



---

**Sachstand**

---

**Finanzierung der Krankenhausstrukturreformen in der Schweiz  
und in Dänemark**

**Finanzierung der Krankenhausstrukturreformen in der Schweiz und in Dänemark**

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 018/23  
Abschluss der Arbeit: 29.03.2023  
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**

<b>1.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Schweiz</b>	<b>4</b>
2.1.	Grundzüge der Strukturreform	4
2.2.	Änderungen der Krankenhausfinanzierung durch die Strukturreform	6
<b>3.</b>	<b>Dänemark</b>	<b>9</b>
3.1.	Grundzüge der Strukturreform	9
3.2.	Zur Finanzierung des dänischen Gesundheitssystems	10
3.3.	Zur Finanzierung der Strukturreform	11

## 1. Vorbemerkung

Die Bundesregierung bereitet aktuell eine umfassende Reform der Krankenhausfinanzierung auf Basis eines Bund-Länder-Pakts vor. Die bereits im Koalitionsvertrag<sup>1</sup> angekündigte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung<sup>2</sup> stellte am 6. Dezember 2022 ihre Empfehlungen für eine auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung vor.<sup>3</sup> Mit den vorgeschlagenen Reformschritten soll eine bundesweit neue Krankenhausversorgungsstruktur entwickelt werden. Vor diesem Hintergrund werden auch Krankenhausreformen in anderen europäischen Ländern in den Blick genommen. Auftragsgemäß befasst sich diese Arbeit mit der Finanzierung der Krankenhausstrukturreformen in der Schweiz und in Dänemark.

## 2. Schweiz

### 2.1. Grundzüge der Strukturreform

Am 21. Dezember 2007 verabschiedete das Schweizer Parlament eine Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG).<sup>4</sup> Ein Großteil der damit beschlossenen Änderungen im Bereich der Spitalfinanzierung wird seit dem 1. Januar 2012 umgesetzt. Die Ziele dieser Reform waren eine Dämpfung des Kostenwachstums im stationären Spitalbereich sowie die Förderung der wettbewerblichen Ausrichtung der Schweizer Spitäler.<sup>5</sup> Diese Ziele sollten durch die folgenden Änderungen des KVG im Bereich Spitalfinanzierung erreicht werden:

- 
- 1 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), S. 86, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 30. März 2023.
  - 2 Die im Mai 2022 eingerichtete Regierungskommission veröffentlichte bisher vier Empfehlungen, um notwendige Reformen im Krankenhausbereich anzugehen. Zu den Empfehlungen der Regierungskommission siehe Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, Stand: 13. Februar 2023, abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>.
  - 3 BMG, Qualität und Angemessenheit als Kriterien für Krankenhaus-Reform, 6. Dezember 2022, abrufbar unter <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/krankenhaus-reform-2150196>; Krankenhausreform: Drei Versorgungsstufen sollen es richten, in: Deutsches Ärzteblatt, 6. Dezember 2022, abrufbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139402/Krankenhausreform-Drei-Versorgungsstufen-sollen-es-richten>.
  - 4 Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 (Stand 18. März 2023), AS 1995 1328, abrufbar unter [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328\\_1328\\_1328/de](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de).
  - 5 Vgl. dazu auch: 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>.

- 
- Die Reform sieht eine Vergütung stationärer Spitalleistungen über **leistungsbezogene Pauschalen** vor, die auf einer einheitlichen Tarifstruktur basieren.<sup>6</sup> Darüber hinaus werden auch die Betriebskosten und Investitionskosten, die mit der Erbringung von stationären Spitalleistungen nach KVG in Verbindung stehen, über den Spitaltarif abgedeckt.
  - Gemäß § 49a KVG erfolgt eine **dual-fixe Finanzierung des Gesundheitssektors** durch die Kantone und die Versicherer. Die KVG-pflichtigen stationären Spitalleistungen werden nach einem fixen Finanzierungsschlüssel von anteilig 55 Prozent durch die Kantone und maximal 45 Prozent durch die obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet.<sup>7</sup> Dies gilt sowohl für Leistungen von Spitalern in öffentlicher als auch in privater Trägerschaft.<sup>8</sup>
  - Für eine stationäre Behandlung können die Versicherten unter den auf der Spitalliste ihres Wohnkantons oder auf der Liste eines anderen Kantons aufgeführten Spitalern im Sinne einer **freien Spitalwahl** auswählen.<sup>9</sup> Bei einer Behandlung in einem anderen Kanton haben sie Anspruch auf die gleiche Kostenübernahme wie bei einer vergleichbaren Behandlung in ihrem Wohnkanton. Eine Zusatzversicherung wird dadurch entbehrlich.
  - Gemäß Art. 39 Abs. 2 KVG erstellen die Kantone eine eigene bedarfsgerechte Spitalplanung. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin nehmen die Kantone hingegen gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vor. Der Bundesrat wurde nach Art. 39 Abs. 2 KVG beauftragt, hierzu einheitliche Planungskriterien für die **kantonale Spitalplanung** zu erlassen.
  - Gemäß Art. 58b Abs. 4 der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) sind bei der Auswahl und Beurteilung der Angebote auf den Spitallisten für die Spitalplanung unter anderem die **Kriterien der Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Leistungserbringung** zu beachten.<sup>10</sup>

---

6 Bundesamt für Gesundheit (BAG), Stationäre Tarifstrukturen, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/Tarifsystem-SwissDRG.html>.

7 Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, 30. November 2020, abrufbar unter <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bericht-09-528-edi-2020-11-30-d.pdf>.

8 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>.

9 Bundesrat, Spitalfinanzierung und freie Spitalwahl, abrufbar unter <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-88848.html>.

10 Trageser, Judith u. a., Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, 29. November 2018, abrufbar unter [https://www.infras.ch/media/filer\\_public/82/c6/82c60f00-aba5-4133-b0d6-3f0d2a979b0e/executive\\_summary\\_der\\_evaluation.pdf](https://www.infras.ch/media/filer_public/82/c6/82c60f00-aba5-4133-b0d6-3f0d2a979b0e/executive_summary_der_evaluation.pdf).

## 2.2. Änderungen der Krankenhausfinanzierung durch die Strukturreform

Die Finanzierung des Gesundheitssystems erfolgt in der Schweiz im Wesentlichen durch die Sozialversicherungen, die privaten Haushalte sowie den Staat.<sup>11</sup> Das Schweizer Bundesamt für Statistik (BFS) veröffentlichte zuletzt provisorische Finanzierungsdaten für das Jahr 2020.<sup>12</sup> Die Gesamtkosten des Gesundheitswesens betragen demnach 83.311 Millionen Franken für das Jahr 2020. Der Hauptteil der Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt über die staatliche Finanzierung durch die Kantone sowie über die Privathaushalte durch die Beiträge zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung.<sup>13</sup>

Die Reform der Spitalfinanzierung änderte in erster Linie die Aufteilung zwischen obligatorischer Krankenpflegeversicherung, Kantonen und Zusatzversicherung.<sup>14</sup> Nach Art. 49a Abs. 2 KVG muss der kantonale Anteil an der Vergütung der stationären Behandlung nunmehr mindestens 55 Prozent betragen. Zuvor lag der Kostendeckungsgrad der Kantone größtenteils zwischen 43 und 45 Prozent.<sup>15</sup> Laut Gesetzesbegründung wurde davon ausgegangen, dass die Kantone beim Übergang zur dual-fixen Finanzierung zusätzlich rund 140 bis 170 Millionen Franken übernehmen müssten.<sup>16</sup>

Zusätzlich belastet werden die Kantone auch dadurch, dass sie in den zuvor nicht subventionierten Privatspitälern nun auch einen hälftigen Finanzierungsanteil an den Behandlungen übernehmen müssen, wenn diese der kantonalen Planung entsprechen. Dies bedeutete eine Entlastung der Zusatzversicherungen zu Lasten des KVG-finanzierten Anteils.

Durch die dual-fixe Finanzierung aller stationären Spitalbehandlungen werden auch die Betriebskosten und Investitionskosten in die Spitalkosten aufgenommen. Da diese zuvor allein von

---

11 Riedel, Monika/Czypionka, Thomas, Die Bedeutung der Spitalträgerschaft in Gesundheitssystemen, Endbericht, Research Report 2018, abrufbar unter <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/5018/1/ihs-report-2019-riedel-czypionka-spitalstraegerschaft.pdf>.

12 Bundesamt für Statistik, Kosten, Finanzierung, abrufbar unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.html>.

13 Vgl. dazu 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/reesource/blob/934374/ff2e6be480f247497c3806fb735fb321/WD-9-085-22-pdf-data.pdf>.

14 Stellungnahme des Bundesrates zum Bericht der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates vom 31. Mai 2011, abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2011/817/de/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-fga-2011-817-de-pdf-a.pdf>.

15 Bundesrat, Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551, abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2004/1024/de>.

16 Bundesrat, Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung), BBl 2004 5551, abrufbar unter <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2004/1024/de>.

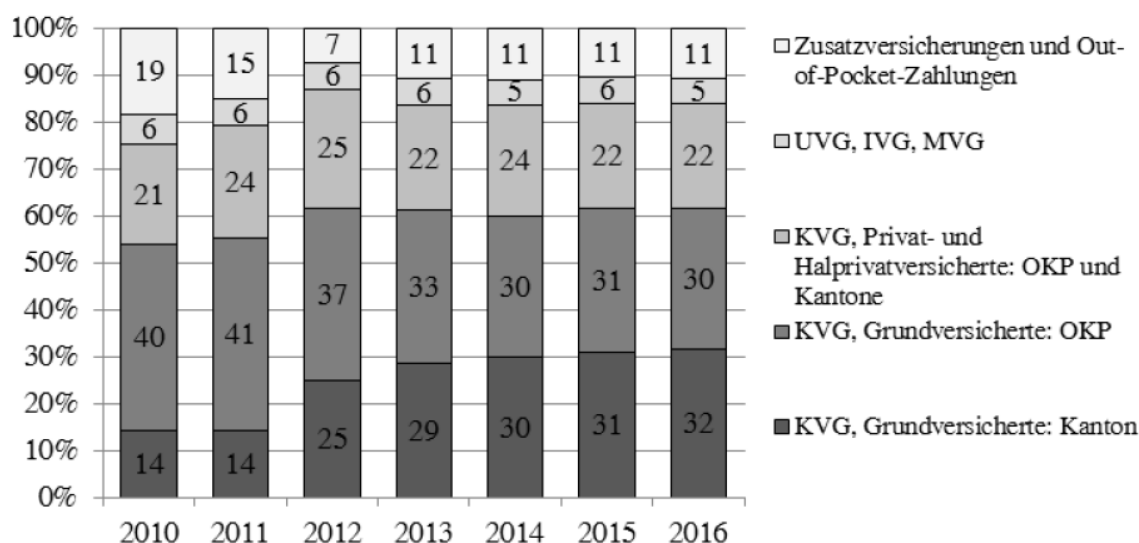
den Kantonen getragen wurden, führte diese neue Verteilung zu einer Entlastung der Kantone und einer entsprechenden Mehrbelastung der OKP.<sup>17</sup>

Die Auswirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung, insbesondere in finanzieller Hinsicht, wurden durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) evaluiert. Hierzu wurden mehrere Zwischenberichte und ein Abschlussbericht erstellt.<sup>18</sup>

In der folgenden Abbildung<sup>19</sup> wird die Entwicklung der Verteilung der Ausgaben für stationäre Spitalleistungen über die verschiedenen Kostenträger nachvollzogen. Es wird aufgezeigt, dass im Jahr 2016 etwa 85 Prozent der Kosten für stationäre Spitalleistungen in den Anwendungsbereich des KVG (Kantone und OKP) fallen. Weitere 5 Prozent werden von den Sozialversicherungen getragen. Etwa 10 Prozent der Ausgaben werden von den Zusatzversicherungen oder von Selbstzahlungen gedeckt. Seit 2013 sind diese Anteile stabil. Nach dem Jahr 2012 ist ein Rückgang des Anteils der Ausgaben der Zusatzversicherungen/Selbstzahlungen und eine Zunahme des Anteils der Kostenträger des KVG (Kantone und OKP) zu verzeichnen. Innerhalb des Anwendungsbereichs des KVG haben die Kantone von 2015 bis 2016 sukzessive einen größeren Teil der Ausgaben übernommen (von 14 Prozent im Jahr 2010 auf 31 Prozent im Jahr 2016). Dadurch trat eine schrittweise Entlastung der OKP ein: Die Anteile, die seitens der OKP übernommen wurden, haben sich von 40 Prozent im Jahr 2010 auf 30 Prozent im Jahr 2016 verringert. Auch die Anteile der Zusatzversicherungen haben sich verringert (von 19 Prozent in 2010 auf 11 Prozent in 2016). Den Evaluationsberichten zur KVG-Revision Spitalfinanzierung<sup>20</sup> kann folglich entnommen werden, dass die Kantone nach der Reform wie erwartet einen höheren Anteil an den Ausgaben für KVG-pflichtige stationäre Spitalleistungen tragen.

- 
- 17 Stokar, Thomas von, u. a., Finanzierung der Investitionen und gemeinwirtschaftlichen Leistungen von Spitälern, Machbarkeitsstudie im Rahmen der Evaluation der KVG-Revision Spitalfinanzierung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, abrufbar unter [https://www.infras.ch/media/filer\\_public/4e/24/4e24b487-a07b-4399-ad74-975505ff842f/machbarkeit\\_gwl\\_investitionen\\_anonymisiert\\_v2\\_bericht.pdf](https://www.infras.ch/media/filer_public/4e/24/4e24b487-a07b-4399-ad74-975505ff842f/machbarkeit_gwl_investitionen_anonymisiert_v2_bericht.pdf).
- 18 Bundesamt für Gesundheit (BAG), Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung: Kosten und Finanzierung des Versorgungssystems, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>.
- 19 Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha, 2016-2018 Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung – Schlussbericht des Monitorings (Évolution des coûts et du financement dans le système de soins depuis la révision du financement hospitalier), abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>.
- 20 Lobsiger, Michael/ Frey, Miriam, Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung Auswirkungen der Revision auf die Kosten und die Finanzierung des Versorgungssystems Schlussbericht 2019 im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, abrufbar unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/evaluationsberichte/evalber-kuv/evalber-kvg-revision-spitfi/evalber-kosten-finanz-versorgungssystem.html>.

Abbildung 5 Verteilung der Finanzierung der stationären Spitalleistungen auf die Kostenträger, 2010-2016



Bei der Verteilung der Finanzierungsanteile der KVG erfolgte eine stetige Annäherung an die vorgesehenen Finanzierungsanteile von mindestens 55 Prozent für die Kantone und maximal 45 Prozent für die OKP: Im Jahr 2010 lag das Verhältnis noch bei 73,8 Prozent für die OKP und bei nur 26,2 Prozent für die Kantone. Bereits 2015 lag es bei je 50 Prozent.<sup>21</sup> Seit 2017 betrug der Finanzierungsanteil mit Ausnahme von Basel-Stadt bei allen Kantonen 55 Prozent und entsprach damit der gesetzlichen Zielstellung.<sup>22</sup>

21 Pellegrini, Sonia/Roth, Sacha, Entwicklung der Kosten und der Finanzierung des Versorgungssystems seit der Revision der Spitalfinanzierung. Aktualisierung 2014-2015, Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, in: Obsan Bulletin 3/2017, abrufbar unter [https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan\\_bulletin\\_2017-03\\_d\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_bulletin_2017-03_d_0.pdf).

22 Bericht des Eidgenössischen Departements des Innern über die Auswirkungen einer einheitlichen Finanzierung der Leistungen im ambulanten und stationären Bereich, 30. November 2020, abrufbar unter <https://www.parlament.ch/centers/documents/de/bericht-09-528-edi-2020-11-30-d.pdf>.



### 3. Dänemark

#### 3.1. Grundzüge der Strukturreform

Dänemark hat im Jahr 2007 mit drei grundlegenden Veränderungen eine umfassende Strukturreform auf den Weg gebracht: Eine territoriale Neuordnung, funktionale Veränderungen des Gesundheitswesens und eine Änderung der Finanzierung des dänischen Sozialstaatsystems.<sup>23</sup>

Vor allem die Reform der Verwaltungsgliederung führte zu einer tiefgreifenden Veränderung des Gesundheitssystems. So wurden aus den bestehenden 13 Landkreisen mit weniger als 400.000 Personen fünf neue Regionen mit einer durchschnittlichen Einwohnerzahl von 1,1 Millionen Menschen. Sie besitzen keine politische Eigenständigkeit und stellen vielmehr verwaltungstechnische Einheiten zwischen Zentralverwaltung und den Kommunen dar. Die fünf Regionen sind aber für die stationäre Krankenversorgung zuständig.<sup>24</sup> Die Verantwortung für die Primärversorgung liegt bei den Kommunen, deren Anzahl von 271 auf 98 reduziert wurde (durchschnittliche Einwohnerzahl von knapp 60.000).<sup>25</sup>

Seit der Reform stimmen die Regionen mit der Dänischen Gesundheitsbehörde die Planung der Krankenhäuser ab. Hierzu wurde ein dreistufiges Versorgungskonzept entwickelt:

- eine Basisversorgung, die in jedem Krankenhaus vorzuhalten ist
- eine regionale Versorgung, die von ein bis drei Krankenhäusern pro Region erbracht wird und
- die hochspezialisierte Versorgung, für die jeweils überregional ein bis drei Krankenhäuser zuständig sind.<sup>26</sup>

Ausgehend von der Überzeugung, dass hochwertige Medizin nur in Krankenhäusern geleistet werden könne, die auch in ihrer baulichen, medizinisch-technischen und IT-Infrastruktur auf

---

23 Vgl. dazu: Stig, Kristina/Paulsson Lütz Ingalill, Financing of Health Care in the Nordic Countries (2013), abrufbar unter <https://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:968753/FULLTEXT01.pdf>. Sowie Andersen, Pernille Tanggaard/Jensen, Jens-Jorgen, Healthcare reform in Denmark, in: Scandinavian Journal of Public Health, abrufbar unter <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1403494809350521>.

24 Berger, Elke u. a., Ergebnisbericht zum Förderprojekt Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark, Technische Universität Berlin, Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses, 31. August 2022, abrufbar unter [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/161/2022-04-01\\_KIDD\\_Ergebnisbericht.pdf](https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/161/2022-04-01_KIDD_Ergebnisbericht.pdf).

25 Reichebner Christoph u. a., Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2020, S. 21-30, abrufbar unter [https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download\\_full\\_pdf=1](https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download_full_pdf=1).

26 Berger, Elke u. a., Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2018, S. 19-24, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-19.pdf>.

dem modernsten Stand sind,<sup>27</sup> soll bei der hochspezialisierten stationären Versorgung eine Konzentration in sogenannten „Superkrankenhäusern“ erfolgen.<sup>28</sup> Bis zum Jahr 2025 sollen daher neun Krankenhäuser grundlegend modernisiert und sieben weitere Kliniken als Superkrankenhäuser neu errichtet werden.

Während den Regionen die Verantwortung für die Krankenhausleistungen übertragen wurde, erhielten die Gemeinden die Verantwortung für Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation außerhalb des Krankenhauses.<sup>29</sup> Die übergeordnete politische Koordinierung und Steuerung der Krankenhausstruktur findet durch die dänische Regierung statt,<sup>30</sup> in deren alleiniger Verantwortung auch Planung, Trägerschaft und Vergütung der Krankenhäuser liegen.

### 3.2. Zur Finanzierung des dänischen Gesundheitssystems

Seit der Einführung eines Systems öffentlicher Krankenversicherung im Jahr 1970 werden in Dänemark alle Einwohnerinnen und Einwohner automatisch und prämienfrei krankenversichert.<sup>31</sup> Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt in Dänemark über Steuern:<sup>32</sup> Vom Staat wird eine Art Gesundheitssteuer erhoben, die auf die Kommunen und Regionen verteilt wird.<sup>33</sup> Die

- 
- 27 Berger, Elke u. a., Ergebnisbericht zum Förderprojekt Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark, Technische Universität Berlin, Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses, 31. August 2022, abrufbar unter [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/161/2022-04-01\\_KIDD\\_Ergebnisbericht.pdf](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>.
- 28 Berger, Elke u. a., Ergebnisbericht zum Förderprojekt Krankenhaus: Impulse für Deutschland aus Dänemark, Technische Universität Berlin, Förderprojekt des Gemeinsamen Bundesausschusses, 31. August 2022, abrufbar unter [https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/161/2022-04-01\\_KIDD\\_Ergebnisbericht.pdf](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>.
- 29 Ministry for Economic Affairs and the Interior, Municipalities and Regions - Tasks and Financing, Juni 2014, abrufbar unter <https://english.im.dk/media/22352/municipalities-and-regions-tasks-and-financing-june-2014.pdf>.
- 30 Augurzky, Boris/Beivers, Andreas, Digitalisierung und Investitionsfinanzierung, Krankenhaus-Report 2019, abrufbar unter [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1\\_5](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1_5).
- 31 Kretzler, Matthias u. a., Deutschland und Dänemark verschiedene Welten?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2020, S. 13-20, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-13/deutschland-und-daenemark-verschiedene-welten-ein-umfassender-vergleich-der-gesundheitssysteme-jahrgang-74-2020-heft-4-5?page=1>.
- 32 Floystrup, Marianne u. a., Mortality before and after reconfiguration of the Danish hospital-based emergency healthcare system: a nationwide interrupted time series analysis, Mai 2022, abrufbar unter <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2022/05/18/bmjqs-2021-013881.full.pdf>.
- 33 Thiel, Reiner u. a., Gesundheitssystem-Vergleich, Fokus Digitalisierung, #SmartHealthSystems Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich, Studie der Bertelsmann Stiftung, November 2018, abrufbar unter [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der\\_digitale\\_Patient/VV\\_SHS-Gesamtstudie\\_dt.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Der_digitale_Patient/VV_SHS-Gesamtstudie_dt.pdf).

Kosten der Krankenhausversorgung werden – über ein Fallpauschalensystem sowie eine Investitionsfinanzierung – direkt aus dem Staatshaushalt beglichen. Der Staat trägt damit mehr als 80 Prozent aller Gesundheitsausgaben. Der weitere Bedarf wird über private Aufwendungen, z. B. für Arzneimittel, zahnmedizinische Versorgung und Physiotherapie, gedeckt.<sup>34</sup> Der Anteil der staatlichen Finanzierung wird zu 80 Prozent von den Regionen übernommen, während die Kommunen 20 Prozent für Vorsorge und Rehabilitation beitragen.<sup>35</sup> Die fünf Regionen sind für die Sicherstellung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zuständig, dürfen aber selbstständig keine Steuern erheben. Die Mittel werden ihnen direkt vom Gesundheitsministerium zugeteilt.<sup>36</sup>

### 3.3. Zur Finanzierung der Strukturreform

Die Investitionssumme für das Strukturprogramm beträgt etwa 50 Milliarden Dänische Kronen (6,5 Milliarden Euro), die zu 60 Prozent aus nationalen Fördermitteln und zu 27,5 Prozent aus den zugewiesenen Regionalbudgets aufgebracht werden.<sup>37</sup> Die restlichen 12,5 Prozent sollen durch den Verkauf von Grundstücken nicht mehr benötigter Krankenhausstandorte zur Finanzierung der Reform beitragen.<sup>38</sup>

Das Fördervolumen soll insbesondere in die bis 2025 geplanten 16 Krankenhausneubauten fließen.<sup>39</sup> Zur Umsetzung der Reform wurde ein Qualitätsfonds eingerichtet. Die Hälfte der Investitionssumme – 25 Milliarden Dänische Kronen – ist für den Umbau des stationären Bereichs vorgesehen. Ein Fünftel der Investitionssumme fließt in die technische Modernisierung, in hochmoderne Apparate und die digitale Vernetzung. Gerade dem Bereich von E-Health wurde besonderer Stellenwert beigemessen, um die organisatorischen und medizinischen Abläufe innerhalb der Krankenhäuser effizienter zu gestalten. Außerdem sollen telemedizinische Anbindungen stärker genutzt werden, die es trotz räumlicher Trennungen ermöglichen, zum Beispiel Diagnostik, Konsultation und medizinische Notfalldienste anzubieten. Diese Nutzung soll auch den Informati-

---

34 Heyers, Johannes, Übertragbarkeit der dänischen Krankenhausreform auf das deutsche Gesundheits- und Rechtssystem – stoppt das deutsche Kartellrecht dänische Verhältnisse in Deutschland?, in: Kranken- und Pflegeversicherung 2021, S. 100-105.

35 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>.

36 Reichebner Christoph u. a., Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2020, S. 21-30, abrufbar unter [https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download\\_full\\_pdf=1](https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download_full_pdf=1).

37 Berger, Elke u. a., Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2018, Seite 19-24, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-19.pdf>.

38 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht vom 6. Dezember 2017, abrufbar [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten\\_Investitionsfoerderung\\_Krankenhausbereich.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf).

39 Berger, Elke u. a., Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2018, S. 19-24, abrufbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2018-3-19.pdf>.

onsaustausch der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten, Rettungsdiensten, Pflegeeinrichtungen und Patienten verbessern und so die Zahl von Krankenhausfällen und die stationäre Verweildauer reduzieren können.<sup>40</sup>

Die Regionen, die zusätzlich bis zu 15 Milliarden Dänische Kronen aus einem eigenen Budget einbringen konnten, hatten die Möglichkeit, sich mit konkreten Projektanträgen auf die Mittel zu bewerben.<sup>41</sup> Die Auswahl der Investitionsprojekte fand in Abstimmung mit der Regierung und unter Berücksichtigung einheitlicher Kriterien auf regionaler Ebene statt. Eine Zusage von staatlichen Fördermitteln für die ausgewählten Investitionsprojekte erfolgte unter der Bedingung, dass sich die Regionen zu grundsätzlichen Strukturänderungen und damit einhergehenden Schließungen kleinerer Krankenhäuser bereit erklärten.<sup>42</sup> Für die Errichtung der neuen „Superkrankenhäuser“ sind die Regionen verantwortlich. Sie müssen allerdings gegenüber der Zentralregierung regelmäßig Rechenschaft über den Fortschritt und die Einhaltung der Budgetvorgaben ablegen.<sup>43</sup>

\* \* \*

- 
- 40 Gutachten des RWI – Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich, Endbericht vom 6. Dezember 2017, abrufbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten\\_Investitionsfoerderung\\_Krankenhausbereich.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf).
- 41 Reichenberger, Christoph, Jahrzehnte der Transformation: Eine Analyse Dänemarks Struktur- und Krankenhausreform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 4-5/2020, S. 21-30, abrufbar unter [https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download\\_full\\_pdf=1](https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-4-5-21.pdf?download_full_pdf=1).
- 42 Augurzky, Boris/Beivers, Andreas, Digitalisierung und Investitionsfinanzierung, Krankenhaus-Report 2019, abrufbar unter [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1\\_5](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-58225-1_5).
- 43 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>.