



Vorbild: Skandinavien

Foto: istockphoto.com/nastinka

In Dänemark, Island und Schweden wird das Gesundheitssystem durch Steuern finanziert.

Öffentliche Gesundheitsdienste sichern gute Patientenversorgung

Cornelia Heintze

Mit der Behauptung, eine bessere Versorgung sei nur mit halb so vielen Kliniken möglich, sorgte die Bertelsmann Stiftung im Sommer 2019 für Aufregung. Ihre Studie argumentiert wie 2016 schon die der Leopoldina-Akademie der Wissenschaften auch mit Beispielen aus dem Ausland, etwa Dänemark. Dort wird seit einigen Jahren die Kliniklandschaft so umgebaut, dass kleinere Häuser verschwinden und Super-Klinik-Komplexe entstehen. Unsere Autorin vergleicht daher das deutsche Gesundheitssystem anhand einiger zentraler Merkmale mit den nordisch-skandinavischen Ländern. Dabei stellt sie das dänische Gesundheitswesen näher vor und erläutert, was die Vergleiche für Deutschland bedeuten.

In allen fünf nordischen Ländern Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden gibt es öffentliche Gesundheitsdienste. Vorbild dafür war das Vereinigte Königreich, wo 1948 unter dem Labour-Premier Clement Attlee ein steuerfinan-

ziertes staatliches Gesundheitssystem, der National Health Service, gegründet wurde. In der Folge kam es unter anderem in Skandinavien zu Pfadwechseln in Richtung staatlicher Gesundheitssysteme, hier allerdings mit dezentraler Organisation.

Ökonomisch gesehen sind öffentliche Gesundheitsdienste geprägt durch eine überwiegend staatliche Finanzierung, Produktion und Steuerung. Dies bedeutet, dass sie primär aus Mitteln der öffentlichen Haushalte finanziert werden und die Leistungserbringer im Kernbereich der Versorgung (Ärzte, nicht-ärztliches Gesundheitspersonal) meist bei öffentlichen Arbeitgebern beschäftigt sind. Finanzierung und Leistungserbringung erfolgen so weitgehend aus einer Hand, was der Politik bei der Steuerung direkte Durchgriffsmöglichkeiten eröffnet.

Trotz gleicher Grundausrichtung hat jedes nordisch-skandinavische Land im Detail sein eigenes System. Die Unterschiede sind allerdings nicht

sehr ausgeprägt. Bei internationalen Vergleichen rangiert die skandinavische Ländergruppe im Spitzenfeld¹, obwohl die Gesundheitsausgaben im Mittel nur 10 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) betragen, verglichen mit 11 % bei der Ländergruppe mit Sozialversicherungssystemen (Deutschland, Österreich, Belgien, Niederlande, Schweiz).

Steuern sichern Finanzierung

Insbesondere die Finanzierungsstrukturen Skandinaviens liegen mit Ausnahme Finnlands dicht beieinander.² Der öffentliche Finanzierungsanteil bewegt sich zwischen 82 % in Island und 85 % in Norwegen. In Dänemark, Island und Schweden wird das Gesundheitssystem durch Steuern finanziert. Dadurch herrscht dort eine starke Sachleistungsorientierung, das heißt: Patienten müssen nicht in Vorleistung treten, in Finnland und Norwegen ist die Sachleistungsorientierung weniger strikt. Als Finanzierungsinstrument spielen hier auch Sozialversicherungen eine Rolle – sie decken jeweils etwas mehr als 10 % der Gesamtausgaben. Im Mittel gut doppelt so hoch wie in Deutschland sind die öffentlichen Ausgaben für die Langzeitpflege.³

Die privaten Ausgaben fallen bezogen auf das BIP durchweg geringer aus als hierzulande. Überwiegend handelt es sich um Zuzahlungen der privaten Haushalte zu den Leistungen der primären Versorgungsebene, etwa Praxisgebühren, Zuzahlungen zu Medikamenten, Therapien und bestimmten Leistungen der Langzeitpflege. Die stationäre Versorgung in Krankenhäusern ist außer in Finnland kostenfrei.

Bei der innerstaatlichen Aufgabenverteilung, der Steuerung und dem Grad an Vermarktlichung besteht eine größere Variabilität. In Schweden, Finnland und zum Teil auch in Island bilden kommunale Gesundheitszentren das Rückgrat der primären ambulanten Versorgung. In Dänemark und Norwegen dagegen basiert die primäre Versorgung auf einem Hausarztmodell mit meist selbstständig tätigen Leistungserbringern, die zu den Kommunen in einem Vertragsverhältnis stehen. Eine Verpflichtung, sich dem Hausarztmodell anzuschließen, existiert nicht. Wer sich gegen die Teilnahme entscheidet, hat zwar größere Wahlmöglichkeiten, muss die entstehenden Kosten dann aber vorfinanzieren und erhält nur einen Teil erstattet. Weit über 90 % der Bevölkerung sind bei

einem Hausarzt gelistet und erhalten auf dieser Basis dann Sachleistungen.

Große Systemunterschiede zu Deutschland

Während innerhalb Skandinaviens viele Gemeinsamkeiten feststellbar sind, dominieren gegenüber Deutschland die Unterschiede. Deutschland unterhält ein Sozialversicherungssystem mit Selbstverwaltung durch Kassen und Leistungserbringer unter staatlicher Aufsicht. Weitgehend öffentlich ist im deutschen System nur die Finanzierung. Es herrscht Versicherungspflicht im Rahmen eines bei Krankheit wie Pflege je zweigeteilten Systems aus gesetzlichen und privaten Versicherungen. Die gesetzlichen Krankenkassen erheben einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, die privaten Kassen risikobezogene Beiträge. Bei der Pflege legt der Gesetzgeber die Beitragshöhe fest. Traditionell basiert die Leistungserbringung auf einem Mischsystem unterschiedlicher Träger mit relativ scharfen Sektorengrenzen zwischen der ambulanten und der stationären Regelversorgung. Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen mit Leistungserbringung durch selbstständig tätige Ärzte und Apotheker.

Bei der Krankenhausversorgung dominierte bis Mitte der 1990er-Jahre demgegenüber die öffentliche Leistungserbringung. 59,2 % der Bettenbelegungstage entfielen 1992 auf öffentliche und 36,4 % auf freigemeinnützige, meist kirchliche Häuser. Privatkliniken spielten mit 4,3 % kaum eine Rolle. Politisch gewollt hat sich dies grundlegend geändert. Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes⁴ Ende 1992 zielt die Krankenhauspolitik auf die Entfaltung der Logik von Markt und Wettbewerb. Entscheidender Hebel war, dass das Selbstkostendeckungsprinzip mit seinen tagesgleichen Pflegesätzen durch an Diagnosen gebundene leistungsorientierte Vergütungen (DRGs) ersetzt wurde. Die Fallpauschalen sind seit 2004, abgesehen von psychiatrischen Kliniken, als neues Vergütungssystem verbindlich.⁵

Höchste Privatisierungsrate in Deutschland

Unter dem neuen Steuerungsregime verbucht die kommerzielle Krankenhausfraktion erhebliche Terraingewinne. In

kaum einem anderen europäischen Land wurde der Krankenhaussektor so stark privatisiert. 1991 zählte Deutschland insgesamt 2.411 Krankenhäuser; 46 % davon waren in öffentlichem, 39,1 % in freigemeinnützigem und nur 14,8 % in privatem Eigentum. Bis 2017 sank die Zahl der Krankenhäuser auf 1.943, wovon sich nur noch 28,8 % in öffentlichem und bereits 37,2 % in privatem Eigentum befanden. Bei der Betrachtung von Betten und erbrachten Leistungen dominieren zwar noch die öffentlichen Träger, sind aber auch hier unter die 50-Prozent-Marke gerutscht. Nur noch etwas mehr als 40 % der Betten aller Häuser sind öffentlich – verglichen mit Anteilen von 100 % in Island und Norwegen sowie knapp 94 % in Dänemark und 97 % in Finnland.⁶

„In Schweden, Finnland und zum Teil auch in Island bilden kommunale Gesundheitszentren das Rückgrat der primären ambulanten Versorgung.“

Zu Schweden liefern die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die EU-Kommission Angaben zur Verteilung der Gesamtzahl an Häusern.⁷ Danach gibt es inklusive der Universitätskliniken 83 Krankenhäuser, sechs davon gehören privaten Klinikkonzernen. Bei Pflegeheimen liegt der Privatanteil deutlich höher. Durch die Trennung von Finanz- und Leistungsverantwortung hat sich Schweden innerskandinavisch am stärksten den Ideen der Vermarktlichung geöffnet⁸ und in diesem Zusammenhang auch das Recht auf freie Arztwahl eingeführt. Schon 1995, früher als in Deutschland, wurde das Krankenhaus-Vergütungssystem auf DRGs umgestellt. Diese gibt es auch in einigen anderen nordischen Ländern. Sie decken dort als Preise aber nur eingeschränkte Leistungsbereiche ab (Dänemark) oder haben eine andere Funktion. In Finnland dienen sie der Planung und dem kontinuierlichen Vergleich.

Lange Wartezeiten als Schwachpunkt

Ein Dauerproblem öffentlicher Gesundheitsdienste sind überlange Wartezeiten. Zunehmend jedoch gelingt es, dieses zu lösen. Besonders erfolgreich ist Dänemark. Seit dem 1. Juli 2002 haben Patienten dort erweiterte Rechte: Beträgt die Wartezeit auf eine Klinikbehandlung mehr als zwei Monate, können sie kostenfrei auf Privatkliniken oder auf öffentliche wie private Kliniken im europäischen Ausland ausweichen. In der Konsequenz haben sich die Regionen über Kooperationsverträge einen Flexibilitätspuffer zugelegt. Wie erfolgreich die Wartezeitenminderung ist, zeigt sich beim Euro Health Consumer Index⁹, der die Systeme aus der Patientensperspektive vergleicht. Dänemark hat hier bei den Wartezeiten mit Deutschland und Österreich gleichgezogen. Finnland erzielt ein leicht, Schweden ein deutlich schlechteres Ergebnis.

Das dänische Gesundheitssystem im Überblick

Dänemark ist mit nur 5,8 Millionen Einwohnern (2018) ein kleines Land. Seit der Kommunalreform von 2007 ist der dänische Staat straffer durchorganisiert als die anderen, flächenmäßig sehr großen nordischen Länder. Als weitere Verwaltungsebenen gibt es unterhalb der Zentralregierung nur noch fünf Regionen (vorher: 14) und 98 Kommunen (vorher: 275).

In diesem schlanken Staatsgefüge liegt der Sicherstellungsauftrag für die Primärversorgung mit präventiven Angeboten,

ambulanter Reha, Hausarztssystem, Kinderzahnpflege, Schulgesundheitspflege und Altenpflege bei den Gemeinden. Traditionell verfügen sie über eine hohe Autonomie hinsichtlich der Gestaltung ihrer Gesundheitsdienste. So können sie schnell und flexibel auf neue Anforderungen reagieren. Bis zur Kommunalreform von 2007 war der öffentliche Gesundheitsdienst dementsprechend stark dezentralisiert. Seither erlebt er einen Zentralisierungsschub. Ausdruck davon ist die Etablierung nationaler Systeme der Planung, Steuerung und Überwachung wie auch die Krankenhausreform. Die fünf neu geschaffenen Regionen sind zuständig für das Krankenhauswesen. Deren laufende Ausgaben werden von der Zentralregierung und den Gemeinden gemeinsam finanziert: Für Investitionen erhalten sie Zuweisungen von der Zentralregierung.

Obwohl das dänische Gesundheitssystem öffentliche und private Leistungserbringung kombiniert, spielen private Akteure nur eine Nebenrolle. Die im Wirtschaftszweig „Gesundheit und Sozialwesen“ Beschäftigten haben dementsprechend noch ganz überwiegend einen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber (2012: 88,4 %; 2018: 85,7 %).¹⁰

Zweigeteilte Struktur der Primärversorgung

Die Primärversorgung basiert auf einer zweigeteilten Struktur. Auf der einen Seite stehen offiziell zugelassene Praktiker (Allgemeinärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten etc.) mit eigener oder Gemeinschaftspraxis. Sie erhalten Pauschalen pro

Patient plus Gebühren für bestimmte Leistungen. Von großer Bedeutung sind die Allgemeinmediziner. Als Hausärzte haben sie neben der Patientenversorgung eine Lotsenfunktion, bei der es darum geht, den diagnostischen und therapeutischen Prozess gut zu steuern und zu koordinieren. Sofern kein Notfall vorliegt, führt der Weg zu spezialisierten Leistungen über den Primärarzt. Auf der anderen Seite agieren die kommunalen Gesundheitsdienste mit ihrem breiten Aufgabenspektrum: Familienhebammen, Schulgesundheitsdienste, Angebote der Prävention und Rehabilitation und der Betrieb von Pflegediensten sind die Stichpunkte.

In der Langzeitpflege existierte bis 2002 ein kommunales Monopol. Seitdem es aufgehoben wurde, können Pflegebedürftige einen Dienstleister frei wählen, der sie zu Hause unterstützt. Herausgebildet hat sich eine Mischstruktur, bei der die öffentliche Leistungserbringung aber weiter dominiert. Ein gutes Drittel der Pflegebedürftigen entscheidet sich für einen privaten Dienstleister (2014: 37,7 %; 2018: 34,7 %).¹¹

Weitgehend noch intakt ist das kommunale Monopol bei Heimen und Pflegewohnungen. Mit einem Betten-Anteil von knapp 2 % spielt der Privatsektor hier noch kaum eine Rolle. Auch präventive Hausbesuche und Demenz-Assessments werden von kommunalen Dienststellen durchgeführt.

Umbau der Krankenhauslandschaft

Bei der Krankenbehandlung wie bei der Langzeitpflege gilt in Dänemark gleichermaßen der Grundsatz: ambulant vor sta-

Literatur

- Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet* (391) 10136, 2018, S. 2236–2271. | Björnberg, A. (Hg.) (2018): Euro Health Consumer Index 2017: Report. Health Consumer Powerhouse Ltd. https://kurzlink.de/2017_EHCI
- Eurostat: Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hf]; Update: 15.7.19.
- OECD (2017): Health at a Glance 2017, Paris, Abb. 11.24 und Database; Statistics Denmark, Code REGK31; Statistics Norway.
- vgl. *BGBI.* I Nr. 59, S. 2266.
- vgl. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz und Krankenhausentgeltgesetz.
- Eurostat: Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth_rs_bds2]; Update 4.7.18.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Sweden. Country Health Profile 2017. Brussels, S. 7. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283572-en>
- für die Langzeitpflege vgl. Meagher, G./Szebehely, M. (Hg.) (2013): Marketisation in Nordic eldercare. A Research report on legislation, oversight, extent and consequences. Stockholm: Stockholm University. vgl. Anders, A./Grenngard, A. H. u.a. (2012): Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14 (5), S.1–159.
- Euro Health Consumer Index 2017, S.25f.
- Statistics Denmark: Employees by unit, industry (DB07 19-grouping), sector and time, CODE LBESK32; eigene Berechnung.
- Statistics Denmark (2019): Recipients referral to home care, free choice, who use private contractor by region, sex, type of benefits, age and time. Datenbestände mit Code „AED12“.
- Heintze, C. (2015): Institutionell ausgerichtete Pflegeversorgung – der skandinavische Weg. In: Jacobs, K./Kuhlmeier, A. u.a. (Hg.) (2015): Pflege-Report 2015. Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Eurostat: Durchschnittliche Krankenhausverweildauer stationärer Patienten (Tage) [hlth_co_inpst]; Update 4.7.19.
- Eurostat: Health personnel employed in hospital [hlth_rs_prshp1], Update 14.3.19.
- Hacker, J. (Hg.) (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Diskussionspapier Nr. 7 von Oktober 2016 der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften).
- Bertelsmann Stiftung (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. <https://kurzlink.de/Bertelsmann>

tionär. Der Ausbau der ambulanten Versorgung wird vorangetrieben durch die Schaffung fließender Übergänge zwischen den verschiedenen Settings. So schrumpfte die Zahl der Krankenhäuser und die Anzahl der in Heimen und Pflegewohnungen vorgehaltenen Plätze.¹² Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer ist massiv zurückgegangen: Im Jahr 2004 lag

„In Dänemark spielt Gewinnerzielung keine Rolle. Das System ist in öffentlicher Hand, die gewinnorientierten Akteure haben bloß eine ergänzende Funktion.“

sie bei 7,1 Tagen (Deutschland: 10,2) und 2016/17 nur noch bei 5,4 Tagen (Deutschland: 8,9 Tage).¹³

Obwohl ambulante Behandlungen ein stärkeres Gewicht haben als in Deutschland, ist die stationäre Personalausstattung nicht nur pro Schicht und pro Patient weit besser als in Deutschland. Dänemark beschäftigt auch auf 1.000 Einwohner bezogen 56,5 % mehr Krankenhausvollkräfte. Beim Pflegefach- und Assistenzpersonal kommen auf 1.000 Einwohner 8,3 rechnerische Vollkräfte verglichen mit nur 4,6 in Deutschland; bei den Ärzten sind es 2,8 verglichen mit 2,0 in Deutschland.¹⁴

Seit 2007 wird die Kliniklandschaft in Dänemark in großem Stil umgebaut und modernisiert. Sieben neue Krankenhäuser sind im Entstehen, neun Kliniken werden umgebaut, modernisiert und erweitert. Bis 2025 steht dafür ein Budget von 6,5 Milliarden Euro zur Verfügung. Auf die Einwohnerzahl von Deutschland umgerechnet entspräche dies der beachtlichen Summe von 93 Milliarden Euro.

Die Regionen als Eigentümer und Betreiber der Kliniken agieren entlang einer 60:40-Finanzierungsregel: Sie sind auf die 60-Prozent-Deckung durch Zuschüsse der Zentralregierung angewiesen, müssen im Gegenzug aber harte Auflagen erfüllen. Es geht um Entscheidungen zur Schließung von Häusern oder ihrer Nutzungsänderung und um die Einhaltung gewis-

ser Kriterien bei der Mittelverwendung. So soll es zukünftig weitgehend nur noch Einzelzimmer geben, die aber so groß sind, dass sie notfalls mit einem zweiten Bett belegt werden können. Auch ist ein bestimmter Prozentsatz der Bausumme für Kunst und eine Umgebungsgestaltung reserviert, in der sich die Patienten wohlfühlen.

Dänemark ist digitaler Vorreiter

Wie kann angesichts des demografischen Wandels mit immer mehr hochaltrigen, häufig chronisch kranken Menschen eine qualitative Verbesserung der Versorgung bei Konzentration auf nur wenige Standorte gelingen? Die Dänen setzen hier ganz auf elektronische Vernetzung über die sundhed.dk-Plattform. Sie ist schon seit 2003 im Einsatz und erreicht mittlerweile einen Deckungsgrad von annähernd 100 %.

Konkret bedeutet dies, dass diagnostische Befunde zu 100 % elektronisch übermittelt werden und alle Hausärzte elektronische Patientenakten führen. Nahezu alle Rezepte werden den Apotheken elektronisch übermittelt. Nicht nur die Leistungserbringer sind angeschlossen, auch die Patienten haben online Zugang zu all ihren Gesundheitsdaten. Bei der Digitalisierung steht Dänemark europaweit an der Spitze.

Was lehrt der Vergleich?

Der Vergleich hält für Deutschland zahlreiche Lektionen parat. Die aus meiner Sicht wichtigsten will ich kurz erläutern: Der Systemwettbewerb zwischen selbstverwaltet contra öffentlich bleibt unentschieden. Gute Ergebnisse lassen sich mit beiden Grundtypen erzielen, bei öffentlichen Gesundheitsdiensten jedoch mit etwas geringeren Gesamtausgaben.

Die besondere Stärke der skandinavischen Systeme liegt in ihrer Fähigkeit zur Leistungsintegration entlang der gesamten Versorgungskette. Integration aber wird umso wichtiger je mehr im Rahmen des demografischen Wandels die Bedeutung von chronischen und multimorbiden Krankheitsbildern zunimmt.

Die effiziente Verknüpfung von Einzelleistungen und die Schaffung von Brücken zwischen den ambulanten und stationären Bereichen hängen dabei an der zentralen Rolle des öffentlichen Sektors. Seine Steuerungsleistung nimmt ab, wenn Eigenleistungen durch den Einkauf von

Leistungen bei privaten Akteuren ersetzt werden, die dann mit großem bürokratischem Aufwand reguliert werden müssen, um die Gesundheitsversorgung gerecht und verantwortungsvoll zu gestalten.

In Dänemark wird eine gute Krankenhausversorgung mit relativ zur Einwohnerzahl weniger als einem Drittel so vielen Plan-Krankenhäusern bei gleichzeitig weit besserer Personalausstattung erbracht. Die zunächst von der Leopoldina-Akademie der Wissenschaften¹⁵ und dann von der Bertelsmann Stiftung¹⁶ vorgetragene Behauptung, dass ergo eine bessere Versorgung nur mit weniger Krankenhäusern zu erzielen sei, führt gleichwohl in die Irre. Würden in Deutschland Krankenhäuser der Tendenz nach in dem Umfang wie vorgeschlagen geschlossen, wäre mitnichten gesichert, dass es die richtigen trifft. Eher steht zu befürchten, dass das Gegenteil eintritt. Von einer massiven Konzentration auf wenige Häuser dürften unter den gegebenen Strukturen und den Anreizmechanismen des DRG-Systems vorrangig private Klinikkonzerne profitieren. Ihnen geht es um Rendite und weniger um die Sicherstellung bester Patientenversorgung. In Dänemark spielt Gewinnerzielung keine Rolle. Das System ist annähernd ausschließlich in öffentlicher Hand, die gewinnorientierten Akteure haben bloß eine ergänzende Funktion.

Der Beweis dafür, dass auch ein korporatistisch gesteuertes Gesundheitssystem, bei dem wie in Deutschland die verschiedenen Akteursgruppen in unterschiedliche Interessenstrukturen eingebunden sind, zur Bündelung von Leistungen im Sinne des Patientenwohls fähig ist, steht aus. Weder ist es bislang gelungen, im ambulanten Bereich hausärztliche Versorgung mit Lotsenfunktion flächendeckend zu etablieren, noch konnte das Projekt einer elektronischen Gesundheitskarte zum Erfolg geführt werden. Was unter dänischen Bedingungen leicht umsetzbar war, scheitert in Deutschland an Machtstrukturen, die auf Wettbewerb, nicht auf Kooperation hin angelegt sind. ■

Weitere Literatur zum Text finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Dr. Cornelia Heintze

geb. 1953, ist Politologin und Stadtkämmerin a.D.
Dr.Cornelia.Heintze@t-online.de
www.dr-heintze-beratung.de