



Nachbarschaftshilfe durchaus erwünscht

Wie unser Gesundheitswesen von Dänemark und den Niederlanden lernen kann und (bald) wird lernen müssen

Von Prof. Dr. Lars Timm

Unsere beiden Nachbarstaaten Dänemark und die Niederlande können als wohlhabende Länder betrachtet werden. Die Gesundheitssysteme unterscheiden sich jedoch von unserem, ebenso die Lebenserwartung. In Dänemark leben die Bewohner 0,6 Jahre und in den Niederlanden ein Jahr länger als bei uns. Wir sollten prüfen, was auf Deutschland übertragen werden kann, um eine höhere Lebenserwartung zu erzielen. Das bedeutet aber auch, dass die Bürgerinnen und Bürger das Beharrungsvermögen deutlich minimieren müssen, die Politik nicht in Populismus verfällt, sondern auch unpopuläre, aber notwendige Entscheidung trifft.

Keywords: Patientenversorgung, Strategie, Qualität

Unsere beiden Nachbarstaaten Dänemark und die Niederlande können als wohlhabende Länder betrachtet werden. Die Gesundheitssysteme sind jedoch verschieden zu dem unsrigen. Zeichnet sich das dänische Gesundheitssystem durch eine starke staatliche Regulation aus, so verfügt das niederländische System über eine liberalere Form. Doch ob ein System gut oder verbesserte

Lebenserwartung ist, zeigt sich, wenn die Relation zwischen dem Outcome im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln hoch ist. Die Fakten zuerst: Die Lebenserwartung liegt in Deutschland mit 80,7 Jahren unter den beiden Vergleichsländern. In Dänemark leben die Bewohner 0,6 Jahre und in den Niederlanden ein Jahr länger. Erfreulicherweise liegen alle drei Länder oberhalb des EU-Durchschnitts. Die Top-3-Lebenserwartungen werden von Spanien, Schweden und Italien eingenommen. Was bedeutet das konkret? Wir sollten über die Ländergrenzen blicken und prüfen, was auf Deutschland übertragen werden kann, um eine höhere Lebenserwartung zu erzielen. Das bedeutet aber auch, dass die Bürgerinnen und Bürger das Beharrungsvermögen deutlich minimieren müssen, die Politik nicht in Populismus verfällt, sondern auch unpopuläre, aber notwendige Entscheidung trifft. Die Lobbyisten, trotz einzelner und damit nachvollziehbarer Interessenslagen, müssen begreifen, dass eine Steigerung der Sozialabgabenquote die Volkswirtschaft lähmen wird – mit ganz anderen fatalen Auswirkungen.

Fakten

Die Lebenserwartungen der drei Länder wurde bereits erwähnt. Der Blick auf die Sterblichkeitsraten bei einem Herzinfarkt zeigt aber deutliche Unterschiede in der Ergebnisqualität auf. In den Niederlanden ergibt diese 2,9 Prozent innerhalb von 30 Tagen. In Dänemark ergibt sich eine Sterblichkeitsrate zwischen 3,2 und 4,5 Prozent. Bedauerlicherweise liegt die Sterblichkeitsrate in Deutschland bei 8,3 Prozent. In vielen gesundheitspolitischen Debatten wird die Validität der Datengrundlagen kontrovers diskutiert. Man kann aber nicht wegdiskutieren, dass der Unterschied immens ist. Im Bereich der 30-Tage-Schlaganfallsterblichkeit liegen bedauerlicherweise keine genauen Vergleichsdaten vor. Es bleibt aber festzuhalten, dass die Sterblichkeit bei einem Schlaganfall in Deutschland recht hoch ist. Andere Länder weisen hier geringere Sterblichkeiten aus.

Nach einer Betrachtung der beiden Parameter Lebenserwartung und Sterblichkeit folgt nunmehr ein Blick auf die Ausgabeseite der drei Länder. Im Jahr

2022 hat Deutschland die Führungsrolle übernommen. 12,6 Prozent des Bruttoinlandproduktes wurde für Gesundheit ausgeben und dieses Ausgaben werden in den kommenden Jahren eher weiter steigen. Der EU-Durchschnitt liegt bei 10,4 Prozent. Ein Wert, den Deutschland in früheren Jahren auch einmal eingenommen hat. Bei den Pro-Kopf-Ausgaben hat 2022 Deutschland ebenfalls eine führende Rolle eingenommen, dicht gefolgt von Dänemark und den Niederlanden. Zusammenfassend kann man sagen, dass wir in Deutschland natürlich kein schlechtes Versorgungssystem haben. Allerdings sind die Kosten zu hoch und dafür die Ergebnisse verbesserungsbedürftig. Erschwerend kommt hinzu, dass die hohen Ausgaben den einst beachteten Wirtschaftsstandort für Investoren eher abschrecken als einladen.

Dänisches Gesundheitssystem

Das dänische Gesundheitssystem ist von einem staatlichen, steuerfinanzierten System, in dem alle registrierten Einwohner automatisch versichert und kostenlos medizinisch versorgt werden, geprägt. Es ist in fünf Regionen gegliedert, die im Einzelnen sowohl für die Krankenhäuser als auch die ambulante Versorgung zuständig sind. Das System zeichnet sich durch einen hohen Digitalisierungsgrad, die umfassende Nutzung elektronischer Patientenakten und ein starkes Vertrauen der Bevölkerung in die medizinische Versorgung aus. In Dänemark besteht in-

Wirtschaftssystem	Deutschland	Dänemark	Niederlande
Verstaatlichtes System	Staatlich	Staatlich reguliert und steuerfinanziert	Grundversicherung mit Basispaket
Private Rechtliche Versicherung	Vorhängen (auch als Zusatzversorgung)	Vorhanden als Zusatzversorgung	Vorhanden, weil keine GKV
Digitalisierung	Gering ausgeprägt	Sehr hoch ausgeprägt	Hoch ausgeprägt
Hausärztliche Versorgung	Freie Arztwahl	Registrierungspflicht	Gatekeeper-System
Fachärztliche Versorgung	Freie Arztwahl	Nur nach Überweisung durch Hausarzt	Nur nach Überweisung durch Hausarzt
Krankenhausstruktur	560 pro 100.000 EW	250 pro 100.000 EW	231 pro 100.000 EW

Tab.: Vergleich der Systeme in Deutschland, Dänemark und den Niederlanden

des eine Registrierungspflicht bei einem Hausarzt. Für Facharztbesuche (ausgenommen sind Zahnärzte, Augenärzte und HNO-Ärzte) ist in der Regel eine Überweisung erforderlich. Für einige Leistungen, wie Zahnarztbesuche bei Erwachsenen, Physiotherapie oder ambulante Medikamente, fallen Zuzahlungen an. Private Zusatzversicherungen werden angeboten, um Kosten für Zahnbehandlungen, Medikamente oder Physiotherapie abzudecken. Zu Beginn der 2000er Jahre wurde eine umfangreiche und konsequente Krankenhausreform eingeführt und umgesetzt. Dänemark setzt auf eine Zentrenbildung und starke Zentralisierung – mit Erfolg!

Niederländisches Gesundheitssystem

In den Niederlanden herrscht keine staatliche Versorgung analog zu Däne-

mark. Jeder Einwohner ist jedoch verpflichtet eine Krankenversicherung abzuschließen, die eine Grundversorgung abdeckt. Prägend ist in den Niederlanden das „Gatekeeper-System“; bedeutet, der Hausarzt ist die erste Anlaufstelle für alle medizinischen Bedürfnisse. Ohne eine Überweisung vom Hausarzt ist der Zugang zu Fachärzten oder Krankenhäusern eingeschränkt. Er entscheidet, ob eine Überweisung an einen Facharzt oder ins Krankenhaus notwendig ist. Die Krankenversicherung erfolgt über Beiträge, die sowohl von Arbeitnehmern als auch von Selbstständigen geleistet werden und einkommensabhängig sind. Ergänzend wird eine gesetzliche Langzeitpflegeversicherung (AWBZ) angeboten, die Kosten für schwere gesundheitliche Risiken wie Langzeitpflege, dauerhafte Behinderungen oder psychiatrische Erkrankungen abdeckt. Zudem verfügt das niederländi-



Ambulantierung weitergedacht Der MVZ-Navigator aktuell // digital // leistungsorientiert



HELSAUER
GRUPPE

Im Gesundheitssektor müssen die zentralen wirtschaftlichen Parameter immer präsent sein. Dies gilt umso mehr für die Leistungsanalyse von medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Das Betreiben eines MVZ ist alles – nur kein Selbstläufer.

Die Lösung: der MVZ-NAVIGATOR – einfach und hoch effizient

- ✓ Hybrid-DRG
- ✓ Potenziale erkennen – Erlöse sichern
- ✓ Umfangreiches leistungs-, finanz- und kennzahlenbasiertes Controlling
- ✓ Sofort mit Monatsabschluss
- ✓ Benchmarking mit vergleichbaren Einrichtungen
- ✓ Hohe Aktualität

- ✓ **NEU:** Der MVZ-Navigator analysiert auch Ihre Privatabrechnungen!
- ✓ **Keine EDV-Schnittstelle notwendig –** der MVZ-Navigator ist eine Online-Plattform
- ✓ **Keine zusätzliche Arbeit für Ihr Personal –** Die Helmsauer-Beratung pflegt sowohl die Stamm- als auch die Leistungsdaten

Mehr zum MVZ-Navigator:
helmsauer-gruppe.de



Wir beraten Sie gerne!

Helmsauer Gruppe

Dürrenhofstraße 4

90402 Nürnberg

T: 0911.9292.193

navigator@helmsauer-gruppe.de

sche System über eine Selbstbeteiligung (385 Euro), die jährlich für bestimmte medizinische Leistungen vorgesehen ist, ausgenommen sind in der Regel die Besuche beim Hausarzt und die Geburtshilfe. Das System wird als qualitativ hochwertig beschrieben und setzt auf Effizienz, beispielsweise durch die Konzentration komplexer Eingriffe auf spezialisierte Krankenhäuser. Die Digitalisierung nimmt in den Niederlanden durch digitale Patientenakten einen hohen Stellenwert ein. Einen Vergleich der unterschiedlichen Systeme illustriert die ▶ Tabelle.

Übertragbarkeit auf Deutschland

Krankenhausversorgung

Bei einem Blick auf die Versorgungsmodelle in Dänemark und den Niederlanden lässt sich eindeutig feststellen, dass wir eine qualitätsausgerichtete Krankenhausstruktur brauchen. Und diese bemisst sich nicht nur nach Fahrminuten, sondern nach der tatsächlichen

klinik mit Hausärzten, eine denkbare Alternative. So können Raum- und Personalkosten reduziert bzw. auch notwendige diagnostische Geräte besser ausgelastet werden. Folgerichtig ist dann auch die parallele Etablierung von Fachärzten sinnvoll, um ein Gesundheitszentrum für die Patienten anzubieten. Letzteres würde dann aus Hausärzten und Fachärzten entstehen und zentral eine ambulante Versorgungsstruktur abbilden. Sowohl in Dänemark als auch in den Niederlanden überzeugt die hausarztzentrierte Versorgung; in Dänemark sogar mit einer Registrierungspflicht.

Eigenverantwortungsbetrag

Die Zuzahlungen, die Versicherte in Deutschland zu leisten haben, sind im Prinzip gering. Übersteigen Sie eine Belastungsgrenze werden diese nur bis zu diesem Betrag fällig (ein oder zwei Prozent der Bruttoeinnahmen). In den Niederlanden beispielsweise ergibt sich der bereits erwähnte Grundbetrag

„Bei einem Blick auf die Versorgungsmodelle in Dänemark und den Niederlanden lässt sich eindeutig feststellen, dass wir eine qualitätsausgerichtete Krankenhausstruktur brauchen. Und diese bemisst sich nicht nur nach Fahrminuten, sondern nach der tatsächlichen Qualität in Form von routinierten Fallzahlhäufungen.“

chen Qualität in Form von routinierten Fallzahlhäufungen. Die Dänen machen es vor und das mit guten Ergebnissen. Auch die Bürger in Dänemark sind mit dem System zufrieden, wenn gleich die Proteste zu Beginn der Krankenhausreform Anfang der 2000er Jahre hoch waren. Das kürzlich beschlossene Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG) lässt wiederum viel zu viele Möglichkeiten in der Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausstruktur zu. Bedauerlicherweise ist die Chance einer zukunftsähigen Krankenhauslandschaft mit einem reinen Blick auf die Ergebnisqualität ausgeblichen und ein kalter Strukturwandel wird einer geordneten Krankenhausversorgungsstruktur vorgezogen.

Primärarztsystem oder Gatekeeper-Modell

Viele Länder, auch außerhalb der EU, nutzen dieses Modell. In Deutschland fehlt es leider derzeit an Hausärzten, so dass eine schnelle Umsetzung eher als unwahrscheinlich angesehen werden kann bzw. sich zunächst hohe Wartezeiten ergeben werden. Insofern wäre ein HMO-Modell, sozusagen eine Poli-

in Höhe von 385 Euro, der erst verzehrt werden muss (Eigen Risiko). Dieser kann aber erhöht werden, um die Monatsbeiträge zu senken. In Deutschland könnte dieses Modell ebenfalls eingeführt und soziale Härtefälle in der Höhe des Selbstbehalts hingegen berücksichtigt werden. Im Prinzip sind die Zuzahlungen eingeführt worden, um eine Förderung der Eigenverantwortung zu erzielen. Allerdings sind diese nunmehr so gering im Verhältnis zu den gezahlten Leistungen, dass Anpassungen erforderlich sind.

Digitale Gesundheitsplattformen

Seit 2000 wird in Deutschland versucht, eine elektronische Patientenakte (ePA) auf den Weg zu bringen. Erst im Jahr 2025 wurde dies erfolgreich umgesetzt, so dass jeder Versicherte über einen ePA-Zugang bei seiner Krankenkasse verfügen kann. In Dänemark kann seit mehreren Jahren über das Portal sundhed.dk ein viel umfangreicheres Portal genutzt werden, um sich umfassend über Gesundheitsdienstleistungen zu informieren und eigene Diagnosen, Medikation, Impfungen und Befunde einzusehen. In den Nie-

derlanden konnte dieser Fortschritt – im Vergleich zu Deutschland – nicht erzielt werden. Auch in den Niederlanden beherrschen die großen Lösungen die Digitalisierung. Gleichzeitig ist die Digitalisierung in den Niederlanden nicht denkbar, reicht nicht oder umsetzbar. Doch, warum eigentlich nicht? Der Titel dieses Beitrags wurde bewusst so gewählt. Gleichwohl welche Entscheidung die Bundesregierung treffen wird: Es gibt immer einen oder mehrere Akteure, die das Vorgehen bei Veränderungen im Gesundheitswesen scharf kritisieren. Wechseln wir einmal von der mikroökonomischen Brille zu der makroökonomischen Sicht: Die hohen Sozialausgaben schrecken Investoren ab, weil der Produktions- oder Dienstleistungsstandort Deutschland im weltweiten Wettbewerb nicht mehr so attraktiv ist wie er es einmal war. Ein ernstzunehmendes Warnsignal! Momentan gibt die Bundesrepublik für Gesundheit eben zu viel Geld aus und die erwarteten Ergebnisse sind bedauerlicherweise nur mittelmäßig. Jedes verantwortungsvolle Unternehmen würde hier umgehend handeln. Warum aber nicht der Staat? An Erkenntnissen fehlt es nicht, vielmehr an dem Mut der Umsetzung. Insofern sollten ausgewogene Konzepte der anderen Länder als Inspiration aufgegriffen werden. Die Niederlande und Dänemark nehmen den Rang vier und fünf im Health Index ein und zählen damit zu den Top fünf der besten Gesundheitssysteme der Welt. An Platz eins, zwei und drei stehen Taiwan, Südkorea und Japan. Wir müssen daher gar nicht so weit reisen, sondern bei unseren direkten Nachbarn lernbereit, lernwillig und vor allem umsetzungsbereit zu sein. Die wirtschaftspolitischen Ergebnisse und die höhere Lebenserwartung mit geringen Sterblichkeiten werden sich in den Folgejahren einstellen, wenn wir die Transformation denn zu lassen. ■

Prof. Dr. Lars Timm
Vorstand HC&S AG

Studiendekan der Hochschule Fresenius