1250 g	14
Koronarchirurgie <sup>8</sup>	-

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss, Mindestmengenregelungen, Mm-R, Version vom 5. Dezember 2018

6 Der Fokus auf Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz erklärt sich daraus, dass das trinationale Kompetenzzentrum TRISAN hauptsächlich in der grenzüberschreitenden Region Oberrhein tätig ist.  
 7 Die mehrjährige Planung schließt ständige Anpassungen der regionalen Versorgungsstrukturen und Aktualisierungen der stationären Planung nicht aus.  
 8 In der Liste aufgeführt, aber noch keine Mindestmenge festgelegt.



© venusvi - Shutterstock.com

## 5. KRANKENHAUSFINANZIERUNG

Die Krankenhausfinanzierung erfolgt in Deutschland nach dem Prinzip der «dualen Finanzierung»: die Investitionskosten werden grundsätzlich von den Ländern getragen, während die Betriebskosten (also alle Kosten, die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten entstehen) hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen und in geringerem Umfang von den privaten Versicherern und den Patientinnen und Patienten selbst (Selbstbeteiligungen) getragen werden.

### 5.1. Finanzierung der Investitionskosten

Bei allen Plankrankenhäusern kommt das Land für die Investitionskosten mit Steuermitteln auf. Dies gilt sowohl für Krankenhäuser in öffentlicher, freigemeinnütziger als auch privater Trägerschaft, die gleichbehandelt werden. Bei Krankenhäusern, die nicht in einem Krankenhausplan aufgenommen sind, aber mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einen Vertrag abgeschlossen haben (Vertragskrankenhäuser), werden Investitionen von Letzteren getragen (in diesem Fall spricht man von einer „monistischen Finanzierung“, siehe auch § 109 SGB V).

Die genauen Modalitäten der Investitionsfinanzierung variieren je nach Bundesland.

In Baden-Württemberg beispielsweise müssen die Plankrankenhäuser bei langfristigen Investitionen<sup>9</sup> in jedem Einzelfall einen Finanzierungsantrag bei dem zuständigen Ministerium stellen (Einzelförderung). Das Land kommt nur für Investitionen auf, die als notwendig und angemessen beurteilt werden: Ein Förderantrag kann

auch abgelehnt werden. Für kurzfristige Investitionen<sup>10</sup> erhalten die Plankrankenhäuser eine jährliche Pauschalförderung. Jedes Krankenhaus hat einen Anspruch darauf, sobald es in den Krankenhausplan aufgenommen worden ist. Die Pauschalförderung wird auf Grundlage verschiedener Kriterien wie der Bettenanzahl oder der Fallzahl berechnet<sup>11</sup>. Krankenhäuser, die eine Ausbildungsstätte betreiben, erhalten eine höhere Förderung. Die Güter mit einer Lebensdauer von unter 3 Jahren sowie die Wartungskosten werden als Betriebskosten betrachtet und als solche von den Krankenkassen finanziert.

Aufgrund von Haushaltseinschränkungen haben die Länder ihre Investitionsausgaben in den letzten 20 Jahren kontinuierlich reduziert. Diese Tendenz dürfte sich in den nächsten Jahren aufgrund der Schuldenbremse fortsetzen. In Baden-Württemberg wurden seit 2011 allerdings die Mittel für die Krankenhausinvestitionen deutlich erhöht.

### 5.2. Finanzierung der Betriebskosten

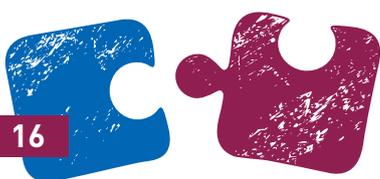
Die Betriebskosten der Krankenhäuser werden größtenteils von den gesetzlichen Krankenkassen getragen. Sie werden in geringerem Umfang ebenfalls von den privaten Versicherern und von den Patientinnen und Patienten selbst (Selbstbeteiligungen) getragen.

Bei den Plankrankenhäusern und den Universitätskliniken sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Erstattung der Kosten verpflichtet. Die anderen Krankenhäuser können mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Vereinbarungen über die Kostenübernahme treffen.

<sup>9</sup> Es handelt sich dabei insbesondere um Investitionen in Neubauten oder Erweiterungen eines Krankenhauses (einschließlich aller für den Betrieb erforderlichen Geräte) sowie um Investitionen in Geräte mit einer Lebensdauer von über 15 Jahren.

<sup>10</sup> Es handelt sich dabei hauptsächlich um Investitionen in Ausrüstungen mit einer Lebensdauer von 3 bis 15 Jahren und um kleinere Bauarbeiten.

<sup>11</sup> Seit der Reform des Jahres 2009 besteht die jährliche Pauschalförderung aus einer Grundpauschale und einer Leistungspauschale. Die Grundpauschale wird auf Grundlage der im Krankenhausplan vorgesehenen Bettenzahl berechnet. Die Leistungspauschale wird hauptsächlich auf Grundlage der Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten berechnet.



Das Abrechnungsverfahren für stationäre Krankheitsfälle stützt sich weitgehend auf das Klassifikationssystem der Diagnosis Related Groups (DRG). Dieses System wurde seit dem Jahr 2004 schrittweise eingeführt, um die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser zu erhöhen und mehr Transparenz bei der Krankenhausplanung zu schaffen. Es findet Anwendung bei der Mehrzahl der zugelassenen Krankenhäuser. Für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gibt es ein gesondertes Entgeltsystem.

Dabei werden die Patientinnen und Patienten anhand medizinischer Daten in verschiedene Fallgruppen (DRG) eingeteilt, die wesentliche Ähnlichkeiten wie Haupt- und Nebendiagnosen, Prozedurenkodes oder demographische Variablen aufweisen. Die Differenzierung erfolgt aufgrund des in der Vorperiode ermittelten typischen Aufwandes (Behandlungskosten). Diese Fallgruppen werden mit einer sogenannten Bewertungsrelation oder Relativgewicht bewertet, in der sich die unterschiedlichen Behandlungskosten der jeweiligen Fallgruppe im Vergleich zum durchschnittlichen Ressourcenverbrauch aller DRG-Fälle widerspiegeln. Aus der Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem länderindividuellen Landesbasisfallwert ergibt sich der Erlös für den jeweiligen Fall.

Neben der Mehrzahl der DRGs, die auf Bundesebene gewichtet werden, gibt es auch noch krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Pauschalen. Zudem gibt es beispielsweise Zusatzentgelte für bestimmte Verfahren oder Medikamente und Abrechnungsmöglichkeiten für innovative Behandlungsformen.

Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des DRG-Systems wurden von den Selbstverwaltungspartnern im Gesundheitswesen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung) dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (INEK) übertragen. Das INEK ist insbesondere mit der Aktualisierung der Fallgruppen und Kodierrichtlinien und der Kalkulation der verschiedenen DRGs beauftragt.

Vor Ort verhandeln die Krankenhäuser jedes Jahr mit den Landesverbänden der Krankenkassen ein Erlösbudget. Üblicherweise nehmen nur Krankenkassen an den Verhandlungen teil, deren Mitglieder mehr als 5% der Patientinnen und Patienten des Krankenhauses ausmachen. Die Einhaltung des Budgets wird durch eine Regulierung im Jahr n+1 gewährleistet. Die Krankenhäuser werden somit stark dazu angeregt, den Budgetrahmen einzuhalten.

## 6. GESCHÄFTSLEITUNG DER KRANKENHÄUSER

Die interne Leitung in Krankenhäusern kann je nach Krankenhaus unterschiedlich ausfallen. Die Geschäftsleitung eines Krankenhauses besteht üblicherweise aus einem Verwaltungsdirektor/einer Verwaltungsdirektorin (auch Kaufmännischer Direktor/Kaufmännische Direktorin oder Geschäftsführer/in genannt), einem Ärztlichen Direktor/einer Ärztlichen Direktorin und einem Pflegedirektor/einer Pflegedirektorin. Eine solche Zusammensetzung wird im Krankenhausgesetz des Saarlandes explizit vorgeschrieben. Dieses Gesetz legt außerdem die genauen Aufgaben der Mitglieder der Geschäftsleitung fest, wobei die Krankenhäuser diese Aufgaben in ihrer Geschäftsordnung neu definieren können. Im Gegensatz dazu gibt es in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz keine gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Geschäftsleitung der Krankenhäuser, wodurch den Krankenhäusern und/oder den Personen, die die Stellen besetzen, ein großer Spielraum eingeräumt wird.

Sowohl in den öffentlichen und freigemeinnützigen als auch in den privaten Krankenhäusern wird der Verwaltungsdirektor/die Verwaltungsdirektorin direkt vom Krankenhausträger eingestellt. Laut dem Krankenhausbarometer 2015 der DKG hat die große Mehrheit der Verwaltungsdirektorinnen und Verwaltungsdirektoren (85%) einen kaufmännischen Abschluss. Ein Drittel der Verwaltungsdirektorinnen und Verwaltungsdirektoren haben einen befristeten Arbeitsvertrag (in der Regel für einen Zeitraum von 5 Jahren). Je nach Größe des Krankenhauses lassen sich jedoch erhebliche Unterschiede feststellen: Der Anteil der Verwaltungsdirektorinnen und Verwaltungsdirektoren mit befristetem Arbeitsvertrag liegt bei den Krankenhäusern mit weniger als 300 Betten bei ca. 20%, bei Krankenhäusern mit 300 bis 600 Betten bei 40% und bei Krankenhäusern mit mehr als 600 Betten bei 70%.

In den kleinen und mittelgroßen Krankenhäusern wird das Amt des Ärztlichen Direktors/der Ärztlichen Direktorin meistens nebenberuflich von einem Chefarzt/einer Chefarztin der Klinik ausgeübt, der/die aus der Riege der leitenden Ärzte/innen und Chefarzte/innen der Klinik für einen befristeten Zeitraum rekrutiert wird. Viele größere Krankenhäuser oder Universitätskliniken beschäftigen einen hauptamtlichen Ärztlichen Direktor/eine hauptamtliche Ärztliche Direktorin, der bzw. die nebenbei keine ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus mehr ausübt, sondern sich ausschließlich auf das Management konzentriert.

## 7. QUELLEN / WEITERFÜHRENDE LITERATUR

### GESETZESTEXTE

- » Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz
- » Krankenhausplan Baden-Württemberg (2010)
- » Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg
- » Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz
- » Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz (2018)
- » Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V (Stand 2017)

### BERICHTE/STUDIEN

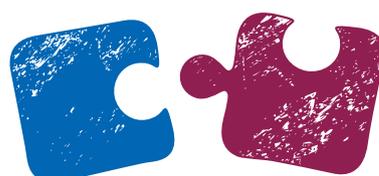
- » Busse, Rheinhard/ Blümel Miriam, *Germany - Health system Review*, Health Systems in Transition Vol 16 No. 2, 2014

### STATISTIKEN

- » Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser*, Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2017
- » OECD, *OECD Health Statistics: Health care utilisation, Length of hospital stay*, <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm> (zuletzt am 15/02/2019 abgerufen)
- » Kassenärztliche Bundesvereinigung, *Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren*, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2017
- » Deutsche Krankenhausgesellschaft, *Krankenhausbarometer*, Umfrage 2015

### INTERNETSEITEN

- » Offizielle Seite des Bundesministeriums für Gesundheit
- » Offizielle Seite des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg
- » Offizielle Seite des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
- » Offizielle Seite der Deutschen Krankenhausgesellschaft









## Der Krankenhaussektor in Frankreich

**Konzeption und inhaltliche Koordinierung:**

- Anne Dussap (TRISAN),
- Astrid Dacquin (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN).

**Redaktion:**

- Eddie Pradier (TRISAN),
- Jérémy Presle (TRISAN).

**Fachlektorat:**

- Christophe Masutti, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg,
- Anne Muller, Agence régionale de santé Grand Est,
- Jean Thomann, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

**Übersetzung:**

- Michael Lörch.

**Gestaltung:**

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN ist ein trinationales Kompetenzzentrum zur Optimierung der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich am Oberrhein. Das Kompetenzzentrum wurde im Rahmen eines Projekts geschaffen, das von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen wurde und durch das Programm INTERREG V Oberrhein kofinanziert wird. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Ebenfalls an dem Projekt beteiligt sind: die ARS Grand Est, das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, das Regierungspräsidium Karlsruhe, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, das Gesundheitsdepartement von Basel-Stadt, die Kantone Basel-Stadt, Basel-Land, Aargau und die Schweizerische Eidgenossenschaft.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

<b>Der Krankenhaussektor in Frankreich</b>	<b>21</b>
1. Die französischen Krankenhäuser in Zahlen .....	24
2. Abgrenzung des Krankenhaussektors .....	25
3. Rechtsform der Krankenhäuser .....	26
4. Krankenhausplanung .....	28
5. Krankenhausfinanzierung .....	29
5.1. Finanzierung der Akutversorgung .....	29
5.2 Finanzierung von Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege .....	30
6. Interne Leitung der Krankenhäuser .....	30
7. Quellen / Weiterführende Literatur .....	31

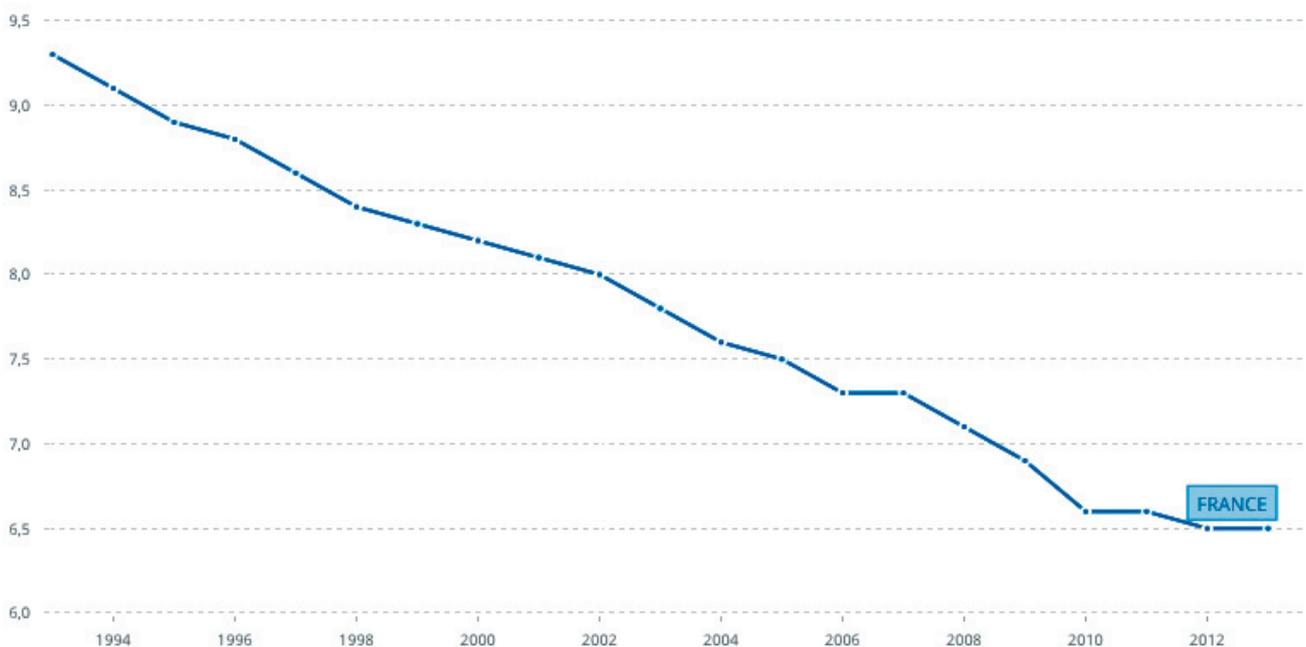
## 1. DIE FRANZÖSISCHEN KRANKENHÄUSER IN ZAHLEN

Im Jahr 2017 gab es in Frankreich 3044 Krankenhäuser<sup>1</sup> mit insgesamt 400 000 Betten in der vollstationären Versorgung (*hospitalisation complète*) und 75 000 Plätzen in der ambulanten bzw. teilstationären Versorgung (*hospitalisation partielle*)<sup>2</sup>.

Die Anzahl der Betten nahm in den letzten zwanzig Jahren stark ab: Sie sank von 9,3 Betten pro 1000 Einwohner im Jahr 1993 auf 6,5 Betten pro 1000 Einwohner im Jahr 2013

(Grafik 1). Die Reduzierung der Bettenanzahl ging mit der Abnahme der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer einher. Im Jahr 2015 betrug letztere 5,7 Tage in der Akutversorgung<sup>3</sup>. Parallel dazu ist die Anzahl der Plätze in der ambulanten und teilstationären Krankenhausversorgung (*hospitalisation partielle*) stark angestiegen. Sie stieg von 14 000 Plätzen im Jahr 2004 auf 75 000 Plätze im Jahr 2017<sup>4</sup>. Diese Entwicklungen lassen sich u.a. auf den medizinisch-technischen Fortschritt, die Entwicklung der ambulanten Chirurgie und die Verbesserung des Entlassmanagements zurückführen.

Grafik 1: Entwicklung der Anzahl von Betten pro 1000 Einwohner in Frankreich zwischen 1993 und 2013



Quelle: La Banque mondiale, *Lits d'hôpital pour 1000 personnes*<sup>5</sup>

1 Es handelt sich dabei um die Anzahl der Standorte.

2 Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES), 2018, *Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017, Études et Résultats*, n°1084, Drees, octobre 2018.

3 OCDE (2019), *Durée de séjour à l'hôpital* (indicateur). doi: 10.1787/21a7ca2b-fr (zuletzt am 19/02/2019 abgerufen).

4 Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES), *Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017, Études et Résultats*, n°1084, Drees, octobre 2018.

5 <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.BEDS.ZS?end=2013&locations=FR&start=1975&vie w=chart> (zuletzt am 19/02/2019 abgerufen).

## 2. ABGRENZUNG DES KRANKENHAUSESEKTORS

In Frankreich wird zwischen zwei Arten von Krankenhausaufenthalten unterschieden<sup>6</sup>:

- » *Hospitalisation complète* (vollstationäre Versorgung), d.h. ein Aufenthalt mit einer oder mehreren Übernachtungen;
- » *Hospitalisation partielle* (ambulante bzw. teilstationäre Versorgung): Es handelt sich um Krankenhausaufenthalte ohne Übernachtung. Der Begriff „*hospitalisation partielle*“ umfasst die ambulante Chirurgie (*chirurgie ambulatoire*) und die Versorgung in einem „*hôpital de jour*“. Das *hôpital de jour* ist ein Krankenhaus oder eine Krankenhausabteilung, die den Patienten eine multidisziplinäre medizinische Versorgung (Untersuchungen zur Diagnose von Krankheiten, Schlussfolgerungen bezüglich der Überwachung chirurgischer Eingriffe und Behandlungen, medizinische Behandlungen...) ganz- oder halbtags anbietet.

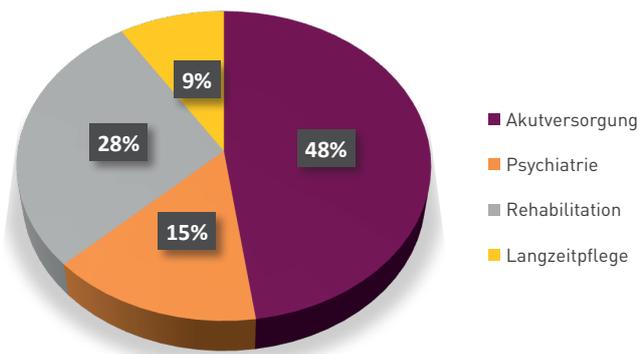
Weiterhin wird zwischen folgenden Versorgungsarten unterschieden:

- » Akutversorgung („*Médecine, Chirurgie, Obstétrique – MCO*“): Es handelt sich um die Behandlung der akuten Phase einer Erkrankung.

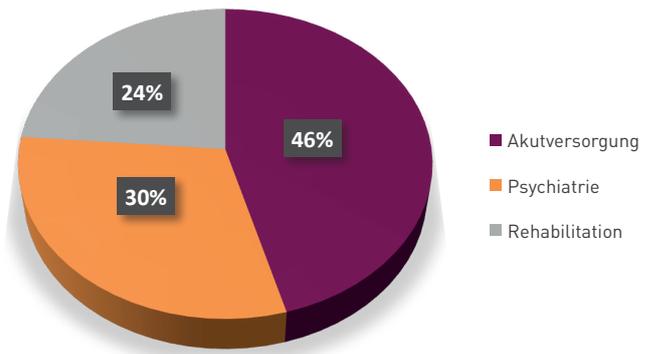
- » Rehabilitation („*soins de suite ou de réadaptation – SSR*“): Es handelt sich um Behandlungsmaßnahmen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung des Patienten/der Patientin nach einer Erkrankung oder einem Unfall. Patienten/innen können entweder direkt (etwa beim Vorliegen von chronischen Krankheiten) oder nach einem Aufenthalt in der Akutversorgung aufgenommen werden. Die Rehabilitation erfolgt entweder in einer Reha-Klinik oder in einem Krankenhaus, das auch Akutversorgung leistet. Anders als in Deutschland gehören die Reha-Kliniken zum Krankenhaussektor.
- » Langzeitpflege („*Soins de longue durée – SLD*“): Diese Tätigkeit betrifft Patienten/innen mit schweren Erkrankungen, deren Zustand eine kontinuierliche medizinische Betreuung und eine Weiterbehandlung erfordert. Die Krankenhausabteilungen für Langzeitpflege werden („*Unités de soins de longue durée – USLD*“) genannt. Die Langzeitpflege erfolgt ausschließlich vollstationär.
- » Psychiatrie: Diese Art der Versorgung wird entweder in psychiatrischen Kliniken oder in Krankenhäusern, die u.a. im psychiatrischen Bereich tätig sind, geleistet.

Die Grafiken 2 und 3 stellen den Anteil der jeweiligen Versorgungsart (in Tagen) im Rahmen der vollstationären und der ambulanten/teilstationären Versorgung im Jahr 2016 dar.

**Grafik 2: Anteil der Aufenthaltstage im Krankenhaus je Versorgungsart 2016 (vollstationäre Versorgung)**



**Grafik 3: Anteil der Aufenthaltstage im Krankenhaus je Versorgungsart 2016 (ambulante und teilstationäre Versorgung)**



Quelle (Zahlen) : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Les établissements de santé*, édition 2018

<sup>6</sup> Hinzu kommen die sogenannten „*consultations externes*“. Dies entspricht der vertragsärztlichen Versorgung durch ermächtigte Ärzte/innen.

Neben der vollstationären und der ambulanten/teilstationären Versorgung im Krankenhaus soll an dieser Stelle auch die sogenannte „hospitalisation à domicile - HAD“ erwähnt werden. Die HAD ist eine Alternative zur vollstationären Versorgung. Die Behandlungen werden am Wohnort des Patienten/der Patientin (private Wohnung oder Alten- bzw. Pflegeheim) durchgeführt und erfolgen durch ein multidisziplinäres Team (Arzt/Ärztin, Krankenpfleger/innen, Rehabilitationsmediziner/innen, Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen). Die HAD-Behandlungen unterscheiden sich von den Leistungen der ambulanten Pflegedienste durch ihre Komplexität sowie durch die Rolle der Ärzte/innen. 25% der durchgeführten Behandlungen sind palliative Behandlungsmaßnahmen, bei 20% handelt es sich um das Wechseln komplexer Verbände. Die HAD-Behandlungen können durch Krankenhäuser aber auch durch weitere zugelassene Einrichtungen gewährleistet werden.

Die Pflegeheime zählen nicht zum Krankenhaussektor: sie werden aber zum Teil von Krankenhäusern getragen. Die Ausbildungseinrichtungen im Bereich Pflege sind in der Regel ebenfalls an Krankenhäuser angegliedert.

### 3. RECHTSFORM DER KRANKENHÄUSER

Bei der Rechtsform der Krankenhäuser wird zwischen 3 Hauptkategorien unterschieden:

- » Öffentliche Krankenhäuser (*Hôpitaux publics de santé*): Es handelt sich um autonome Einrichtungen des öffentlichen Rechts. Frankreich zählte 1363 öffentliche Krankenhäuser im Jahr 2017. Es wird unterschieden zwischen:

- den *Centres hospitaliers régionaux (CHR)*. Als Maximalversorger gewährleisten sie sowohl die Regelversorgung der lokalen Bevölkerung als auch die hochspezialisierte Versorgung für die gesamte Region;
- den *Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHU oder CHRU)*. Sie gehören zu den CHR, die eine Vereinbarung mit einer Universität abgeschlossen haben und somit als Uniklinikum gelten. Die CHU oder CHRU sind maßgeblich an der Ausbildung ärztlichen Personals und an der klinischen Forschung beteiligt;
- den *Centres hospitaliers (CH)*. Sie sind hauptsächlich an der akuten Regel- bzw. Schwerpunktversorgung beteiligt;
- den *Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie*. Es handelt sich um psychiatrische Kliniken;
- weiteren Einrichtungen, die größtenteils auf die Langzeitpflege spezialisiert sind.

Die *Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)*: Es handelt sich um freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Einrichtungen wie Vereinen, Kirchen, Krankenkassen usw. getragen werden. Frankreich zählte 680 ESPIC im Jahr 2017, darunter 21 Krebszentren.

Die *établissements de santé privés à but lucratif* (private Krankenhäuser), die auch „*cliniques*“ genannt werden. Es handelt sich um autonome Einrichtungen privaten Rechts. Frankreich zählte 1 001 private Krankenhäuser im Jahr 2017. Bei der Hälfte handelt es sich um Akutkrankenhäuser und zu einem Drittel um Reha-Kliniken. Bei circa 15% handelt es sich um psychiatrische Kliniken.

Grafik 4 : Klassifizierung der Krankenhäuser nach Rechtsform



Quelle (Zahlen): Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES), *Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé [SAE] 2017*, Études et Résultats, n°1084, Drees, octobre 2018.



In Frankreich ist der Begriff „Trägerschaft“ unbekannt. Die Einstufung der Krankenhäuser als öffentliches, freigemeinnütziges oder privates Krankenhaus ergibt sich aus der Rechtsform des Krankenhauses.

Die Unterscheidung zwischen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern spiegelt sich u.a. im personalrechtlichen Status wider:

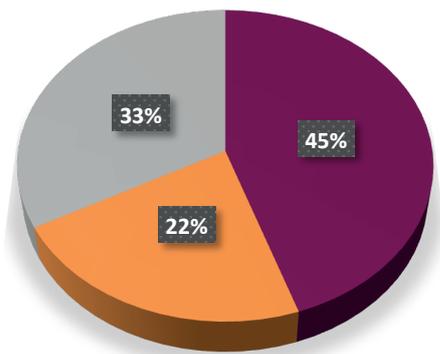
- » In öffentlichen Krankenhäusern besteht das Personal überwiegend aus Beamten bzw. Angestellten des öffentlichen Dienstes. Dies gilt sowohl für die Ärzteschaft und die Pflegefachkräfte als auch für die Verwaltung.
- » In privaten Krankenhäusern handelt es sich beim Pflege- und Verwaltungspersonal hauptsächlich um privatrechtliche Angestellte. Die Ärzte arbeiten aber hauptsächlich freiberuflich.

» In freigemeinnützigen Krankenhäusern besteht das Personal hauptsächlich aus privatrechtlichen Angestellten (einschließlich des ärztlichen Personals).

Anders als in Deutschland, gibt es in Frankreich keinen Verband, der alle Krankenhäuser vertritt, wie dies bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft der Fall ist. Öffentliche, freigemeinnützige und private Krankenhäuser haben jeweils ihren eigenen Verband.

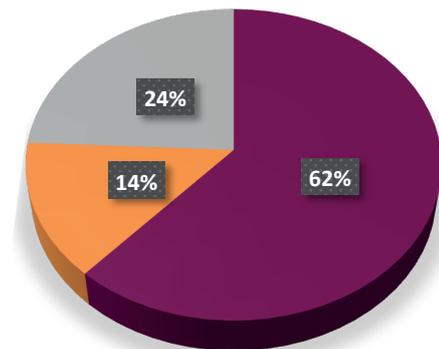
Im Jahr 2017 waren 45% der Krankenhäuser öffentliche Krankenhäuser, 33% private Krankenhäuser und 22% freigemeinnützige Krankenhäuser (Grafik 5). Hinsichtlich der Anzahl der Betten und der Plätze ist der Anteil der öffentlichen Krankenhäuser noch größer (Grafiken 6 und 7). Die Verteilung der Betten und Plätze nach der Rechtsform der Krankenhäuser ist seit 1998 eher stabil geblieben. Es lässt sich dennoch ein leichter Rückgang des Anteils in den öffentlichen Krankenhäusern zugunsten der privaten Krankenhäuser feststellen.

**Grafik 5: Anteil der Krankenhäuser (Standorte) nach Rechtsform 2017**



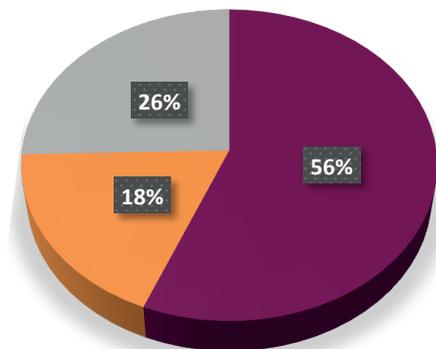
■ Öffentliche Krankenhäuser  
 ■ Freigemeinnützige Krankenhäuser  
 ■ Private Krankenhäuser

**Grafik 6: Anteil der Betten (vollstationäre Versorgung) nach Rechtsform 2017**



■ Öffentliche Krankenhäuser  
 ■ Freigemeinnützige Krankenhäuser  
 ■ Private Krankenhäuser

**Grafik 7: Anteil der Plätze (ambulante und teilstationäre Versorgung) nach Rechtsform 2017**



■ Öffentliche Krankenhäuser  
 ■ Freigemeinnützige Krankenhäuser  
 ■ Private Krankenhäuser

Quelle (Zahlen): Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES), *Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017*, Études et Résultats, n°1084, Drees, octobre 2018.

Neben der Unterscheidung zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäusern wird im *Code de la santé publique* (Gesetzbuch für Öffentliche Gesundheit) ein sogenannter „*service public hospitalier*“ (öffentliche Krankenhausversorgung) festgeschrieben. Die beteiligten Krankenhäuser müssen bestimmte Anforderungen erfüllen, etwa die Einhaltung der vertraglichen Tarife oder die Sicherstellung der Patientenversorgung rund um die Uhr (*permanence de prise en charge*). Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser müssen den „*service public hospitalier*“ sicherstellen. Private Einrichtungen können dies auf Anfrage tun.

## 4. KRANKENHAUSPLANUNG

In Frankreich obliegt die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung dem Staat. Die Umsetzung erfolgt jedoch auf regionaler Ebene durch die *Agences régionales de santé* (ARS; regionale Gesundheitsbehörden), die nach den Vorgaben des französischen Ministeriums für Gesundheit handeln. Die ARS haben u.a. die Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den Akteuren des Gesundheitswesens, den sogenannten *Projet régional de santé* (PRS; regionalen Gesundheitsplan) aufzustellen. Dieser deckt sowohl die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung (niedergelassener Bereich, Krankenhäuser) als auch den Bereich der Pflege ab. Der PRS besteht aus den folgenden Teilen:

- » *Cadre d'orientation stratégique* (COS; Strategischer Orientierungsrahmen), welcher die strategischen Ziele festlegt. Der COS ist auf 10 Jahre angelegt;
- » *Schéma régional de santé* (SRS; Regionales Gesundheitsschema), welches auf fünf Jahre angelegt ist. Auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse und einer Bestandsaufnahme werden in diesem Schema die Entwicklungsprognosen und die operativen Ziele für alle Versorgungsbereiche aufgestellt. Die *Agence régionale de santé* legt ebenfalls bestimmte Gebiete (*territoires de santé*) fest, für die jeweils spezifische Ziele gelten. In den Grenzregionen muss dieses Schema eine grenzüberschreitende Komponente enthalten;
- » *Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies* (PRAPS; Regionales Programm für den Zugang zur Prävention und zur Versorgung hilfsbedürftiger Personen).

Für den Krankenhaussektor legt das *Schéma régional de santé* für alle Krankenhäuser (unabhängig von ihrer Rechtsform) Folgendes fest:

- » das Leistungsspektrum der Krankenhäuser (z.B. Angebot/Einstellung einer Leistung; Anschaffung von Großgeräten);

- » quantitative und qualitative Ziele des Versorgungsangebots der Krankenhäuser, sowohl im Hinblick auf die Leistungen als auch hinsichtlich der Großgeräte;
- » Zusammenlegungen und Kooperationen zwischen Einrichtungen.

Die Umsetzung des PRS erfolgt insb. durch die Erteilung von Genehmigungen durch den Leiter/die Leiterin der ARS. Genehmigungspflichtig sind insb. die Gründung eines neuen Krankenhauses, das Angebot einer neuen Leistung sowie die Anschaffung von Großgeräten (s. nachfolgende Liste). Die Genehmigungen gelten 5 Jahre (erneut verlängerbar). Für einige Leistungen wurden Mindestschwellen festgelegt, zum Beispiel für die Geburtshilfe (mindestens 300 Geburten pro Jahr).

### Genehmigungspflichtige Leistungen und Großgeräte laut des *Code de la santé publique* (Gesetzbuch für Öffentliche Gesundheit)

#### Genehmigungspflichtige Leistungen:

- Medizin;
- Chirurgie;
- Gynäkologie/Geburtshilfe, Neonatologie, neonatale Reanimation;
- Psychiatrie;
- Rehabilitation;
- Langzeitpflege;
- Transplantation von Organen und hämatopoetischen Zellen;
- Behandlungen von Schwerstbrandverletzten;
- Herzchirurgie;
- Endovaskuläre interventionelle Tätigkeiten mit medizinischen Bildgebungsverfahren in der Kardiologie;
- Neurochirurgie;
- Endovaskuläre interventionelle Tätigkeiten in der Neuroradiologie;
- Notfallmedizin;
- Reanimation;
- Behandlung von Niereninsuffizienz durch Dialyse;
- Klinische und biologische Maßnahmen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung und biologische Tätigkeiten zur pränatalen Diagnostik;
- Krebsbehandlungen;
- Untersuchung der genetischen Eigenschaften einer Person oder Identifizierung einer Person durch genetische Fingerabdrücke für medizinische Zwecke.

#### Genehmigungspflichtige Großgeräte:

- Gammakamera mit oder ohne Positronenemissionstomograph, Emissionstomograph, Positronenkamera;
- Gerät für bildgebende Verfahren oder Kernspinresonanzspektroskopie für den klinischen Gebrauch;
- Computer-Tomograph für den medizinischen Gebrauch;
- Überdruckkammer;
- Zyklotron für den medizinischen Gebrauch.

Als weiteres wichtiges Instrument der Krankenhausplanung sollen an dieser Stelle die *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* (CPOM; mehrjährige Vereinbarungen über Ziele und Mittel) erwähnt werden, welche für 5 Jahre zwischen der ARS und den jeweiligen Krankenhäusern geschlossen werden. In diesen Vereinbarungen wird Folgendes festgelegt:

- » die strategischen Orientierungen der Krankenhäuser auf Grundlage des *Projet régional de santé*;
- » die Standorte;
- » die genehmigten Leistungen und Großgeräte;
- » die Gemeinwohlaufgaben (*missions de service public*);
- » die gewährten Finanzmittel;
- » Ziele hinsichtlich der Versorgungsqualität und -sicherheit;
- » eine Regulierung der Ausgaben auf Grundlage medizinischer Kriterien.

Die Krankenhausplanung erfolgt auch durch die Schaffung von Kooperationsinstrumenten, anhand derer sich die Krankenhäuser in bestimmten Bereichen gegenseitig ergänzen können. Ein Beispiel hierfür sind die sogenannten *Groupements hospitaliers de territoire* (GHT). Es handelt sich um regionale Krankenhausverbände, an welchen die öffentlichen Krankenhäuser eines bestimmten Gebietes (obligatorisch) beteiligt sind. Die GHT haben keine eigene Rechtspersönlichkeit; die Einrichtungen bleiben eigenständig. Die GHT legen gemeinsame Versorgungskonzepte fest, um eine optimale Aufteilung der Leistungen auf die verschiedenen Versorgungsstufen (Regel-, Schwerpunkt- und hochspezialisierte Versorgung) sicherzustellen. Innerhalb solcher Krankenhausverbände können auch Support-Funktionen (Einkäufe, Informationssysteme usw.) zusammengelegt werden.

## 5. KRANKENHAUSFINANZIERUNG

In Frankreich werden die Krankenhäuser zu 90% durch die Krankenkassen und zu 10% durch die Patienten selbst bzw. deren Zusatzkrankenversicherung (*assurance complémentaire*) finanziert. Bei der Finanzierung durch die Krankenkassen muss man zwischen der Akutversorgung und den anderen Versorgungsarten unterscheiden.

### 5.1. Finanzierung der Akutversorgung

Die Finanzierungsmodalitäten bei der Akutversorgung sind für alle Krankenhäuser unabhängig von deren Rechtsform dieselben. Es wird zwischen drei Finanzierungsarten unterschieden: Fallpauschalen, Pauschalzuweisungen und gemischte Finanzierung aus Fallpauschalen/Pauschalzuweisungen.

#### » Fallpauschalen

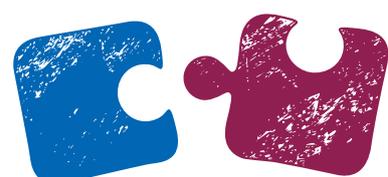
Der größte Teil der Ausgaben in der Akutversorgung wird im Rahmen eines Fallpauschalensystems finanziert. Jeder Krankenhausaufenthalt wird einer sogenannten *groupe homogène de malades* (GHM; Fallgruppe) zugeordnet, in welcher die Aufenthalte mit ähnlichen finanziellen und medizinischen Eigenschaften zusammengefasst werden. Für jede Fallgruppe (GHM) wird ein Vergütungstarif (GHS - Groupe homogène de séjour), festgelegt. Es gibt unterschiedliche Tarife für die öffentlichen und für die privaten/freigemeinnützigen Krankenhäuser. In beiden Fällen werden die Tarife vom französischen Ministerium für Gesundheit festgelegt. Durch die Fallpauschalen wird der größte Teil der Ausgaben der Krankenhäuser finanziert.

Um die Ausgaben für besonders kostenintensive Medikamente und medizinische Produkte abzudecken, sind Zusatzzahlungen vorgesehen.

#### » Pauschalzuweisungen

Die Finanzierung durch Pauschalzuweisungen betrifft in erster Linie Gemeinwohlaufgaben (*missions d'intérêt général*, MIG), wie z. B.:

- Aufgaben in den Bereichen Lehre, Forschung und Innovation (*missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation*; MERRI);
- die Wahrnehmung von Aufgaben des Öffentlichen Dienstes durch die Krankenhäuser (z.B. Rettungsdienste oder HIV-Tests);
- die Teilnahme an der Konzipierung und/oder der Umsetzung politischer Strategien (z. B. internationale Zusammenarbeit im Krankenhausbereich);
- Leistungen für bestimmte Bevölkerungsschichten (Gefängnisinsassen, einkommensschwache Patienten/innen, usw.).



Hinzu kommen die sogenannten *Aides à la contractualisation* (AC). Es handelt sich um punktuelle bzw. vorübergehende Fördermittel, damit die Krankenhäuser die Anpassungen ihres Leistungsspektrums finanzieren können, wie z.B. das Angebot einer neuen Leistung oder die Aufrechterhaltung einer verlustbringenden Leistung).

Das Gesamtbudget für Pauschalzuweisungen wird vom Staat festgelegt. Die *Agences régionales de santé* weisen die Finanzmittel anschließend den Krankenhäusern ihres Zuständigkeitsgebiets auf der Grundlage der *Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens* zu.

#### » Gemischte Finanzierung

Für einige Leistungen ist eine gemischte Finanzierung bestehend aus einer (jährlichen) Pauschalzuweisung und Fallpauschalen vorgesehen. Die von dieser Finanzierungsart betroffenen Leistungen werden im *Code de la santé publique* festgelegt:

- Notaufnahme und -behandlung;
- Organentnahme;
- Organ- und Knochenmarktransplantation.

So wird beispielsweise jede Notaufnahme finanziert durch:

- einen *Forfait annuel des urgences* (FAU): Es handelt sich um eine jährliche Notaufnahmepauschale, die die Mindestbetriebskosten der Notaufnahme abdeckt. Diese Pauschale besteht aus einer Grundzuwendung, die alle 2500 Patientenfälle schrittweise erhöht wird;
- einen *Forfait accueil et traitement des urgences* (ATU): Es handelt sich um Fallpauschalen im Rahmen der Notaufnahme. Jede Einweisung in die Notaufnahme unterliegt einem Tarif, der auf staatlicher Ebene für alle Krankenhäuser festgelegt wird;
- die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen auf Grundlage der Tarife der vertragsärztlichen Versorgung.

## 5.2. Finanzierung von Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege

Für die Psychiatrie, die Rehabilitation (SRR) und die Abteilungen für Langzeitpflege (USLD) gestalten sich die Finanzierungsmodalitäten je nach Rechtsform des Krankenhauses unterschiedlich.

» Bei den öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern werden die erbrachten Leistungen wie folgt finanziert:

- Psychiatrie und USLD: jährliche Pauschalzuweisung („*Dotation annuelle de financement* – DAF“);
- Rehabilitation: Fallpauschalen

» Bei den privaten Krankenhäusern werden die Leistungen in allen drei Leistungsbereichen auf Grundlage eines Tagestarifs finanziert. Letzterer wird vom Leiter/von der Leiterin der ARS für jedes einzelne Krankenhaus festgelegt.

## 6. INTERNE LEITUNG DER KRANKENHÄUSER

Der *Code de la santé publique* legt für die öffentlichen Krankenhäuser Vorgaben in Bezug auf die interne Leitung der Krankenhäuser fest. Die vorgesehenen Entscheidungsgremien sind folgende:

- » der Aufsichtsrat (*conseil de surveillance*): Dieses Gremium ist für die Aufsicht des Krankenhauses zuständig und nimmt zu der strategischen Ausrichtung des Krankenhauses Stellung. Es verfügt ebenfalls über eine beratende Funktion hinsichtlich der Qualitätspolitik. Der Aufsichtsrat setzt sich aus Vertretern/innen der Gebietskörperschaften, des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals sowie aus Patientenvertretern/innen zusammen;
- » der Krankenhausleiter/die Krankenhausleiterin (*directeur* bzw. *directeur général* bei den CHU und CHR): Bei den Maximalversorgern (CHR) und den Unikliniken (CHU) wird der Krankenhausleiter/die Krankenhausleiterin direkt vom französischen Staatspräsidenten ernannt. Bei den anderen Krankenhäusern wird er/sie durch eine nationale Fachbehörde ernannt. Er/sie leitet die Einrichtung und setzt dabei die Strategien um, verfügt über Einstellungsbefugnisse, legt die interne Organisation des Krankenhauses fest und ist für die Ausgaben und Einnahmen der Einrichtung anweisungsbefugt;
- » das Direktorium (*directoire*): Das Direktorium unterstützt und berät den Krankenhausleiter/die Krankenhausleiterin, der/die dessen Vorsitz innehat, bei der Wahrnehmung seiner/ihrer Aufgaben. Es genehmigt das „*projet médical*“ (medizinischer Teil des Strategieplans des Krankenhauses mit den medizinischen Zielen) und bereitet den Strategieplan des Krankenhauses, der die Gesamtausrichtung des Krankenhauses festlegt, vor.

Diese Entscheidungsgremien werden durch verschiedene Beratungsgremien ergänzt wie beispielsweise die *Commission médicale d'établissement* (CME). Dieses Gremium besteht aus Vertretern des medizinischen, zahnmedizinischen und pharmazeutischen Personals und erfüllt die Aufgaben eines ärztlichen Leiters/einer ärztlichen Leiterin in Deutschland. Dessen Vorsitzender/dessen Vorsitzende entwickelt zusammen mit dem Leiter/der Leiterin des Krankenhauses das „*projet médical*“ und koordiniert die medizinische Ausrichtung des Krankenhauses. Er/sie ist Mitglied des Direktoriums.

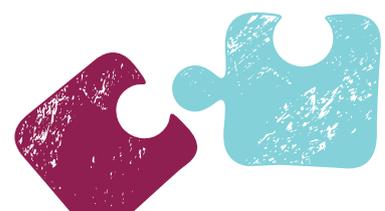
## 7. QUELLEN / WEITERFÜHRENDE LITERATUR

### GESETZESTEXTE

- » *Code de la santé publique*

### BERICHTE/STUDIEN

- » Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES), *Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France - Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017*, Études et Résultats, n°1084, Drees, octobre 2018.
- » Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Les établissements de santé, édition 2018*.
- » Holcman, Robert, *Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*, Dunod 2015.
- » Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, *Analyse de l'activité hospitalière 2015*, 2016.
- » Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et ministère de la Santé, *La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre*, 2010.
- » Kervasdoué, Jean de, *L'hôpital*, puf 2015.







## Der Spitalsektor in der Schweiz

**Konzeption und inhaltliche Koordinierung:**

- Anne Dussap (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Astrid Dacquin (TRISAN).

**Redaktion:**

- Emilie Schleich (TRISAN).

**Fachlektorat:**

- Thomas von Allmen, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Dr. med. Peter Indra, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Mathias Rechsteiner, Kantonsspital Winterthur.

**Gestaltung:**

- Print Europe – Delphine Boch.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.

Sont également partenaires du projet: l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D - 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 38

<b>Der Spitalsektor in der Schweiz</b>	<b>33</b>
1. Die schweizerischen Spitäler in Zahlen.....	36
2. Eingrenzung des Spitalbereichs.....	37
3. Rechtsform und Trägerschaft der Spitäler .....	38
4. Spitalplanung .....	38
5. Spitalfinanzierung .....	40
6. Geschäftsleitung der Spitäler.....	40
7. Quellen / Weiterführende Literatur.....	41

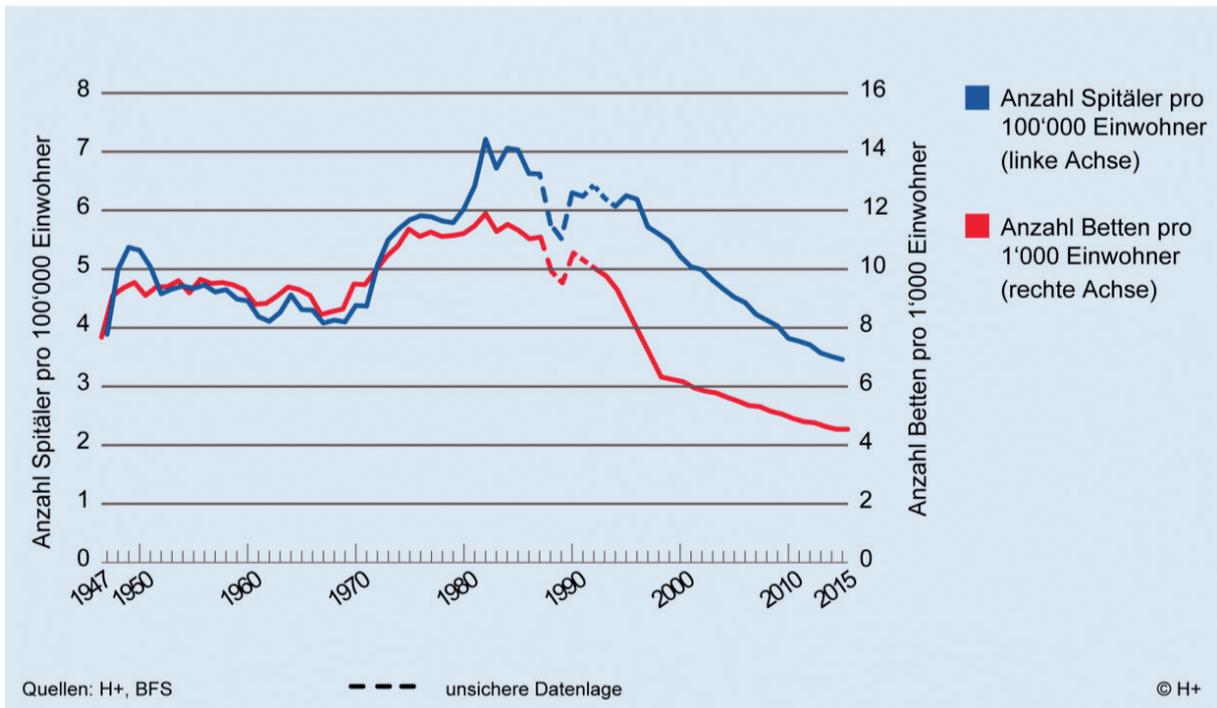
## 1. DIE SCHWEIZERISCHEN SPITÄLER IN ZAHLEN

Im Jahr 2017 zählte die Schweiz 281 Spitäler an rund 572 Standorten. Die Zahl der Betten in schweizerischen Spitälern beläuft sich dabei auf 38.157. Damit kommen aktuell 4,5 Betten auf 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Zwischen 1982 und 2015 ist die Zahl der Spitäler um 38% und die Zahl der Betten um 50% gesunken. Der Rückgang der Spitäler ist vor allem durch Spitalfusionen bedingt. Der Abbau der Bettenzahl lässt

sich wie in anderen Industrieländern auf den medizinisch-technischen Fortschritt zurückführen. Grafik 1 illustriert die Entwicklung der Anzahl der Spitäler und Betten im Verhältnis zur Bevölkerung.

Im Jahr 2017 umfasste die schweizerische Spitallandschaft 102 Allgemeinspitäler und 179 Spezialkliniken. Die Zahl der Allgemeinspitäler hat zwischen 2002 und 2016 um mehr als 40% abgenommen, während die Zahl der Spezialkliniken im gleichen Zeitraum nahezu unverändert (-5%) geblieben ist (Grafik 2).

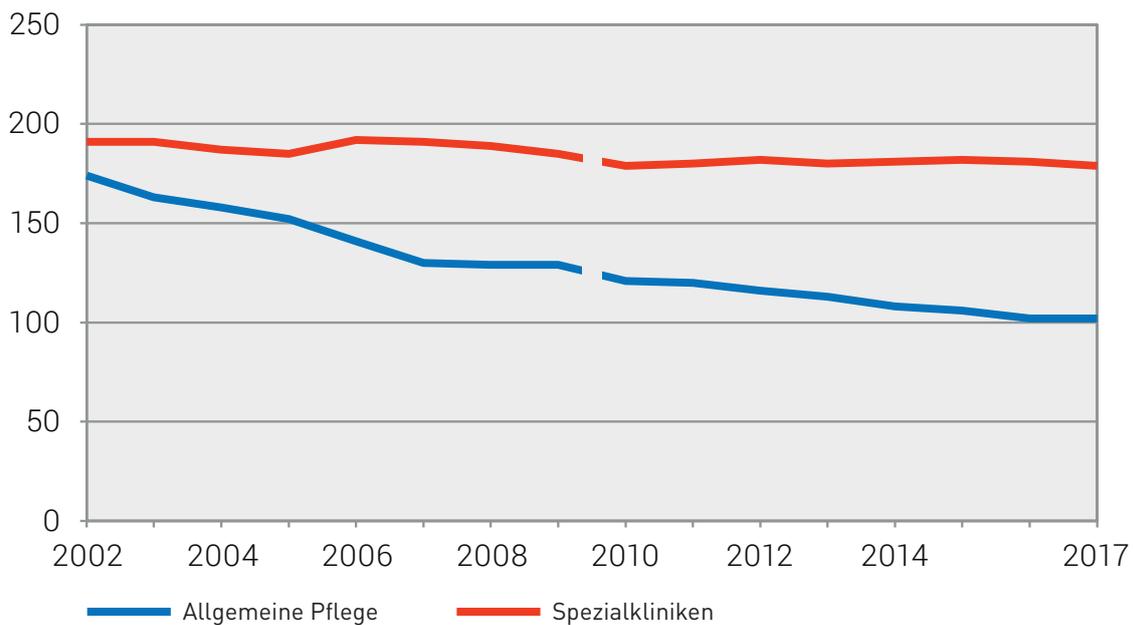
Grafik 1: Entwicklung der Anzahl der Spitäler und Betten im Verhältnis zur Bevölkerung (1947-2015)



Quelle: H+, Bundesamt für Statistik, Version aus dem Jahr 2016

© Fusionstudio - Shutterstock.com

Grafik 2: Entwicklung der Zahl der Allgemeinspitäler und Spezialkliniken zwischen 2002 und 2017



Zeitreihenbruch ab 2010: Revision der Erhebung

Quelle: Bundesamt für Statistik, *Krankenhausstatistik*, Version aus dem Jahr 2018

Mit der Reduzierung der Zahl der Krankenhausbetten geht auch die Abnahme der Aufenthaltsdauer einher. Im Jahr 2016 betrug letztere 5,6 Tage in der Akutsomatik.

## 2. EINGRENZUNG DES SPITALBEREICHS

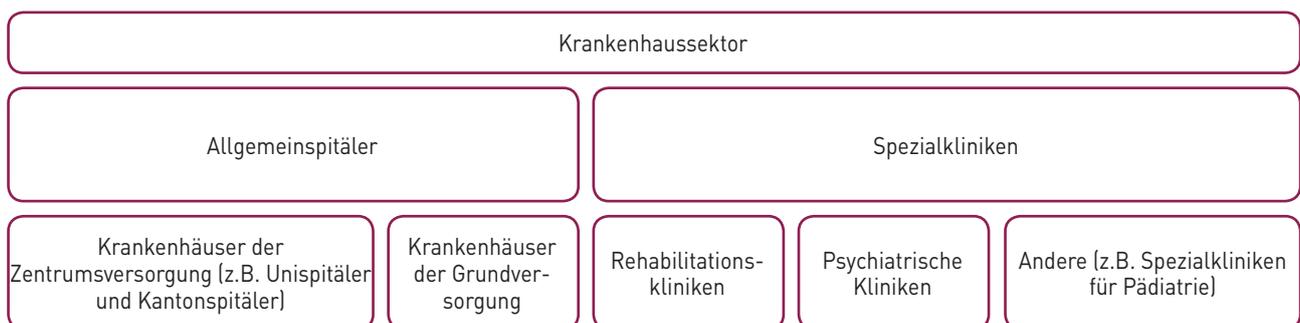
Unter dem Begriff *Spital* werden in der deutschsprachigen Schweiz Allgemeinspitäler und Spezialkliniken gefasst. Die Allgemeinspitäler unterteilen sich in Spitäler der Zentrumsversorgung und der Grundversorgung. Zur Zentrumsversorgung zählen die fünf Universitätsspitäler

(Lausanne, Genf, Bern, Basel, Zürich) sowie 35 weitere größere Spitäler, die in der Regel Kantonsspitäler sind. Bei den Spitälern der Grundversorgung handelt es sich um regionale Krankenhäuser, die eine medizinische Versorgung in den Bereichen innere Medizin und Chirurgie sicherstellen (Grafik 3).

Bei den Leistungen der Krankenhäuser wird zwischen den stationären und den ambulanten Behandlungen unterschieden.

Als stationäre Behandlung gelten Aufenthalte zur Untersuchung, Behandlung und Pflege im Spital oder im Geburtshaus:

Grafik 3: Typologie der Spitäler in der Schweiz



- » von mindestens 24 Stunden;
- » von weniger als 24 Stunden, bei denen während einer Nacht ein Bett belegt wird;
- » im Spital bei Überweisung in ein anderes Spital;
- » im Geburtshaus bei Überweisung in ein Spital;
- » bei Todesfällen.

Als ambulante Behandlung werden alle Behandlungen definiert, die nicht stationäre Behandlungen sind<sup>1</sup>. Zu den ambulanten Behandlungen zählen unter anderem:

- » eine einfache Operation mit Eintritt am Morgen und Austritt am Abend;
- » eine Einlieferung in die Notfallabteilung;
- » eine Untersuchung in einer Abteilung eines Spitals;
- » wiederholte Aufenthalte in Tageskliniken.

In den vergangenen Jahrzehnten ist ein Zuwachs ambulanter Behandlungen zu verzeichnen. So ist insgesamt ein politisches Bestreben der Kantone zu beobachten, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ an Bedeutung gewinnt. Dafür sprechen folgende Argumente: Dank des medizinischen Fortschritts sind heute viele Behandlungen ambulant möglich, welche früher stationär durchgeführt wurden und in finanzieller Hinsicht unterscheiden sich die stationäre und die ambulante Behandlung deutlich: Ambulante Behandlungen werden analog zum Hausarztbesuch von der Krankenversicherung und von den Versicherten finanziert<sup>2</sup>. Bei den stationären Behandlungen werden die Kosten ausser dem Anteil der Versicherten zu 45% von der Krankenversicherung und zu 55% von den Kantonen getragen.

Der Spitzenverband H+ Die Spitäler der Schweiz, in dem rund 80% Spitäler und Kliniken organisiert sind, vertritt die politischen Interessen der Branche.

### 3. RECHTSFORM UND TRÄGERSCHAFT DER SPITÄLER

In Hinblick auf die Rechtsform der Spitäler, lassen sich in der Schweiz vier Kategorien unterscheiden (Tabelle 1):

- » Aktiengesellschaften (AG) und Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbH);
- » Vereine und Stiftungen;
- » Einzelunternehmen und einfache Gesellschaften,
- » Öffentliche Unternehmen.

2015 waren nach einer Befragung des Bundesamts für Gesundheit rund 55% der Spitäler als AG oder GmbH organisiert und rund 20% als öffentliche Unternehmen.

<sup>1</sup> Die Kategorie der teilstationären Behandlung existiert seit dem 1. Januar 2009 nicht mehr.

<sup>2</sup> Weitere Informationen finden Sie in dem Themenheft „Krankenversicherungssysteme und Übernahme der Behandlungskosten in Deutschland, Frankreich und der Schweiz“ (2016), welches auf der Webseite von TRISAN verfügbar ist.

Zunehmend werden auch Spitäler in öffentlicher Hand als Aktiengesellschaft geführt. Beispielhaft genannt werden können die Kantonsspitäler Aarau und Baden sowie die Solothurner Spitäler, die in je eine gemeinnützige Aktiengesellschaft umgewandelt wurden.

Hinsichtlich der Trägerschaft im Spitalbereich lässt sich sagen, dass rund zwei Drittel der Allgemeinspitäler öffentlich finanzierte oder subventionierte Betriebe sind. Die Spezialkliniken liegen dagegen mehrheitlich in privater Trägerschaft.

**Tabelle 1: Entwicklung der Rechtsform der Spitäler in der Schweiz zwischen 2012 und 2015**

	2012	2013	2014	2015
AG / GmbH	147	150	154	159
Verein / Stiftung	78	73	66	63
Einzelfirma / Gesellschaft	10	9	9	8
Öffentliches Unternehmen	63	61	60	58
<b>Total</b>	<b>298</b>	<b>293</b>	<b>289</b>	<b>288</b>

Quelle: H+, Bundesamt für Statistik, Version aus dem Jahr 2016

## 4. SPITALPLANUNG

In der Schweiz liegt die Zuständigkeit für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung – und damit auch für die Spitalplanung – bei den Kantonen. So obliegen dem Bund zwar verschiedene gesetzgeberische und ausführende Kompetenzen im Bereich der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), jedoch betreiben die Kantone eine weitgehend eigenständige Gesundheitspolitik. Die Gesundheits- und Spitalgesetze sind je nach Kanton stark unterschiedlich ausgestaltet, auch wenn der Bund einen gemeinsamen Rahmen vorgibt.

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet in Artikel 39 die Kantone zur Ausarbeitung einer Spitalplanung, um die Versorgung ihrer gesamten Kantonsbevölkerung mit stationären Leistungen sicherzustellen. Die Kantone erstellen eine Spitalliste und vergeben Leistungsaufträge an die aufgelisteten Spitäler. Seit 2012 sind nur noch sogenannte integrale Spitallisten zulässig: Die nach dem alten Recht praktizierte Unterscheidung zwischen öffentlich subventionierten und nicht subventionierten Spitalern wurde für die Spitalplanung aufgegeben. Seit diesem Zeitpunkt werden keine Bettenkapazitäten mehr vorgegeben. Die Leistungsaufträge sind normalerweise befristet (z.B. auf eine Laufzeit von 3



© ESB Professional – Shutterstock.com

Jahren). Jedoch gibt es Kantone, bei denen diese Befristung nicht eintritt. Vom Prinzip her kann eine Spitalliste bei Bedarf ebenso unterjährig angepasst werden. Spitäler können grundsätzlich über ihre Leistungsaufträge hinaus weitere Leistungen anbieten. Jedoch müssen diese Leistungen nicht von der Grundversicherung übernommen werden.

Als Maßstab für die Erstellung der Spitallisten gelten bundesrechtlich vereinheitlichte Kriterien der Wirtschaftlichkeit und der Qualität. Zudem müssen nunmehr auch außerkantonale Leistungserbringer bei der kantonalen Spitalplanung berücksichtigt werden, insofern diese die Versorgung der Bevölkerung des Wohnkantons sicherstellen.

Nach Artikel 39 des KVG besteht für die Kantone die Pflicht, ihre Spitalplanung zu koordinieren. Diese Koordination erfolgt u.a. im Rahmen der schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Darüber hinaus bestehen vereinzelt Kooperationen zwischen Kantonen, die sich zum Ziel gesetzt haben, in der Spitalversorgung stärker zusammenzuarbeiten. Beispielsweise erarbeiten die Kantone Aargau, Basel-Stadt, Basel-Landschaft und Solothurn in der Nordwestschweiz gemeinsam Versorgungsberichte und haben vereinbart, die Leistungsaufträge aufgrund der Patientenströme zwischen den nordwestschweizerischen

Kantonen zu koordinieren. Zugleich stimmen die Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft im Rahmen der Gesundheitsregion beider Basel ihre Spitalplanung nach einheitlichen transparenten Kriterien ab.

Ein Novum in der schweizerischen Gesundheitspolitik, das im Zusammenhang mit der Gesetzesänderung im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) steht, die seit dem 1. Januar 2012 die freie Spitalwahl ermöglicht: Versicherte können seither in der ganzen Schweiz frei wählen, in welchem Spital sie sich behandeln lassen möchten, sofern dieses auf der jeweiligen kantonalen Spitalliste steht. Es sind daher seit wenigen Jahren zunehmend interkantonale Patientenströme festzustellen. Dabei ist jedoch anzumerken, dass die Krankenkassen in der Grundversicherung in diesem Fall nur die Kosten zum Tarif des jeweiligen Wohnkantons der Patientinnen und Patienten vergüten.

Für Bewohnerinnen und Bewohner der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft gilt zudem seit 2014 die volle Freizügigkeit für stationäre Spitalleistungen, die eine freie Spitalwahl aus beiden Spitallisten ohne Zusatzkosten ermöglicht. Die Zahl der Patientinnen und Patienten aus dem Kanton Basel-Landschaft, die sich stationär in Basler Spitälern behandeln lassen, ist beispielsweise zwischen 2011 und 2017 um knapp 60% gestiegen<sup>3</sup>.

3 Quelle: Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, *Gesundheitsversorgungsbericht*, 2017

Für bestimmte Leistungen werden Mindestanforderungen festgelegt. Dies können z.B. Mindestfallzahlen, der Nachweis einer Intensivstation für gewisse Leistungsgruppen oder der Nachweis eines Tumorboards usw. sein. Bezüglich der Anschaffung medizinischer Großgeräte haben einige Kantone festgelegt, dass es einer Bewilligung bedarf. Die Mehrheit der Kantone verfügt jedoch nicht über solche Einschränkungen in ihren kantonalen Gesundheitsgesetzen.

## 5. SPITALFINANZIERUNG

Spitäler werden von den Kantonen über Steuereinnahmen, von den Krankenversicherern über Prämien sowie von den Versicherten über die Franchise und die Kostenbeteiligung vergütet. Das neue Krankenversicherungsgesetz (KVG), das am 21. Dezember 2007 vom Bund beschlossen wurde, verpflichtet die Kantone zu einem Finanzierungsanteil von mindestens 45% ab 2012 und mindestens 55% ab 2017 (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Kantonale Finanzierungsanteile der Spitäler ab 2012**

	2012	2014	2016	2017
Kantone				
Aargau	47%	49%	53%	55%
Basel-Landschaft	55%	55%	55%	55%
Basel-Stadt	55%	55%	56%	56%
Zürich	51%	51%	53%	55%

Quelle: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015): *Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012*

Eine weitere Neuerung, die zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, betrifft das Vergütungssystem der Spitäler. Kantone und Krankenversicherer zahlen den Spitalern seither für jeden stationären Aufenthalt eine Fallpauschale. Somit werden Spitäler nicht etwa nach der Aufenthaltsdauer bzw. Tagespauschale vergütet, sondern nach der Leistung für Patientinnen und Patienten bzw. der entsprechenden Diagnose. Im Fachjargon nennt sich diese Abrechnungsart *Diagnosis Related Groups*, (diagnosebezogene Fallpauschalen). In anderen Worten: Leistungen werden im neuen System gemäß der Haupt- und Nebendiagnose, dem Schweregrad und weiteren Kriterien sowie der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen unterteilt, aufgrund derer die Fallpauschale ermittelt wird und die Vergütung der Spitäler erfolgt. Die Rahmenbedingungen für die Pauschalen sind gesamtschweizerisch einheitlich.

Somit hat sich das System von einem Kostenrückerstattungssystem zu einem Leistungsfinanzierungssystem entwickelt. Seit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung sind private und öffentliche Spitäler zudem gleichgestellt. Ebenfalls geändert hat sich mit der neuen Spitalfinanzierung, dass die Investitionskosten in die Tarife einbezogen werden. Seitdem müssen medizinische Geräte oder bauliche Maßnahmen über die Fallpauschalen mitfinanziert werden.

Zur Ermittlung ihrer Betriebs- und Investitionskosten führen die Spitäler nach einheitlicher Methode eine Kosten- und Leistungsrechnung. Den Kantonsregierungen und Vertragsparteien ist es möglich, diese Unterlagen einzusehen. Der Bundesrat erstellt und veröffentlicht in Zusammenarbeit mit den Kantonen schweizweite Betriebsvergleiche zwischen Spitalern, welche sich insbesondere auf die Kosten und die medizinische Ergebnisqualität beziehen.

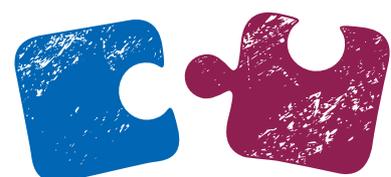
## 6. GESCHÄFTSLEITUNG DER SPITÄLER

Die Führungsstruktur der Spitäler ist je nach Kanton, Rechtsform und Größe des Spitals unterschiedlich ausgeprägt<sup>4</sup>. Zwei Organe lassen sich jedoch in der Regel in jedem öffentlichen Spital in der Schweiz wiederfinden: der Verwaltungsrat und die Spitalleitung.

Der Verwaltungsrat ist das oberste Führungsorgan eines Spitals. Er setzt sich zusammen aus jeweils fünf bis neun Mitgliedern. Die Zusammensetzung der Verwaltungsräte ist in den kantonalen Spitalgesetzen festgelegt. Bei öffentlich-rechtlichen Spitalern werden die Verwaltungsräte vom Regierungsrat für einen Zeitraum von etwa vier Jahren mandatiert. Zu den Kernaufgaben des Verwaltungsrates gehören unter anderem die Festlegung der strategischen Orientierung des Spitals sowie die Genehmigung der Mehrjahresplanung und des Budgets. Darüber hinaus führt der Verwaltungsrat die Aufsicht über die Spitalleitung und ist damit im Organisationschema der Spitalleitung übergeordnet.

Die Spitalleitung, der die operative Führung des Spitalbetriebs obliegt, besteht aus der Spitaldirektorin oder dem Spitaldirektor und weiteren Spitalleitungsmitgliedern. Die genauen Kompetenzen und Aufgabenbeschreibungen finden sich im Organisationsreglement des jeweiligen Spitals wieder. In einigen zumeist privatwirtschaftlich organisierten Betrieben nennt sich die Spitalleitung auch Geschäftsleitung und die Vorsitzenden der Geschäftsleitung CEO (Chief Executive Officer).

<sup>4</sup> In den kantonalen Spitalgesetzen ist die Führungsorganisation der öffentlichen Spitäler definiert.



## 7. QUELLEN/ WEITERFÜHRENDE LITERATUR

### GESETZESTEXTE

- » Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Online verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>
- » Gesetz über die öffentlichen Spitäler des Kantons Basel-Stadt (ÖSpG). Online verfügbar unter: <http://www.gesetzessammlung.bs.ch/frontend/versions/1983>
- » Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). Online verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/official-compilation/2008/5105.pdf>

### BERICHTE/STUDIEN:

- » Bundesamt für Statistik (2014). *Der ambulante Spitalbereich im Jahr 2014*. Online verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.350386.html>
- » Dittrich, G., Karmann, A., Steinmann, L., Zweifel, P. (2005). *Effiziente Krankenhäuser?*
- » *Ein Vergleich sächsischer und schweizerischer Krankenhäuser*. Online verfügbar unter: [https://www.cesifo-group.de/DocDL/ifodb\\_2005\\_2\\_09-18.pdf](https://www.cesifo-group.de/DocDL/ifodb_2005_2_09-18.pdf)
- » European Observatory on Health Care Systems (2015). *Health Systems in Transition. Switzerland Summary 2015*. Online verfügbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/297566/Switzerland-HiT-2015-en.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/297566/Switzerland-HiT-2015-en.pdf?ua=1)
- » Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt (2018). *Gesundheitsversorgungsbericht*. Online verfügbar unter: <http://www.bs.ch/publikationen/gesundheitsversorgung/gsv-bericht.html>
- » Gesundheitszentrum Fricktal. *Die Spitalfinanzierung seit 2012 – einfach erklärt*. Online verfügbar unter: [https://www.gzf.ch/dam/jcr:93d1b34e-94b2-49ad-9b77-a03fd915d014/PFILE\\_GZF\\_Spitalfinanzierung\\_Webdokument.pdf](https://www.gzf.ch/dam/jcr:93d1b34e-94b2-49ad-9b77-a03fd915d014/PFILE_GZF_Spitalfinanzierung_Webdokument.pdf)
- » H+ Die Spitäler der Schweiz (2014). Faktenblatt. *Ambulante Leistungen in Spitälern und Kliniken*.
- » H+ Die Spitäler der Schweiz (2018). *H+ Spital- und Klinik-Monitor. Leistungen, Strukturen, Entwicklungen und Trends der Branche*. Online verfügbar unter: <https://www.hplus.ch/de/zahlen-statistiken/h-spital-und-klinik-monitor.pdf>
- » Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). *Entwicklung der interkantonalen Patientenströme im Übergang zur freien Spitalwahl*. Online verfügbar unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_dossier\\_48\\_3.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_dossier_48_3.pdf)
- » Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2016). *Inanspruchnahme stationärer Spitalversorgung*. Online verfügbar unter: [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_bulletin\\_2016-10\\_d.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-10_d.pdf)
- » Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (2015). *Spitalfinanzierung: Kantonale Finanzierungsanteile ab 2012*. Online verfügbar unter: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB\\_Zusammenstellung\\_Kostenteiler\\_20180718.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/TB_Zusammenstellung_Kostenteiler_20180718.pdf)
- » Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, *Gesundheitsversorgungsbericht, 2017*. Online verfügbar unter: <http://www.bs.ch/publikationen/gesundheitsversorgung/gsv-bericht.html>

### STATISTIKEN:

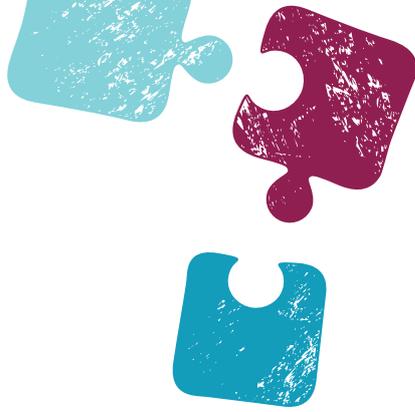
- » Bundesamt für Statistik (2018). Taschenstatistik 2017. Gesundheit. Online verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.4342091.html>
- » Bundesamt für Statistik (2018). Krankenhäuser. Online verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler.assetdetail.6406916.html>
- » Bundesamt für Gesundheit (2016). Statistiken zur Krankenversicherung. Kennzeichen der Schweizer Spitäler. Online verfügbar unter: [http://www.bag-anw.admin.ch/2016\\_taglab/2016\\_spitalstatistik/data/download/kzp15\\_publication.pdf?v=1487842410](http://www.bag-anw.admin.ch/2016_taglab/2016_spitalstatistik/data/download/kzp15_publication.pdf?v=1487842410)

### INTERNETSEITEN:

- » Bundesamt für Gesundheit: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- » Bundesamt für Statistik: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.html>
- » H+ Die Spitäler der Schweiz: <https://www.hplus.ch/>
- » Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren: [https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=393&no\\_cache=1&L=0](https://www.gdk-cds.ch/index.php?id=393&no_cache=1&L=0)







## KONTAKT // CONTACT

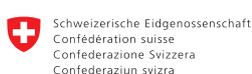
TRISAN / Euro-Institut  
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl  
[trisan@trisan.org](mailto:trisan@trisan.org) / +49 7851 7407 38 / [www.trisan.org](http://www.trisan.org)

### TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonferenz ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

### TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.



Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)  
Fonds européen de développement régional (FEDER)



Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt  
Dépasser les frontières: projet après projet