



Dokumentation

**Vergleich von ambulanter und stationärer Versorgung
in ausgewählten Ländern**

**Vergleich von ambulanter und stationärer Versorgung
in ausgewählten Ländern**

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 017/23
Abschluss der Arbeit: 31.03.2023
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Vorbemerkung	4
2.	Beiträge mit vergleichenden Darstellungen	5
3.	Zur Situation in einzelnen Ländern	11
3.1.	Dänemark	11
3.2.	Großbritannien	14
3.3.	Niederlande	15
3.4.	Österreich	17
3.5.	Schweiz	19

1. Vorbemerkung

In Deutschland wächst seit Jahren die Diskrepanz zwischen dem Ziel einer flächendeckend qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung und dem Gebot einer bedarfsgerechten und auskömmlichen Finanzierung des Gesundheitssystems. Viele Krankenhäuser befinden sich in einer schwierigen finanziellen Lage, sodass insbesondere kleineren Krankenhäusern die Gefahr von Einschränkungen oder gar Schließungen droht.¹ Hierdurch ist vornehmlich die medizinische Versorgung im ländlichen Raum gefährdet.² Der Koalitionsvertrag 2021 sieht eine Reformierung der Krankenhausversorgung vor, um diese moderner und bedarfsgerechter zu gestalten und auskömmlich zu finanzieren, um den genannten Gefahren entgegenzuwirken.³ Hierzu wurde eine bereits im Koalitionsvertrag angekündigte Regierungskommission beauftragt, schriftliche Empfehlungen zur Neustrukturierung zu erarbeiten, die in einen Gesetzentwurf einfließen sollen.⁴ Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) plant, bis zum Sommer 2023 einen entsprechenden Referentenentwurf für eine große Krankenhausreform vorzulegen.⁵

Eine Umstrukturierung im Krankenhaussektor wird Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem und mithin auch auf die ambulante Krankenversorgung in Deutschland haben. So wird in der dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung eine Auflösung der strikten Sektorentrennung von ambulanter und stationärer Versorgung empfohlen, um dem Problem, dass Krankenhäuser zum Teil Behandlungen vornehmen, die auch ambulant erbracht werden könnten, entgegenzutreten und

-
- 1 Grun, Laura/Goeckel, Karin, Wenn kleine Kliniken vor dem Aus stehen, Tagesschau.de, Stand: 13. November 2021, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/kliniken-113.html>; Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 31. März 2023.
 - 2 Blum, Karl u. a., Umfrage August 2022: Drängende Problemlagen deutscher Krankenhäuser, Deutsches Krankenhausinstitut (DKI), 24. August 2022, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2022/DKI_Blitzumfrage_Krankenhaus-Pool_Draengende_Problemlagen.pdf.
 - 3 Mehr Fortschritt wagen, Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Koalitionsvertrag 2021 - 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), vom 24. November 2021, S. 86, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>.
 - 4 Die im Mai 2022 eingerichtete Regierungskommission veröffentlichte bisher vier Empfehlungen, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Zu den Empfehlungen der Regierungskommission siehe BMG, Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Stand: 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>.
 - 5 Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Krankenhausreform, Stand: 13. März 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/krankenhausreform.html>.

die stationäre Versorgung zu entlasten.⁶ Vor diesem Hintergrund ist der Vergleich zur Struktur des Gesundheitswesens in anderen Ländern von besonderem Interesse, insbesondere soweit diese sich mit ähnlichen Fragen befasst oder strukturelle Änderungen bereits vorgenommen haben.

Die Dokumentation gibt auftragsgemäß einen Überblick zu Beiträgen, die das Verhältnis von stationärer und ambulanter Krankenversorgung in den Ländern, Dänemark, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz beleuchten. Darüber hinaus liefert diese Dokumentation einen kurzen Überblick zu den Spezifika der Gesundheitssysteme dieser europäischen Länder und stellt im Besonderen die durchschnittlichen Arztkontakte, Liegezeiten und das Aufsuchen von Notaufnahmen dar. Für den Bereich der Notfallversorgung stehen, soweit ersichtlich, lediglich Daten aus den Jahren 2011 bis 2014 zur Verfügung.

Bei den gegenübergestellten Daten ist zu beachten, dass internationale Vergleiche der Krankenversorgung differenziert zu betrachten und nur begrenzt aussagekräftig sind. In einer Analyse ausgewählter Gesundheits- und Versorgungsindikatoren der Datenbank der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) stellte das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) fest, dass eine Bewertung der Daten nur mit einer gleichzeitigen Betrachtung der Besonderheiten der jeweiligen Gesundheitssysteme und bevölkerungsspezifischen Merkmale möglich sei.⁷

2. Beiträge mit vergleichenden Darstellungen

OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, abrufbar unter <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

Die OECD stellt mit diesem umfassenden Bericht, der immer wieder aktualisiert wird, eine länderübergreifende Bewertung der Leistung der nationalen Gesundheitssysteme in der Europäischen Union bereit. Dieser gibt einen Überblick über Schlüsselindikatoren für Gesundheit und Gesundheitssysteme in allen EU-Mitgliedstaaten. Des Weiteren werden der Gesundheitszustand der Bevölkerung und einige der wichtigsten Risikofaktoren für die Gesundheit dargelegt. Darüber hinaus veröffentlicht die OECD mehrere Ländervergleiche zu ambulanter und stationärer Krankenversorgung unter anderem in Europa, abrufbar unter <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>. Hierbei werden Daten und Trends zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern bereitgestellt, so etwa die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen pro 1.000 Einwohner, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>, die durchschnittlichen Arztkontakte der Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr, ab-

6 BMG, Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission, Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung, 6. Dezember 2022, S. 6, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Vergue-tung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf.

7 Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aussagekraft von Krankenhausstruktur und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten, 1. Juli 2021, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilun-gen/2021/20210701_Endbericht_OECD-Daten_DKI.PDF.

rufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>, die Länge der Krankenhausaufenthalte, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>, die Krankenhausentlassungen pro 100.000 Einwohner, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm>, die Anzahl der Krankenhausbetten auf 100.000 Einwohner, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-beds.htm>, die gesamten Gesundheitsausgaben in US-Dollar pro Kopf, abrufbar unter <https://data.oecd.org/health-res/health-spending.htm> oder die Angaben von Besuchen der Notaufnahme in der OECD-Broschüre Tackling Wasteful Spending on Health, 2017, abrufbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264266414-en.pdf?expires=1680163318&id=id&ac-name=ocid177634&checksum=18C6EB20DCDF27F37C58D520163E7F38>.

OECD, Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, 2020, abrufbar unter <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/a92adee4-en.pdf?expires=1679561508&id=id&ac-name=ocid177634&checksum=6A60E7163A07A703BE94DF51366A1E48>.

In diese Studie wird die primäre (ambulante) Gesundheitsversorgung in den OECD-Ländern mit der Zielstellung analysiert, herauszuarbeiten, wie sich diese weiterentwickeln müsse, um den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden und das volle Potenzial der primären Gesundheitsversorgung auszuschöpfen. So führe eine gute primäre Versorgung zu niedrigeren Raten von Krankenhauseinweisungen und der Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Zudem könne der Ausbruch chronischer Krankheiten verzögert und die Sterblichkeitsrate verringert werden.

Vor dem Hintergrund, dass sich der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren laut OECD bis 2050 auf 28 Prozent fast verdoppeln werde, müssten alle OECD-Länder ihre Gesundheitssysteme umgestalten, insbesondere um eine qualitativ hochwertigere Versorgung für Menschen mit lang andauernden chronischen Erkrankungen bereitzustellen. Als Ergebnis wird in der Studie festgehalten, dass die Neugestaltung der primären Gesundheitsversorgung mit multiprofessionellen Teams sowie die Ausstattung mit digitaler Technologie Lösungsansätze bieten könnten. Die Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung könne einen wichtigen Beitrag dazu leisten, unnötige stationäre Behandlungen zu vermeiden (Executive Summary, S. 11).

World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe, Spending on health in Europe, entering a new era, Copenhagen, 2021, abrufbar unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340910>.

In diesem Bericht werden die Gesundheitsausgaben in 53 Ländern der Europäischen Union von 2000 bis 2018 analysiert. Es wird versucht, Zusammenhänge zwischen der Finanzierung des Gesundheitssystems und den Auswirkungen der Corona-Pandemie herzustellen. In dem Bericht wird festgestellt, dass die Länder im Jahr 2020 schnell zusätzliche Mittel für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt hätten. Diese höheren öffentlichen Investitionen sollten jedoch künftig darauf abzielen, nachhaltiger zu sein, sodass eine Resilienz des Gesundheitssystems aufgebaut werden könne. Sparmaßnahmen innerhalb des Gesundheitssektors dürften demnach auch bei sinkenden Steuereinnahmen keine Option sein.

Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts für die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aussagekraft von Krankenhausstruktur und Qualitätsvergleichen auf Basis von OECD-Daten, 1. Juli 2021, abrufbar unter https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.7_Presse/1.7.1_Pressemitteilungen/2021/20210701_Endbericht_OECD-Daten_DKI.PDF.

Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat mit Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bestimmte Gesundheits- und Versorgungsindikatoren der OECD-Datenbank dahingehend untersucht, ob diese für internationale Vergleiche geeignet sind. Die Daten ausgewählter Länder (Deutschland, Dänemark, Niederlande, Frankreich, Österreich) wurden vor dem Hintergrund der jeweiligen Gesundheitssysteme und bevölkerungsspezifischen Merkmale betrachtet. So konnten Unterschiede zum Teil erklärt und die Aussagefähigkeit der Statistiken – beispielsweise mit den Parametern Altersstrukturen, Präventionsmaßnahmen oder auch Datenvalidität aufgrund Unterschiede bei der Diagnoseerstellung oder Kodierung – eingeordnet werden. Dem internationalen Vergleich wurden die Statistiken der OECD-Daten zur 30-Tage-Herzinfarkt- und Schlaganfallmortalität, zu Krankenhausaufnahmen bei Diabetes, zur Krankenhaus- und Betten-dichte, zu stationären Fallzahlen, zu Akutbetten und zur Verweildauer zugrunde gelegt. Die vorgenommenen Analysen zeigten, dass hinsichtlich der ausgewählten Gesundheits- und Versorgungsindikatoren der OECD-Datenbank die Aussagekraft für internationale Vergleiche begrenzt sei. Dies gelte insbesondere, da die Datenvalidität teilweise erheblich eingeschränkt sei und bei internationalen Vergleichen Unterschiede in der Soziodemografie, der Morbidität und dem Risikoverhalten der Bevölkerung sowie in den Gesundheitssystemen und Versorgungsstrukturen kaum Berücksichtigung fänden.

Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankhausbereich.pdf.

Das Gutachten betrachtet die Investitionsfinanzierung im deutschen Krankenhauswesen in Deutschland. Dabei erfolgt auch ein internationaler Vergleich zur Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern in Dänemark, Österreich, Schweiz, Frankreich, Niederlande, Japan und Australien. Mit dem Vergleich wird versucht, unterschiedliche Lösungsansätze für eine auskömmliche Finanzierung des Gesundheitswesens zu beleuchten. Es zeige sich, dass die einzelnen Länder große Unterschiede aufweisen in der Ausgestaltung, der politischen Steuerung und vor allem der Finanzierung ihrer Krankenhausstrukturen. Eine hochwertige Leistungserbringung der Krankenhäuser erfordere kapitalintensive Investitionen. Hierfür könnten die erforderlichen Mittel entweder als öffentliche Fördermittel oder über entsprechende Zuschläge auf die Leistungsvergütung zur Verfügung gestellt werden. Aus ordnungspolitischer Sicht hätten sich Modelle, in denen die Investitionskosten in der Fallpauschalenvergütung berücksichtigt werden (wie z. B. in den Niederlanden und der Schweiz), als vorteilhaft erwiesen, da diese eine wettbewerbliche und leistungsbezogene Steuerung der Investitionen ermöglichen. Gerade das Fallpauschalensystem in

Deutschland steht aktuell im Rahmen der derzeitigen Diskussion zur Krankenhausfinanzierungsreform in der Kritik, da es Fehlanreize schaffe und den Fokus zu stark auf die Ökonomie anstatt auf die medizinische Versorgung in den Krankenhäusern lege.⁸

IGES Institut GmbH, Internationaler Vergleich ambulanter Vergütung, Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive, Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, 5. Juni 2019, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_IGES_-_internat_oek_Vergleich_bf.pdf.

Das Gutachten, das im Auftrag des BMG erarbeitet wurde, soll einen Überblick über die bestehenden Vergütungsstrukturen ermöglichen. In dem Ergebnisbericht wird ein Vergleich zwischen den Systemen der ambulanten ärztlichen Vergütung von 19 ausgewählten Ländern und dem Vergütungssystem in Deutschland gezogen. Es zeige sich, dass es angesichts der Vielfalt und Dynamik der Entwicklung von Bedarf und Angebot ärztlicher Versorgung kein optimales Vergütungssystem gebe. Stattdessen unterliege die Vergütung ärztlicher Leistungen einem permanenten Anpassungs- und Reformdruck mit dem Ziel, die typischen und meist unvermeidbaren Fehlanreize der verschiedenen Vergütungsformen neu auszutarieren und dadurch zu minimieren. Das Gutachten enthält auf den Seiten 21 bis 23 einen umfassenden Ländervergleich, der auch die jeweiligen Besonderheiten herausstellt. Anschließend erfolgt eine vertiefte Analyse ausgewählter Länder, in der Gestaltungselemente betrachtet werden, die auch mit Blick auf die Weiterentwicklung deutscher Vergütungssysteme diskussionswürdig erscheinen.

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Neubauer, Günter u. a., Ambulant-ärztliche Versorgung, Ein Blick ins westeuropäische Ausland, September 2021, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2021-Ambulant_aerztliche_Versorgung-_Ein_Blick_ins_westeuropaeische_Ausland.pdf.

Mit der Studie soll der Frage nachgegangen werden, ob es in ausgewählten europäischen Ländern einheitliche Vergütungsordnungen für die ambulante ärztliche Versorgung gibt und ob eine einheitliche Honorarordnung ärztliche Vergütungsunterschiede sowie Differenzen bei der medizinischen Versorgung vermeiden kann. Es werden in dieser Studie ausgewählte Länder begutachtet, deren öffentliche Gesundheitssysteme beitragsfinanziert sind und bei denen die Organisation der ärztlichen Versorgung ähnlich der deutschen ist. Hierbei wird dargelegt, dass sich die europäischen Nachbarländer hinsichtlich der Finanzierungssystematik und Organisation der (ambulanten) medizinischen Versorgung erheblich unterscheiden würden. Als Fazit wird festgestellt, dass auch bei einer einheitlichen Gebührenordnung mit einheitlichen Preisen nicht verhindert werden könne, dass sich ein Sekundärmarkt bilde, bei dem Patienten und Patientinnen ärztliche Leistungen zu höheren Preisen nutzten, wenn Teile der Nachfrage nach ambulanten ärztlichen Leistungen nicht hinreichend im öffentlichen Gesundheitssystem abgedeckt würden.

8 Deutschlandfunk, Lauterbachs Krankenhausreform, Was sich in Deutschlands Kliniken ändern soll, 13. März 2023, abrufbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html#Fallpauschale>.

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Arentz, Christine/Wild, Frank, Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, Juli 2020, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP_Analyse_3_2020_Vergleich_Gesundheitssysteme_Covid19.pdf.

Im Rahmen dieser Studie wird untersucht, wie sich die Gesundheitssysteme in europäischen Ländern (die Analyse fokussiert sich hierbei auf 15 europäische Staaten) vor der Covid-19-Pandemie darstellten. Es wird auch ein Vergleich gezogen, wie stark die einzelnen Länder von der Pandemie betroffen waren und wie die Gesundheitssysteme auf die Covid-19-Pandemie reagieren konnten. Hierbei wurden besonders die Krankenhaus- und Intensivbetten und personellen Ressourcen näher beleuchtet, da die Autoren davon ausgehen, dass für die Bewältigung einer Pandemie insbesondere deren Anzahl entscheidend sei, um die Sterblichkeitsraten niedrig zu halten. Im Ergebnis wiesen die betrachteten Länder eine sehr unterschiedliche Bettenkapazität in der stationären Akutversorgung auf, wobei Deutschland mit der höchsten Kapazität hervorstach (Grafiken S. 3/4). Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass das deutsche Gesundheitssystem innerhalb der ersten Infektionswelle der Covid-19-Pandemie in Bezug auf Kapazitätsausweitung und zielgerichteter Behandlungen von Covid-19-Patienten und -Patientinnen im Vergleich zu anderen europäischen Ländern in der Lage gewesen sei, schnell zu reagieren.

Institut für Höhere Studien – Institute for Advanced Studies (IHS), Riedel, Monika/ Czypionka, Thomas, Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen, Endbericht, Studie im Auftrag der Superiorenkonferenz der Männerorden, 2019, abrufbar unter <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5018/1/ihs-report-2019-riedel-czypionka-spitalstraegerschaft.pdf>.

In dieser Studie wurden unterschiedliche Typen von Trägerschaften im Spitalswesen verglichen. Es wird hierbei zwischen öffentlicher, privatgemeinnütziger und privatgewinnorientierter Trägerschaft unterschieden. Die Studie zeigt, dass zwischen den europäischen Ländern keine Einigkeit darüber herrsche, ob ein Trägernmix oder eine einheitliche Trägerschaft bei Krankenhäusern vorzuziehen sei. Die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der einzelnen Trägertypen würden von Ländern mit Trägervielfalt miteinander positiv im Wettbewerb genutzt.

Hahn, Ursula u. a., Angebotsstrukturen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung: Deutschland und andere dezentral organisierte Gesundheitssysteme, in: Das Gesundheitswesen 2021, S. 337-344, abrufbar unter <https://doi.org/10.1055/a-1390-3935>.

Länderübergreifend werden die ambulanten Angebotsstrukturen unter Beachtung verschiedener angebotsstruktureller Merkmale mit Zahlen von 2018 verglichen. In den Vergleich werden die Länder England, Schweiz, Dänemark, Niederlande, Deutschland einbezogen. Aufgezeigt wird, dass die deutschen Angebotsstrukturen im Gesundheitssektor eine größere Kleinteiligkeit aufweisen würden als in anderen dezentralen Gesundheitssystemen. Eine vergleichbar hohe Zahl an Einzelpraxen wie in Deutschland sei sonst nur in Frankreich und der Schweiz zu erkennen. Auch die fachärztliche Versorgung finde im Gegensatz zu den Vergleichsländern überwiegend in Einzelpraxen statt. Um mit Hilfe einer Datenanalyse einen Beitrag zur gezielten Versorgungssteuerung leisten zu können, sei allerdings eine breitere Datenbasis erforderlich.

Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in: Health Policy, Jahrgang 123, Heft 1, Januar 2019, S. 1-10, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.

Dieser Beitrag untersucht Notfall- und Notfallversorgungssysteme in sechs Ländern und Reformtrends, um aktuellen Herausforderungen wie einer Überfüllung der Notaufnahmen, langen Wartezeiten und im Allgemeinen der steigenden Anzahl von Notaufnahmen entgegenzuwirken. Die Autoren sehen insbesondere in einer besseren Beratung der Patientinnen und Patienten und einer Neugestaltung der Notfallversorgung einen Lösungsansatz. Wichtig sei auch eine strukturierte Koordinierung zwischen verschiedenen Notfallversorgern, die bislang in mehreren Ländern fehle, insbesondere bei lebensbedrohlichen Vorfällen.

Kleinke, Fabian u. a., Instrumente der ambulanten Bedarfsplanung - ein Vergleich ausgewählter europäischer Länder, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 4/5 in 2019, S. 22-27, abrufbar unter <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-22>.

Untersucht wird das aktuelle Verfahren der ambulanten Bedarfsplanung und es wird – mit Blick auch auf die Situation in verschiedenen Ländern – die Frage aufgeworfen, ob mit dieser eine gerechte Verteilung der ambulanten Versorgungskapazitäten erreicht werden könne. Die Autoren zeigen auf, dass in den untersuchten Ländern Deutschland, Niederlande, Schweden, Österreich und England die ambulante Bedarfsplanung und ambulante Versorgungsstruktur sehr unterschiedlich ausgestaltet sei. In den Ländern England, den Niederlanden und Schweden existiere aufgrund der fachärztlichen Versorgung der Patienten und Patientinnen an Krankenhäusern keine doppelte Facharztstruktur, so wie sie in Deutschland und Österreich vorkomme. Ein Termin bei einem Facharzt könne in diesen Ländern nur durch eine Überweisung eines Allgemeinmediziners erfolgen. Ein Ergebnis der Studie sei, dass eine gemeinsame Planung der Hausärzte und nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe (nicht-ärztliche Praxisassistentinnen, ambulante Pflege, Therapeuten) auf regionaler Ebene für Deutschland eine sinnvolle Weiterentwicklung zur zukünftigen Sicherstellung der Versorgung wäre. Eine solche gemeinsame Planung der gesamten Primärversorgung solle zunächst in Modellregionen implementiert und evaluiert werden. Darüber hinaus befinden die Autoren, dass die fehlende zentrale oder föderale Steuerung der Facharztweiterbildung eine sinnvolle Verbindung der Anzahl der Aus- und Weiterbildungsplätze mit dem tatsächlichen Bedarf an Ärzten in den verschiedenen Arztgruppen verhindere.

Finkenstädt, Verena, Der Umgang mit Wartezeiten in Gesundheitssystemen - ein international vergleichender Überblick, in: Das Gesundheitswesen, 2015, S. 768-774, abrufbar unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1387758>.

Diese Studie untersucht, wie in einzelnen OECD-Ländern mit Wartezeiten im Gesundheitssystem umgegangen wird und welche Informationen über Wartezeiten zu welchem Zweck veröffentlicht werden. Darüber hinaus erfolgt eine Gegenüberstellung von Wartezeiten und Finanzierungsformen des Gesundheitssystems. Die Analyse zeige, dass in rein staatlich organisierten Gesundheitssystemen der Zugang zur medizinischen Versorgung vielfach rationiert werde und eine Steuerung über Wartelisten sehr verbreitet sei. Zum Teil würden Daten zu Wartezeiten im Internet veröffentlicht. Diese Form von Rationierung führe zu Versorgungsunterschieden, denn einige Patienten und Patientinnen würden in den privaten Gesundheitssektor ausweichen und die Behand-

lung selbst zahlen, um Wartezeiten zu reduzieren. Hervorzuheben sind die erstellten tabellari-
schen Ländervergleiche zu den Patienteninformationen zu Wartezeiten im Krankenhaus im
OECD-Vergleich und zum öffentlichen Monitoring der Wartezeiten im Krankenhaus im OECD-
Vergleich sowie eine Gegenüberstellung von Wartezeiten und der Finanzierung des jeweiligen
Gesundheitssystems in den einzelnen Ländern (S. 770 bis 772).

3. Zur Situation in einzelnen Ländern

3.1. Dänemark

Das Gesundheitssystem in Dänemark ist im Gegensatz zum deutschen System staatlich und steu-
erfinanziert. Somit stammen nicht nur die Behandlungsvergütungen (über das Fallpauschalen-
system), sondern auch die Investitionsfinanzierungen direkt aus dem Staatshaushalt.

Sowohl die Planung, die Trägerschaft als auch die Vergütung der Krankenhäuser liegen in staatli-
cher Verantwortung. Die Zuständigkeit für die Krankenhäuser liegt bei den fünf dänischen Regio-
nen. Diese besitzen jedoch keine politische Eigenständigkeit. Sie stellen vielmehr verwaltungs-
technische Einheiten zwischen der Zentralverwaltung und den Kommunen dar. Die übergeord-
nete politische Koordinierung und Steuerung der Krankenhausstruktur findet deshalb durch die
dänische Regierung statt.⁹ Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde die dänische Krankenhaus-
landschaft deutlich verändert.¹⁰ Eine Vielzahl kleiner Krankenhäuser wurde geschlossen und die
Anzahl der Bettenkapazitäten stark reduziert.¹¹ Die Versorgung wurde **zentralisiert**, anstelle einer
wohnort-zentrierten Krankenhausplanung wurde eine **spezialisierte stationäre Versorgung** auf

9 Augurzky, Boris/Beivers, Andreas, Digitalisierung und Investitionsfinanzierung, Krankenhaus-Report 2019, Das
digitale Krankenhaus, Februar 2019, S. 74, abrufbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1_5.

10 Vgl. dazu auch Finanzierung der Krankenhausstrukturreformen in der Schweiz und in Dänemark, Wissenschaft-
liche Dienste des Deutschen Bundestages, Ausarbeitung vom 29. März 2023, WD 9 - 3000 - 018/23.

11 Augurzky, Boris/Beivers, Andreas, Digitalisierung und Investitionsfinanzierung, Krankenhaus-Report 2019, Das
digitale Krankenhaus, Februar 2019, S. 76, abrufbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1_5.

16 Klinikzentren¹² konzentriert.¹³ Hierzu wurden neun Krankenhäuser grundlegend modernisiert und sieben weitere Kliniken als Superkrankenhäuser neu errichtet.¹⁴

Die Schließung kleinerer Krankenhäuser bedeutet allerdings, insbesondere für die Patienten und Patientinnen im ländlichen Raum, oft längere Wege zum Krankenhaus. So stieg die durchschnittliche Entfernung zur nächsten Akut- bzw. Notaufnahmeeinrichtung für die dänische Bevölkerung von 11,1 Kilometern im Jahr 2011 auf 14,4 Kilometern im Jahr 2020.¹⁵ Die Zahl der Bürgerinnen und Bürger mit mehr als 20 Kilometer Fahrt zur nächsten Akut- bzw. Notaufnahmeeinrichtung stieg von 20 Prozent im Jahr 2011 auf 29 Prozent im Jahr 2020, das entspricht rund 1,6 Millionen Einwohner und Einwohnerinnen.¹⁶ Die Zahl der Bürgerinnen und Bürger mit mehr als 30 Kilometer Fahrt zur nächsten Akut- bzw. Notaufnahmeeinrichtung stieg von sieben Prozent im Jahr 2011 auf acht Prozent im Jahr 2020, dies entspricht 0,67 Millionen Einwohner und Einwohnerinnen.¹⁷ Dementsprechend ist vorgesehen, dass auch eine prähospitalen Struktur mit Notarztwagen und flächendeckendem Hubschraubereinsatz ausgebaut und weitere Gesundheitshäuser mit niedergelassenen Ärzten etabliert werden müssen.¹⁸ Problematisch im Rahmen der Umsetzung ist offenbar die Höhe der Baukosten, die deutlich oberhalb der Planungskosten zu liegen scheinen.

-
- 12 Berger, Elke u. a., Ergebnisbericht zum Förderprojekt Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark, Technische Universität Berlin, Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses, 31. August 2022, S. 23, abrufbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/161/2022-04-01_KIDD_Ergebnisbericht.pdf, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/k-idd-krankenhaus-impulse-fuer-deutschland-aus-daenemark.241>.
 - 13 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankhausbereich.pdf.
 - 14 Unterrichtung der Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drs. 19/3180, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/031/1903180.pdf>.
 - 15 Bertelsmann Stiftung, Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie, Ein Ländervergleich, Cacace, Mirella, Februar 2021, S. 24-23, abrufbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Krankenhausstrukturen_Corona_Laendervergleich_final.pdf.
 - 16 Bertelsmann Stiftung, Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie, Ein Ländervergleich, Cacace, Mirella, Februar 2021, S. 24-23, abrufbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Krankenhausstrukturen_Corona_Laendervergleich_final.pdf.
 - 17 Bertelsmann Stiftung, Krankenhausstrukturen und Steuerung der Kapazitäten in der Corona-Pandemie, Ein Ländervergleich, Cacace, Mirella, Februar 2021, S. 24-23, abrufbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Studie_Krankenhausstrukturen_Corona_Laendervergleich_final.pdf.
 - 18 Unterrichtung der Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drs. 19/3180, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/031/1903180.pdf>.

Man habe versucht, die Finanzierung mit Hilfe von Einsparungen in der Pflege zu sichern, was aber laut Medienberichten zu schwierigen Arbeitsbedingungen aufgrund einer schlechten Personalausstattung führte.¹⁹

Eine Vorreiterrolle nimmt Dänemark seit mehreren Jahren bei der Implementierung von E-Health-Lösungen ein.²⁰ Beispielsweise sind die elektronische Patientenakte wie auch die Möglichkeit zu elektronischen Überweisungen und Arzneimittelverschreibungen bereits umfassend eingeführt worden. Im Rahmen der Krankenhausneustrukturierung 2007 wurde diesem Bereich ein besonderer Stellenwert beigemessen, indem ein festgeschriebener Anteil von 20 Prozent der gesamten Investitionssumme explizit für den Bereich IT und Logistik vorgesehen war.²¹

In Dänemark ist die Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte mit 3,8 pro Jahr (2021) im Vergleich zu Deutschland mit 9,2 Arztkontakten pro Jahr (2021) sehr gering.²² Zu den sogenannten Liegezeiten in den Krankenhäusern gibt es in Dänemark soweit erkennbar keine aktuellen Daten. Die letzte verfügbare Angabe stammt aus dem Jahr 2014.²³ Mit 3,5 Tagen im Durchschnitt war die Liegezeit damals niedrig. Zum Vergleich: Die durchschnittliche Liegezeit lag in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2020 bei 7,4 Tagen (2014 waren es 7,6 Tage).²⁴ Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen pro 100 Einwohner lag in Dänemark im Jahr 2013 bei 15,6. In Deutschland lag der Wert im Jahr 2014 zum Vergleich bei 20,5 Kontakten pro 100 Einwohner.²⁵

-
- 19 Hans Böckler Stiftung, Ein demokratisches Gesundheitssystem für alle, Von Dänemark lernen, 10. Juli 2021, S. 30, abrufbar unter https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-008054/p_10_dossier_07_2021.pdf; Schmiester, Carsten, Ist Dänemarks Krankenhauspolitik ein Vorbild?, Stand: 10. September 2019, abrufbar unter <https://www.deutschlandfunkkultur.de/gesundheitsversorgung-ist-daenemarks-krankenhauspolitik-ein-100.html>.
 - 20 Vergleiche dazu etwa Matthias, Katja u. a., Verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland und ausgewählten europäischen Ländern, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 6/2022, S. 16-22, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2022-6-16/verordnungsfae-hige-digitale-gesundheitsanwendungen-in-deutschland-und-ausgewaehlten-europaeischen-laendern-jahrgang-76-2022-heft-6?page=1>.
 - 21 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, S. 38, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat-eien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.
 - 22 OECD Data, Doctor’s consultation, total, per capita, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.
 - 23 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dat-eien/5_Publika-tionen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.
 - 24 OECD Data, Length of hospital stay, acute care, days, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>.
 - 25 Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in Health Policy, Jahrgang 123, Januar 2019, S. 1-10, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.

3.2. Großbritannien

Die Verwaltung der finanziellen Mittel und die Gewährung eines kostenfreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung obliegt dem National Health Service (NHS).²⁶ Dieser ist der Regierung unterstellt und in vier eigenständige Institutionen für England, Schottland, Wales und Nordirland unterteilt. Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt zu einem überwiegenden Teil (80 Prozent) aus Steuermitteln. Sozialversicherungsbeiträge sichern die restliche Finanzierung ab.²⁷

Seit 2010 erfolgten in Großbritannien weitreichende Einsparmaßnahmen im gesundheitlichen Sektor des NHS, die zu einer Unterfinanzierung des Gesundheitssystems führten.²⁸ Insbesondere eine alternde Bevölkerung belastet das Gesundheitssystem stark. Die Pandemie hat diese Situation nochmals verschärft. Darüber hinaus bestünde laut Medienberichten für den NHS in Großbritannien eine Personalkrise.²⁹ Aktuell fehlen laut Einschätzung des parlamentarischen Gesundheitsausschusses im Londoner Unterhaus 12.000 Krankenhausärzte und mehr als 50.000 Pflegekräfte und Hebammen.³⁰ Deshalb habe sich ein starker Rückstau für geplante Operationen und Behandlungen in den Krankenhäusern gebildet. Der Brexit hat diese Entwicklungen ganz offensichtlich noch verschärft, denn das Gesundheitssystem in Großbritannien war und ist auf Arbeitskräfte aus der EU angewiesen. Diese würden nun aufgrund strengerer Visavorschriften und sich verschlechternder Arbeitsbedingungen allerdings nicht mehr in der erforderlichen Zahl zuwandern.³¹

-
- 26 Ettelt, Stefanie, Großbritannien vor dem Austritt aus der EU – Brexit und seine Folgen für das Gesundheitswesen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3/2018, S. 13-18, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-13/grossbritannien-vor-dem-austritt-aus-der-eu-brexit-und-seine-folgen-fuer-das-gesundheitswesen-jahrgang-72-2018-heft-3?page=1>.
- 27 Ettelt, Stefanie, Großbritannien vor dem Austritt aus der EU – Brexit und seine Folgen für das Gesundheitswesen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 3/2018, S. 13-18, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-13/grossbritannien-vor-dem-austritt-aus-der-eu-brexit-und-seine-folgen-fuer-das-gesundheitswesen-jahrgang-72-2018-heft-3?page=1>.
- 28 Stamm, Andreas, Britisches Gesundheitssystem kollabiert, ZDF heute, Stand: 28. November 2022, abrufbar unter <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/grossbritannien-gesundheitssystem-nhs-100.html>.
- 29 Striegler, Arndt, Personalkrise im Britischen Gesundheitsdienst: „Gefährlich fürs Patientenwohl, in: ÄrzteZeitung, 25. Juli 2022, abrufbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Personalkrise-im-Britischen-Gesundheitsdienst-Gefaehrlich-fuers-Patientenwohl-431025.html>.
- 30 Aden, Mareike, Ein Gesundheitssystem am Limit, ARD, Stand 5. August 2022, abrufbar unter <https://www.tagesschau.de/ausland/europa/grossbritannien-gesundheitsdienst-101.html>.
- 31 Zeit Online, Brexit wohl Mitschuld an Ärztemangel in Großbritannien, Stand 28. November 2022, abrufbar unter <https://www.zeit.de/politik/ausland/2022-11/grossbritannien-aerztemangel-brexit-studie>.

Die Primärversorgung übernehmen in Großbritannien die Hausärzte und Hausärztinnen. Diese entscheiden über das weitere Vorgehen und sind für die weiterführende fachärztliche Versorgung verantwortlich.³² Die ambulante fachärztliche Versorgung findet allerdings – im Gegensatz zum deutschen Gesundheitssystem –, neben der stationären Versorgung, allein in Kliniken statt.

Für Großbritannien liegen der OECD zuletzt Daten aus dem Jahr 2009 zur Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte vor. Die durchschnittliche Anzahl lag mit 5,0 pro Jahr deutlich geringer als in Deutschland (9,2 im Jahr 2021 und auch im Jahr 2009).³³ Auch die durchschnittliche Liegezeit in den Krankenhäusern ist mit 6,2 Tagen im Jahr 2019 im Vergleich zu Deutschland niedriger (7,4 Tage in 2020).³⁴ Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen pro 100 Einwohner war in England im Jahr 2014 mit 26,4 Kontakten allerdings sehr hoch (Deutschland 20,5 Kontakten auf 100 Einwohner im Jahr 2014).³⁵

3.3. Niederlande

Das niederländische Gesundheitssystem wird über Steuern und Sozialversicherungsbeiträge der Krankenversicherungen finanziert, die eine pauschale, einkommensunabhängige Prämie vom Versicherten und einen einkommensabhängigen Beitrag vom Arbeitgeber erheben.

Bis zum Jahr 2007 war in den Niederlanden die Regierung für die Krankenhausplanung und die Regulierung der Vergütung zuständig. Im Jahr 2008 wurde die staatliche Krankenhausplanung allerdings weitgehend abgeschafft.³⁶ Vielmehr erfolgt die Planung nunmehr durch Verhandlungen zwischen den einzelnen Leistungsanbietern und den Krankenversicherungen.³⁷ Eine zentrale Planung durch die staatliche Gesundheitsbehörde erfolgt nur noch für eine begrenzte Anzahl hochspezialisierter Leistungsbereiche wie z. B. Nieren-, Lungen- oder Lebertransplantationen oder etwa Strahlentherapie. Diese hochspezialisierten Leistungen werden vorwiegend von den

-
- 32 Bertelsmann-Stiftung, SmartHealthSystems, Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, Auszug NHS England, November 2018, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der digitale Patient/VV SHS-Studie England.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Studie_England.pdf).
- 33 OECD Data, Doctor's consultation, total, per capita, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.
- 34 OECD Data, Length of hospital stay, Length of hospital stay, acute care, days, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>.
- 35 Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in: Health Policy, Jahrgang 123, Januar 2019, S. 1-10, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.
- 36 Unterrichtung der Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drs. 19/3180, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/031/1903180.pdf>.
- 37 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

Universitätskliniken angeboten. Die Krankenhausdichte ist mit 4,3 allgemeinen Krankenhäusern je eine Million Einwohner im Vergleich zu Deutschland mit 18,7 je eine Million Einwohner deutlich geringer (Zahlen aus dem Jahr 2020).³⁸

Der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung wird in den Niederlanden durch Hausärzte sichergestellt, die auch die weiteren Versorgungswege der Patienten und Patientinnen steuern. Die ambulante fachärztliche Versorgung wird vor allem von den Krankenhäusern und sogenannten selbstständigen Behandlungszentren geleistet.³⁹ Die Krankenhäuser und Behandlungszentren sowie die Notfallversorgung befinden sich fast ausschließlich in privater Trägerschaft von gemeinnützigen Stiftungen, denen es gesetzlich verboten ist, Gewinne zu erwirtschaften.

Die Planung der ärztlichen Versorgung erfolgt durch die Steuerung der Zulassungskriterien zum Medizinstudium. Grundlage ist eine umfangreiche Berechnung zu den zukünftigen Bedarfen, die auch demografische Entwicklungen mit betrachtet. Neben dem Zugang zum Studium wird auch der Zugang zu den Facharztausbildungen reguliert. Des Weiteren entscheidet das Gesundheitsministerium über die Zulassung von Krankenhäusern, sodass hierdurch die ärztlichen Kapazitäten für die ambulante fachärztliche Versorgung mit gesteuert werden können.⁴⁰

In den Niederlanden lag die Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte mit 8,4 pro Jahr (2020) ähnlich hoch wie in Deutschland (9,2 pro Jahr (2021)).⁴¹ Die durchschnittliche Liegezeit in den Krankenhäusern ist mit 5,2 Tagen im Durchschnitt im Jahr 2020 im Vergleich zu Deutschland niedriger (7,4 Tage in 2020).⁴² Zur Verkürzung der Liegezeiten wurde an mehreren niederländischen Krankenhäusern der innovative Ansatz „Better in, Better out“ als Modell verfolgt. Die Patienten und Patientinnen sollen schon vor einer Operation und unmittelbar nach der Operation durch Bewegungsanreize und Physiotherapie so gekräftigt werden, dass sie nach dem Eingriff – etwa einer neuen Hüfte oder einem neuen Kniegelenk – möglichst schnell aus dem Krankenhaus

38 Barmer, Krankenhausreport 2022, Leistungsverlagerungen in der stationären Versorgung, September 2022, S. 38, abrufbar unter <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Krankenhausreporte/2022/barmer-krankenhausreport-2022.pdf>.

39 Finkenstädt, Verena, Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, WIP-Diskussionspapier 4/2015, November 2015, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Ambulante_aerztliche_Versorgung_Deutschland_Niederlande_Schweiz.pdf.

40 Kleinke, Fabian u. a., Instrumente der ambulanten Bedarfsplanung – ein Vergleich ausgewählter europäischer Länder, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 4-5/2019, S. 22-27, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2019-4-5-22.pdf>.

41 OECD Data, Doctor's consultation, total, per capita, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.

42 OECD Data, Length of hospital stay, Length of hospital stay, acute care, days, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>.

entlassen werden können.⁴³ Die Inanspruchnahme der Notaufnahmen pro 100 Einwohner lag in den Niederlanden im Jahr 2012 bei 12,4 und somit niedriger als in Deutschland (20,5 Kontakte auf 100 Einwohner/2014).⁴⁴

3.4. Österreich

Das Gesundheitssystem Österreichs ist föderal organisiert und zwischen Bund und Ländern aufgeteilt. Der Bund ist für die Regulierung der Sozialversicherungsträger und die meisten Aspekte der Gesundheitsversorgung zuständig. Die neun Bundesländer regeln und planen die Krankenhausversorgung in ihrem Zuständigkeitsbereich und sind für die Durchführung, Organisation und Finanzierung der stationären und ambulanten Gesundheitsversorgung in Krankenhäusern sowie für Krankenhausinvestitionen verantwortlich.⁴⁵ Das Gesundheitssystem finanziert sich solidarisch durch eine Mischung aus einkommensabhängigen Sozialversicherungsbeiträgen (Hauptanteil), steuerfinanzierten öffentlichen Geldern und aus privaten Zuzahlungen in Form von direkten und indirekten Kostenbeteiligungen.⁴⁶

Die gesetzliche Krankenversicherung ist in Österreich öffentlich-rechtlich organisiert. Sie wird allerdings nicht unmittelbar vom Staat durch Bundes- oder Landesbehörden vollzogen, sondern von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen. Zum 1. Januar 2020 ist eine Konsolidierung der neun Gebietskrankenkassen zu einer Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) vollzogen worden.⁴⁷ Daneben bleiben eine Sozialversicherung für Selbstständige und eine Versicherungsanstalt für den öffentlichen Dienst sowie wenige Betriebskrankenkassen für die Gesundheitsversorgung zuständig. Die Krankenkassen können grundsätzlich nicht frei gewählt werden. Vielmehr sind die Kriterien des Wohnorts und der zugehörigen Berufsgruppe für die Auswahl entscheidend.

43 Augustin, Birgit, Das niederländische Gesundheitssystem, Raus aus den Betten, Deutschlandfunk, Stand 24. November 2016, abrufbar unter <https://www.deutschlandfunk.de/das-niederlaendische-gesundheitssystem-raus-aus-den-betten-100.html>.

44 Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in: Health Policy, Jahrgang 123, Januar 2019, S. 1-10, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.

45 OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Österreich: Länderprofil Gesundheit 2021, abrufbar unter https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_at_german.pdf.

46 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten, 2019, abrufbar unter <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636>.

47 Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Krankenversicherung, Stand: 3. Januar 2023, abrufbar unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Sozialversicherung/Krankenversicherung.html>.

Die stationäre medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung übernehmen öffentliche, privat-gemeinnützige und rein private Krankenhäuser (Spitäler).⁴⁸ Die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung erfolgt einerseits durch niedergelassene Allgemeinmediziner, Fachärzte und Fachärztinnen in eigenen Praxen und andererseits durch Ambulatorien (der Krankenkassen oder privat geführt). Darüber hinaus stehen auch in den Krankenhäusern Spitalsambulanzen für die ambulante Versorgung zur Verfügung.⁴⁹

Medienberichten zufolge fehlen in Österreich zunehmend Kassenärzte.⁵⁰ Die drohende Pensionierungswelle könnte diese Situation noch verschärfen. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte würden in Österreich den Weg in den kaum regulierten Privat- und Wahlarzt-Bereich wählen. In der Folge blieben zunehmend Kassenstellen unbesetzt.⁵¹ Die Gründe seien mannigfaltig und erstreckten sich von Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen bis hin zu geografischen und finanziellen Aspekten. Infolge dessen käme es zu langen Wartezeiten für Termine und es gäbe keine Öffnungszeiten an den Wochenenden. Dies habe vielfach zur Folge, dass Patientinnen und Patienten stattdessen die Ambulanzen aufsuchen und diese damit überlastet werden, ein Phänomen, das auch in Deutschland für die Notaufnahmen in den letzten Jahren zunehmend beobachtet werden konnte. Um den stationären Sektor zu entlasten, müssten daher die Primärversorgungseinrichtungen ausgebaut werden.⁵² Das Gesundheitsministerium Österreichs plane deshalb in diesem Jahr eine Gesundheitsreform anzustoßen.⁵³

-
- 48 WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Prof. Dr. Neubauer, Günter u. a., Ambulant-ärztliche Versorgung, Ein Blick ins westeuropäische Ausland, September 2021, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2021-Ambulant_aerztliche_Versorgung- Ein_Blick_ins_westeuropaeische_Ausland.pdf.
- 49 WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Prof. Dr. Neubauer, Günter u. a., Ambulant-ärztliche Versorgung, Ein Blick ins westeuropäische Ausland, September 2021, abrufbar unter https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2021-Ambulant_aerztliche_Versorgung- Ein_Blick_ins_westeuropaeische_Ausland.pdf.
- 50 praktischArzt, Warum gibt es immer weniger Kassenärzte?, 12. April 2022, abrufbar unter <https://www.praktischarzt.at/magazin/warum-gibt-es-immer-weniger-kassenaerzte/>.
- 51 Der Standard, Wo Österreichs Gesundheitssystem an seine Grenzen gerät, Stand: 27. März 2023, abrufbar unter <https://www.derstandard.de/story/2000144918798/wo-oesterreichs-gesundheitssystem-an-seine-grenzen-geraet>; MeinBezirk.at, Ärztemangel in Österreich, System der Wahlärzte gehört abgeschafft, Stand: 6. April 2022, abrufbar unter https://www.meinbezirk.at/c-politik/system-der-wahlaeerzte-gehoeert-abgeschafft_a5262430; MeinBezirk.at, Ärztemangel, Gesundheitssystem "vor größtem Umbruch seit dem Krieg", Stand: 21. Juni 2022, abrufbar unter https://www.meinbezirk.at/c-gesundheit/gesundheitsystem-vor-groesstem-umbruch-seit-dem-krieg_a5410948.
- 52 Vienna.at, Österreich steuert auf Mangel bei niedergelassenen Kassenvertragsärzten zu, Stand: 28. März 2023, abrufbar unter <https://www.vienna.at/oesterreich-steuert-auf-mangel-bei-niedergelassenen-kassenvertragsaerzten-zu/7990384>.
- 53 Vienna.at, Rauch plant für 2023 breite Gesundheitsreform, Stand 22. Januar 2023, abrufbar unter [https://www.vienna.at/rauch-plant-fuer-2023-breite-gesundheitsreformen/7860130#:~:text=Sozial%2D%20und%20Gesundheitsminister%20Johannes%20Rauch%20\(Gr%C3%BCne\)%20will%202023%20eine,und%202024%20wirksam%20werden%20soll](https://www.vienna.at/rauch-plant-fuer-2023-breite-gesundheitsreformen/7860130#:~:text=Sozial%2D%20und%20Gesundheitsminister%20Johannes%20Rauch%20(Gr%C3%BCne)%20will%202023%20eine,und%202024%20wirksam%20werden%20soll).

In Österreich ist die Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte mit 5,8 pro Jahr (2020) niedriger als in Deutschland (9,2 pro Jahr (2021)).⁵⁴ Auch die durchschnittliche Liegezeit in den Krankenhäusern ist mit 6,2 Tagen im Durchschnitt im Jahr 2020 niedriger (Deutschland 7,4 Tage in 2020).⁵⁵ Daten hinsichtlich der Kontakte zu Notaufnahmen ließen sich für Österreich nicht ermitteln.

3.5. Schweiz

Auch das Gesundheitswesen in der Schweiz ist föderal ausgestaltet.⁵⁶ Während die politische Zuständigkeit für die bundesweite Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung (v. a. hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit) bei der Regierung liegt, sind die 26 Kantone für die Planung, Leistungsorganisation und für den Betrieb der Krankenhäuser zuständig.⁵⁷ Die Finanzierung der Krankenhausvergütung erfolgt im Wesentlichen über die Kantone sowie die obligatorische Krankenversicherung. Im Jahr 2012 wurden ein bundesweit einheitliches Fallpauschalensystem und eine festgeschriebene anteilige Kostenübernahme durch die Kantone an der Fallpauschalenvergütung für alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser auf der Spitalliste eingeführt.⁵⁸ Darüber hinaus erfolgte mit der Umstellung der Krankenhausvergütung im Jahr 2012 auch eine grundlegende Reform in der Systematik der Investitionskostenfinanzierung in der Schweiz. In den neu eingeführten DRG-Fallpauschalen sind die Investitionskosten für die Krankenhäuser nunmehr vollständig enthalten.⁵⁹

54 OECD Data, Doctor's consultation, total, per capita, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.

55 OECD Data, Length of hospital stay, Length of hospital stay, acute care, days, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>.

56 Vgl. dazu Leistungsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Ausarbeitung vom 1. September 2022, WD 9 - 3000 - 044/22, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/914562/96ed06913a5707c98d8755c518e042a7/WD-9-044-22-pdf-data.pdf>. Ein Überblick über die Betreiberlandschaft, die Bettenkapazität und Personalausstattung sowie die Finanzierung der Gesundheitsausgaben der Schweiz in: Einzelfragen zum schweizerischen Gesundheitssystem, Kennzahlen der Schweizer Spitäler und Surveillance-Systeme, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Sachstand vom 11. Januar 2023, WD 9 - 3000 - 085/22, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/934374/ff2e6be480f247497c3806fb735fb321/WD-9-085-22-pdf-data.pdf>.

57 Unterrichtung der Bundesregierung, Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, BT-Drs. 19/3180, abrufbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/19/031/1903180.pdf>.

58 Riedel, Monika/Czypionka, Thomas, Die Bedeutung der Spitalsträgerschaft in Gesundheitssystemen, Endbericht, Research Report 2018, abrufbar unter <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5018/1/ihs-report-2019-riedel-czypionka-spitalstraegerschaft.pdf>; Vgl. dazu auch: Finanzierung der Krankenhausstrukturereformen in der Schweiz und in Dänemark, Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, Ausarbeitung vom 29. März 2023, WD 9 - 3000 - 018/23.

59 Gutachten des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich Endbericht, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 6. Dezember 2017, abrufbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Schweiz ist eine verpflichtende Grundversicherung für die gesamte Bevölkerung. Sie stellt eine Individualversicherung (ohne Familienversicherung) dar. Es ist eine freie Wahl zwischen den Krankenversicherern möglich. Zwischen den Krankenversicherern besteht Beitragswettbewerb.⁶⁰ Die als Kopfprämien zu entrichtenden Beiträge sind (unabhängig vom Einkommen und Vermögen des Versicherten) je nach Krankenkasse und Kanton unterschiedlich hoch und diese werden vom Bundesamt für Gesundheit kontrolliert.⁶¹ Versicherte mit niedrigem Einkommen und Vermögen können einen staatlichen Zuschuss zu der zu zahlenden Kopfprämie erhalten. Die Krankenversicherer müssen jeden Patienten und jede Patientin grundversichern (Kontrahierungszwang) – unabhängig vom Risiko (Krankheit, Alter, etc.). Nur bei den privaten Zusatzversicherungen für Leistungen, die über die gesetzliche Grundversicherung hinausgehen, besteht Vertragsfreiheit.

Auch die Schweiz steht vor großen Herausforderungen – wie etwa steigende Gesundheitskosten⁶² und die notwendige Digitalisierung⁶³ – im Gesundheitssystem. In diesem Zusammenhang steht die Strategie „Gesundheit2030“, die der Bundesrat am 6. Dezember 2019 verabschiedet hat.⁶⁴ Sie konzentriert sich auf die vier dringlichsten Problemstellungen: Den technologischen und digitalen Wandel, die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen, den Erhalt einer qualitativ hohen und finanziell tragbaren Versorgung und die Chancen auf ein Leben in Gesundheit. Hierzu wurden Ziele und Maßnahmen entwickelt, die bis 2023 verfolgt und umgesetzt werden sollen.

Die letzten verfügbaren Daten zur Anzahl der durchschnittlichen Arztkontakte in der Schweiz stammen, soweit erkennbar, aus dem Jahr 2017. Mit einem durchschnittlichen Wert von 4,8 Kontakten pro Jahr war die Kontaktaufnahme deutlich geringer als in Deutschland (9,2 pro Jahr 2021, 9,9 im Jahr 2017).⁶⁵ Die durchschnittliche Liegezeit in den Krankenhäusern ist mit 6,4 Tagen im

60 Brock, Heinz, Das Gesundheitssystem der Schweiz — teuer, aber gut, in: Das österreichische Gesundheitswesen 63/2022, S. 22-24, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s43830-022-0087-1>.

61 Bundesamt für Gesundheit, Krankenversicherung – Prämienvergleich, Stand 14. März 2023, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praemien-kostenbeteiligung/praemienvergleich.html>.

62 Brock, Heinz, Das Gesundheitssystem der Schweiz — teuer, aber gut, in: Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ, 18. Mai 2022, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s43830-022-0087-1>.

63 Neue Züricher Zeitung, Die Schweiz hat die Digitalisierung des Gesundheitswesens verschlafen, Stand: 2. Februar 2021, abrufbar unter <https://www.nzz.ch/schweiz/der-vergleich-mit-daenemark-zeigt-wie-sehr-das-schweizer-gesundheitswesen-die-digitalisierung-verschlafen-hat-und-warum-sich-das-in-der-pandemie-boese-raecht-ld.1598285>.

64 Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020–2030, Stand 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html>.

65 OECD Data, Doctor’s consultation, total, per capita, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>.

Jahr 2020 ähnlich der Liegezeit in Deutschland (7,4 Tage in 2020).⁶⁶ Die Anzahl der Inanspruchnahme von Notaufnahmen pro 100 Einwohner lag in der Schweiz im Jahr 2011 bei 16,9⁶⁷ und somit nur ein wenig niedriger als in Deutschland (20,5 Kontakte auf 100 Einwohner/2014).⁶⁸

66 OECD Data, Length of hospital stay, Length of hospital stay, acute care, days, 2021 or latest available, abrufbar unter <https://data.oecd.org/healthcare/length-of-hospital-stay.htm>.

67 OECD, Tackling Wasteful Spending on Health, 2017, abrufbar unter https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264266414-en.pdf?expires=1679662945&id=id&ac_cname=ocid177634&checksum=7C2030A61D873D5ED192FF35C4D143B3.

68 Baier, Natalie u. a., Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands – Analyzing organization, payment and reforms, in: Health Policy, Jahrgang 123, Januar 2019, S. 1-10, abrufbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306390?via%3Dihub>.