

Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens

DOCUMENT CONTROL

Project	ACCESS & ACCELERATION
Work package	A3.2 Kommunikations- und Wissensplattform
Key words	Dänisches Gesundheitswesen, Deutsches Gesundheitswesen, Finanzierung des Gesundheitswesens in D/DK
Author	Katharina Rubahn*, Thea Syse, Florian Ege *University of Southern Denmark



INHALT

1. Zusammenfassung.....	3
2. Übersicht.....	3
3. Dänemark.....	3
Rolle des Staates [1].....	3
eHealth – elektronische Gesundheitsakten [2].....	4
Medizinische Erstversorgung	4
Versorgung durch Fachärzte	4
Medizinische Notfallbehandlung.....	5
Pflege und soziale Leistungen [4].....	5
Häusliche Pflege	5
Dänische Krankenhäuser [4].....	5
Verfügbare Daten.....	6
Qualitätskontrolle: die dänische „Patient Safety Authority“.....	6
Kontrolle der Kosten.....	6
Einkauf und Preisgestaltung von Medizin [4].....	6
4. Deutschland	7
Rolle des Staates [7]	7
Was wird bezahlt.....	7
Verwaltungsmechanismen für direkte Patientenzahlungen an Anbieter [9].....	7
Notfalldienst	8
Kontrolle des Gesundheitswesens [9]	8
Medizinische Erstversorgung [9].....	8
Facharztversorgung und Krankenhäuser [9].....	8
Pflege und soziale Leistungen	8
Qualitätskontrolle	9
Zusätzlicher Links zum deutschen System.....	9
5. Vergleich der beiden Systeme [12] [7]	9
6. Referenzen.....	10

1. Zusammenfassung

Dieses Dokument beschreibt die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Deutschland und Dänemark im Hinblick auf die folgenden Aspekte:

- Rolle des Staates
- Medizinische Grundversorgung
- Sekundärversorgung
- Notfallbehandlung
- Langzeitbehandlungen, Pflege und soziale Leistungen
- Krankenhäuser
- Qualitätskontrolle
- Einkauf, Preise und Verschreibungen

Die Übersicht soll ein grundlegendes Verständnis beider Systeme und ihrer finanziellen Basis ermöglichen. Wir möchten gerne alle Aktiven und Firmen im Gesundheitswesen auf beiden Seiten der Grenze unterstützen, neben Firmen sprechen wir auch Wissenschaftler, Innovationscluster und Ärzte, in der Programmregion und darüber hinaus, an.

2. Übersicht

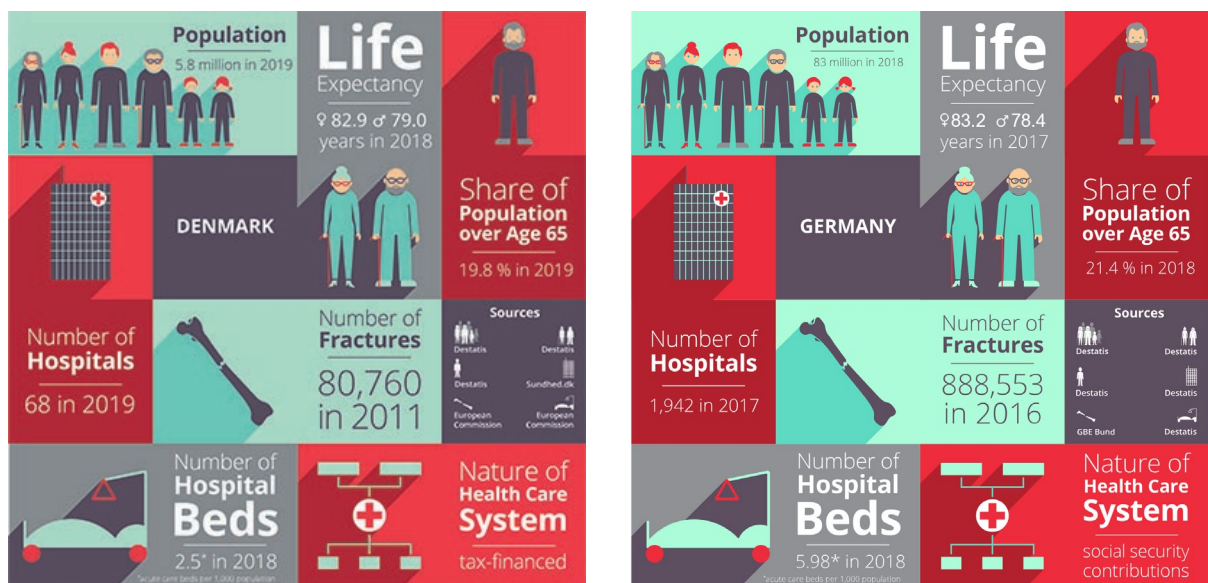


Abb. 1 Gesundheitssysteme, die Skizzen wurden vom Interreg B Projekt BFCC zur Verfügung gestellt und mit den neuesten Daten aktualisiert.

3. Dänemark

Rolle des Staates [1]

Das Gesundheitswesen in Dänemark wird in erster Linie durch die Verwaltungen in den fünf Regionen bestimmt, in die das Land aufgeteilt ist. Daneben koordiniert und reguliert die Landesregierung. Pflegeheime, häusliche Pflege und schulische Gesundheitsvorsorge fallen in den Zuständigkeitsbereich von 98 Gemeinden. Einige spezielle Behandlungen in Krankenhäusern werden zentral organisiert.

Die fünf dänischen Regionen besitzen, verwalten und finanzieren Krankenhäuser und die Mehrzahl der Dienstleistungen, welche von praktizierenden Ärzten, Fachärzten in eigenen Praxen, Physiotherapeuten, Zahnärzten und Pharmazeuten angeboten werden. Die Gemein-

Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens

den sind zuständig für Pflegeheime, häusliche Besuche des lokalen Gesundheitsdienstes, einige zahnärztliche Leistungen, schulische Gesundheitsvorsorge, häusliche Hilfe sowie Hilfe und Behandlung bei Drogen- und Alkoholmissbrauch. Die Gemeinden sind auch verantwortlich für die Vorsorge und Rehabilitation. Regionen übernehmen die Verantwortung für spezialisierte Rehabilitationsmaßnahmen. [1]

Es gibt zwei Versicherungsgruppen, wobei mehr als 99 % der Patienten durch die Gruppe eins abgedeckt sind. Sie erhalten einen Arzt in ihrem Distrikt zur Konsultation zugewiesen. Diejenigen, die der Gruppe zwei angehören haben freie Arztwahl, auch der Fachärzte. Allerdings kann es sein, dass sie zuzahlen müssen bei einem Arztbesuch. Nur etwa 1% der Bürger hat eine Versicherung der Gruppe zwei.

Das Gesundheitswesen finanziert sich durch eine nationale Gesundheitssteuer auf das zu versteuernde Einkommen.

eHealth – elektronische Gesundheitsakten [2]

Informations-Technologie Anwendungen (IT) auf allen Ebenen des Gesundheitswesens gehören zur nationalen Strategie und werden von der Agentur für IT Anwendungen im Gesundheitsbereich unterstützt. Jede Region verwendet ihre eigenen elektronischen Patientenakten für Krankenhäuser, welche alle die nationalen Standards zur gegenseitigen Kompatibilität erfüllen müssen. Allgemein praktizierende Ärzte in Dänemark belegten den ersten Platz in einer Bewertung der Implementierung von elektronischen Patientenakten im Jahr 2014.

Alle dänischen Bürger haben einen eindeutigen elektronischen Identifizierungscode, der in allen öffentlichen Registern und so auch den Gesundheitsdatenbanken verwendet wird. Die Regierung hat eine elektronische Krankenkarte eingeführt, welche verschlüsselte Informationen zu den Verschreibungen des Patienten und der verwendeten Medikamente enthalten; Diese Informationen können vom Patienten und von Ärzten eingesehen werden. Allgemein praktizierende Ärzte haben außerdem auch Zugang zu einem online Handbuch mit aktuellen Informationen zu Diagnose- und Behandlungsempfehlungen.

Ärzte verwenden das [MedCom](#)¹ Netzwerk, um elektronische Patientenakten (Electronic Medical Records, EMR) und elektronische Mitteilungen klinischer Daten auszutauschen.

Medizinische Erstversorgung [1]

Die Regionen bestimmen die Anzahl und die Niederlassung von lokalen Ärzten. Die Gebührenordnung und die Arbeitsbedingungen werden zentral verhandelt zwischen der Gewerkschaft der Ärzte und dem Staat. Die staatlichen Gesundheitsstellen entsenden Gesundheitsvisiten häusliche Pflege und Schulgesundheitsbesuche. Jeder Arzt in Dänemark hat im Durchschnitt 1600 Patienten [1]. Jeder Bürger erhält einen Arzt zugewiesen und kann kostenfreie Hilfe erhalten sowie durch Überweisung seines allgemeinen Arztes einen Facharzt besuchen. Jeder Bürger ist im Durchschnitt sieben Mal pro Jahr in Kontakt mit diesem Erstversorgungssystem, wobei etwa 10 % der Bevölkerung die Erstversorgung nicht in einem durchschnittlichen Jahr nutzen. Der allgemein praktizierende Arzt behandelt die Mehrzahl der Fälle, ohne an einen Facharzt zu überweisen oder spezielle Behandlung anzuweisen. [3]

Versorgung durch Fachärzte [2]

Allgemein praktizierende Ärzte haben die Möglichkeit an Fachärzte und Krankenhäuser zu

¹ MedCom gehört und wird finanziert vom dänischen Gesundheitsministerium sowie den dänischen Regionen und lokalen Verwaltungen. Zu MedCom's Aufgaben gehört es Entwicklung, Test, Verteilung und Qualitätssicherung der elektronischen Kommunikation und Information im Gesundheitswesen zu unterstützen und für eine Kontinuität in diesem Bereich zu sorgen. MedCom entwickelt Standards und Profile für den Austausch von gesundheitsrelevanten Daten für den ganzen dänischen Gesundheitsbereich.

Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens

überweisen. Krankenhäuser gehören den Regionen und werden auch von ihnen betrieben. Das ist analog zu den Versorgungsmodellen in anderen skandinavischen Ländern.

Medizinische Notfallbehandlung

Rettungssanitäter und Rettungsassistenten helfen oft in einem Maße, wie es im Krankenhaus erfolgen würde. Datenanalyse, Telemedizin und Point-of-Care Technologien sind integriert in die Behandlung von Notfällen. Im Falle einer lebensbedrohlichen Situation wird eine mit Ärzten ausgestattete *'mobile kritische Hilfeinheit'* (*Mobile Critical Care Unit MCCU*) entsandt.

Pflege und soziale Leistungen [4]

Alle Gemeinden bieten ihren älteren Mitbürgern vorbeugende häusliche Besuche an. Die Gemeinde entscheidet darüber, ob sie ihre vorbeugenden Besuche auf bestimmte Themen fokussieren, wie z.B. Einsamkeit, Vorbeugung von Stürzen, Ernährung, Bewegung usw.

Die Landesregierung setzt die finanziellen Grenzen für jeden Distrikt und jede Gemeinde fest, während die lokalen Leiter entsprechend der Bedürfnisse in der jeweiligen Region die Politik bestimmen und den angebotenen Service.

Pflegeheime werden von Gemeinden betrieben, es gibt auch private Institutionen, die von lokalen Behörden überwacht und bezuschusst werden. Die Preise der privaten Anbieter sind angepasst an das allgemeine Preisniveau.

Wenn eine ältere Person einen Zustand erreicht, in dem sie nicht länger zu Hause bleiben kann, wird der Person eine von mehreren Möglichkeiten der Unterbringung in einem Pflegeheim angeboten.

Häusliche Pflege [5]

Häusliche Pflege richtet sich an diejenigen, die noch zu Hause wohnen, aber nicht mehr alle Aufgaben des täglichen Lebens selbstständig bewältigen können. Es gibt zwei Kategorien der häuslichen Pflege: praktische Hilfe im Haushalt (z.B. Säubern und Waschen) und persönliche Pflege (z.B. Duschen und Rasieren). Die Gemeinde bietet diesen Service gratis an. Ältere Menschen können auch einen Essensservice in Anspruch nehmen, je nachdem, wie die Beurteilung Ihrer Situation ausfällt. Im Jahr 2015 erhielten etwa 12 % der Bürger über 65 häusliche Pflege.

Um den Einfluss der älteren Bürger zu stärken müssen alle Gemeinden in Dänemark Ältestenausschüsse haben. Diese Ausschüsse werden für vier Jahre gewählt und Bürger über 60 Jahre haben das Recht zu wählen oder auch gewählt zu werden. Die Gemeinde muss den Ältestenausschuss in allen Belangen, die die älteren Menschen der Gemeinde betreffen konsultieren.

Dänische Krankenhäuser [4]

Die Krankenhäuser stehen vor der Aufgabe ihre Effizienz zu steigern, also müssen sie Wege finden mehr Patienten ohne höhere Kosten zu behandeln. In Dänemark hat das dazu geführt die Aufenthaltsdauer der Patienten in Krankenhäusern zu verringern.

Es werden sehr große Investitionen in Automatisierung von Prozessen und digitale Hilfen getätigt. Ein wichtiger Eckpunkt in der dänischen Krankenhausstruktur sind Programme für 16 'Super Hospitäler', wobei eine Reihe kleinerer Krankenhäuser zu größeren, sehr spezialisierten Kliniken, zusammengeschlossen werden. Insgesamt ist das Ziel, eine Produktivitätssteigerung von jährlich 2% zu erreichen. Diese Super Hospitäler sollen Effizienzsteigerungen von bis zu 8% erbringen.

Die Erwartung ist, dass im Jahr 2020 der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt unter drei Tagen liegt und die Anzahl der ambulant behandelten Patienten um 50% gegenüber 2007 steigt.

Verfügbare Daten

Eine nationale Webseite (esundhed.dk) stellt Daten zum Service, der Qualität und Anzahl von getätigten Behandlungen von Krankenhäusern bereit. Die Webseite enthält auch Daten von dänischen Gesundheitsregistern (siehe unten) sowie Information über die Entwicklung von pharmazeutischen Preisen und Erstattungsbeträgen. Patienten haben Zugang zu verschiedenen persönlichen Bereichen, wie etwa die Information zur Qualität und der Organisation einer Klinik sowie zu Studien über Patientenzufriedenheit. [6]

Auf der Webseite können Bürger auch eine Reihe von persönlichen Daten, wie etwa ihre Patientenakten von Krankenhäusern und generelle Informationen zu Gesundheit, Krankheiten und Patientenrechten erhalten.

Qualitätskontrolle: die dänische „Patient Safety Authority“

Die dänische „Patient Safety Authority“ wurde 2015 gegründet. Damals wurde die dänische Gesundheits- und Medizin- Behörde in zwei separate Behörden aufgeteilt. Gesundheitsexperten aller Niveaus sind dazu verpflichtet, der regionalen Patient Safety Authority anonymisierte Berichte von Unfällen und Beinahe-Unfällen zu übermitteln. Diese werden von der Behörde evaluiert und jährlich in einer Datenbank veröffentlicht. Der Grundgedanke dahinter ist das Lernen aus Fehlern.

Kontrolle der Kosten [2]

Per Gesetz wird ein Rahmen für die Kontrolle der Ausgaben im Gesundheitssektor festgelegt (*budgetlov*). Darin werden die Budgets für Regionen und Gemeinden festgelegt sowie Sanktionen, die in Kraft treten, sofern das Budget überschritten wird. Dieser Budgetrahmen wird ergänzt durch jährliche Übereinkünfte zwischen Regionen, Gemeinden und der Regierung mit dem Ziel, Ausgaben zu verringern und die Versorgung zu kontrollieren.

Bewilligungen an die Regionen sind an eine jährliche Produktivitätssteigerung von 2 % gebunden. Eine Beurteilung erfolgt auf der Basis von Diagnosegruppen. Obwohl der aktivitätsbezogene Anteil gering ist, so ergibt er dennoch ein kleines Einkommen für die Regionen nach dem gestrebt wird. Darüber hinaus stehen die Regionen unter Druck gute Arbeit zu leisten, weil sonst Zahlungen gekürzt werden können.

Auf regionalem Niveau erfolgt die Kostenkontrolle der Krankenhäuser im Hinblick auf das übergeordnete Budget von Regierungsseite und Anreize, die aktivitätsbezogen sind.

Einkauf und Preisgestaltung von Medizin [4]

Pharmaunternehmen haben in Dänemark das Recht offizielle Preise für Medizin festzusetzen. Mitglieder des Dänischen Pharmazeutischen Verbands und der Pharmazeutischen Industrie sind jedoch an einen Höchstpreis gebunden, der zwischen dem Verband, dem Gesundheitsministerium und den Regionen festgelegt wird. Die Beschaffung und die Preisfestlegungen variieren zwischen dem Krankenhaussektor und dem Bereich der Erstversorgung von Patienten.

Der Krankenhaussektor in Dänemark

Der pharmazeutische Einkaufsservice Amgros, der den fünf Regionen gehört, tätigt etwa 99 % aller Einkäufe von Medikamenten, die in öffentlichen Krankenhäusern benötigt werden. Zu diesem Zweck macht Amgros Ausschreibungen für benötigte Medizin. Die Kosten für die Medikamente tragen die Regionen, die Patienten erhalten ihre Behandlung in öffentlichen Krankenhäusern gratis.

Der erste Gesundheitssektor

Im ersten Gesundheitssektor variiert die Bepreisung von Medizinprodukten abhängig davon, ob es konkurrierende Präparate gibt. In 14-tägigen Auktionen werden die Preise für direkt konkurrierende Arzneimittel aus der Branche festgelegt. Nach jeder Ausschreibung melden die

Pharmaunternehmen ihre Preise für die folgenden zwei Wochen der dänischen Arzneimittelbehörde. Alle Apotheken werden über die Kosten informiert, und damit sind sie einheitlich in ganz Dänemark. Das System sorgt für Preistransparenz und gewährleistet Marktwettbewerb. In einer Vereinbarung zur Preisobergrenze zwischen dem dänischen Verband der pharmazeutischen Industrie, den dänischen Regionen und dem Gesundheitsministerium sind alle Produkte ohne direkte Wettbewerber enthalten, die von der dänischen Arzneimittelbehörde erstattet werden.

4. Deutschland

Rolle des Staates [7]

Deutschland verfügt über ein gesetzliches Krankenversicherungssystem (GKV) mit 109 [8] konkurrierenden, aber nicht über die Steuer finanzierten Versicherungsagenturen. Personen mit hohem Einkommen (über 60.750 € / Jahr, 2019) und Freiberufler können sich für eine private Krankenversicherung entscheiden, die auch Beamte abdeckt. Etwa 10% der Menschen sind privat versichert (PKV). Rund 50 Unternehmen konkurrieren auf dem Markt. [9]

Der Staat besitzt die meisten Universitätskliniken, während die Kommunen eine Rolle bei Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit spielen und etwa die Hälfte aller Krankenhausbetten besitzen. Die verschiedenen Regierungsebenen haben jedoch praktisch keinen Anteil an der direkten Finanzierung oder Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Für die Regulierung sind Selbstverwaltungsverbände innerhalb von Krankenkassen und Leistungserbringern zuständig. Sie werden vom wichtigsten Gremium, dem Gemeinsamen Bundesausschuss² vertreten.

Die Krankenversicherung des Patienten deckt die Kosten ab, die direkt mit der Behandlung im Krankenhaus verbunden sind. Das Bundesland, in dem sich das Krankenhaus befindet, finanziert sogenannte „Investitionskosten“ wie Diagnoseapparate, Krankenwagen und Instandhaltung von Gebäuden.

Was wird bezahlt

In Deutschland können Patienten frei ihren Arzt oder das Krankenhaus wählen – die Krankenkasse übernimmt die Kosten. Im Gegensatz zur GKV muss eine Person die PKV beantragen. In der PKV kann die versicherte Person die Deckung und deren Höhe wählen. Die von einer PKV gezahlte Provision an den Arzt ist höher als die der GKV. [9]

Im Jahr 2011 zahlten Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung privat etwa 1,5 Milliarden Euro für zusätzliche Dienstleistungen, während 82% der Ärzte ihren Patienten individuelle Dienstleistungen in ihren Arztpraxen anboten, die nicht durch die Versicherungen des Patienten abgedeckt waren. Die Vorteile dieser Dienste werden kontrovers diskutiert.[8]

Verwaltungsmechanismen für direkte Patientenzahlungen an Anbieter [9]

Ärzte der GKV unterliegen in der ambulanten Versorgung einer einheitlichen Gebührenordnung und stellen Rechnungen an ihre regionalen Verbände; die Verbände erhalten das Geld

²Der Gemeinsamer Bundesausschuss bezieht sich auf eine Gruppe deutscher Gesundheitsbehörden, die 2004 unter einem unabhängigen Vorsitzenden zusammengelegt wurden. Er ist befugt, verbindliche Vorschriften zu erlassen, die sich aus den vom Gesetzgeber verabschiedeten Gesundheitsreformgesetzen sowie Routineentscheidungen zur Gesundheitsversorgung in Deutschland ergeben.

Obwohl der Ausschuss keine untergeordnete Behörde ist und vom Gesundheitsministerium unabhängig ist, sind Regierungsbeamte dafür verantwortlich, die Entscheidungen und Richtlinien des Ausschusses rechtlich zu überwachen. Als oberstes Entscheidungsgremium übt der Ausschuss einen direkten Einfluss auf die Gesundheitsversorgung von Millionen von Menschen aus. [8]

Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens

von den Krankenkassen in Form von jährlichen Vergütungen. Zuzahlungen oder Zahlungen für Dienstleistungen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind, werden direkt an den Dienstleister gezahlt. Bei privaten Krankenversicherungen zahlen die Patienten im Voraus und reichen bei der Versicherungsgesellschaft Ansprüche auf Erstattung ein.

Notfalldienst [9]

Die Betreuung nach Feierabend wird von den akkreditierten Ärzten der regionalen Verbände organisiert, um so rund um die Uhr eine ambulante Versorgung sicherzustellen. Ärzte sind verpflichtet, in ihren Praxen nach den geltenden örtlichen Vorschriften, einen Notfalldienst zu gewährleisten. In einigen Gebieten (z. B. Berlin) übernehmen Krankenhäuser diesen Notfalldienst. Der Patient erhält nach dem Besuch einen Bericht, den er seinem Hausarzt übergeben kann. Die Betreuung außerhalb der Praxiszeiten erfolgt auch über die landesweite Telefon-Hotline des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117). Die Zahlung für den Notfalldienst basiert auf den oben genannten Gebührenordnungen, wiederum mit Unterschieden in der Höhe der Erstattung je nach GKV oder PKV.

Kontrolle des Gesundheitswesens [9]

Die 16 Landesregierungen legen die Krankenhauskapazitäten fest, während die Kapazitäten in der ambulanten Versorgung durch Regeln des Gemeinsamen Bundesausschusses bestimmt werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat außerdem eine Mindestquote eingeführt, die eine minimale Anzahl an Krankenschwestern und Pflegepersonal festlegt, die zu einem Zeitpunkt arbeiten müssen.

Für die stationäre Versorgung gibt es ein System von Diagnosegruppen (DRGs), die jährlich neu festgelegt werden und die Vergütung bestimmen. Zurzeit verfügt das System über rund 1.200 DRG-Kategorien. DRGs decken auch alle Arztkosten ab. Andere Zahlungssysteme, wie eine leistungsgerechte Bezahlung oder gebündelte Zahlungen, müssen in Krankenhäusern noch implementiert werden.

Medizinische Erstversorgung [9]

Hausärzte haben traditionell keine „Erstentscheider“-Funktion. Patienten können sowohl ihren Erstversorgenden Arzt als auch ihren Facharzt frei wählen und direkt darauf zugreifen. In Deutschland gibt es durchschnittlich 211 Patienten pro Arzt. [10]

Facharztversorgung und Krankenhäuser [9]

Fachärztliche Versorgung erfolgt sowohl ambulant, als auch durch Fachärzte in Krankenhäusern. Die 16 Landesregierungen bestimmen die Krankenhauskapazität. Es gibt 650 öffentliche, 700 gemeinnützige Häuser und ungefähr 600 privat geführte Krankenhäuser. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt beträgt 7,8 Tage.

Pflege und soziale Leistungen [5]

Die Pflegeversicherung (PV) ist obligatorisch und wird in der Regel vom selben Versicherer angeboten, der auch für die Krankenversicherung aufkommt. Daher gibt es auch hier einen Mix aus öffentlichen und privaten Anbietern. Jeder mit einer körperlichen oder geistigen Krankheit oder Behinderung, der seit mindestens zwei Jahren Beiträge gezahlt hat, kann Leistungen beantragen. Die Leistungen hängen ab von: 1) einer Bewertung des individuellen Pflegebedarfs durch einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK), der entweder zu einer Verweigerung oder zu einer Gruppierung in eine der derzeit fünf Pflegestufen führt; und 2) der Pflegestufe, die auf bestimmte Höchstbeträge begrenzt. Die Begünstigten können zwischen Sachleistungen und Barzahlungen wählen (rund ein Viertel der Pflegeausgaben fließt in diese Barzahlungen). Sowohl die häusliche als auch die institutionelle Pflege werden fast ausschließlich von privaten gemeinnützigen und gemeinnützigen Anbietern erbracht. Da die Leistungen in der Regel nur etwa 50% der Kosten für die institutionelle Pflege abdecken, wird empfohlen, eine zusätzliche private Pflegeversicherung abzuschließen. In der

Vergleich des dänischen und deutschen Gesundheitswesens

häuslichen Pflege erhalten Familienbetreuer finanzielle Unterstützung durch die Zahlung von bis zu 50% der Pflegekosten.

Die Pflegeversicherung deckt zum Teil auch die Hospizversorgung ab, wenn der MDK eine Pflegestufe festgelegt hat. Die Zahl der stationären Einrichtungen in der Hospizversorgung ist in den letzten 15 Jahren auf 235 Hospize und 304 Palliativstationen im Frühjahr 2016 gestiegen. [11] Das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung wurde 2015 verabschiedet, um die Versorgung in ländlichen Gebieten zu gewährleisten und eine stärkere Verknüpfung von Langzeitpflegeeinrichtungen mit der ambulanten Palliativ- und Hospizversorgung zu garantieren.

Qualitätskontrolle

Krankenhäuser haben oft eine eigene Beschwerdestelle. Experten- und Schiedsgerichte der Ärztekammern helfen bei Beschwerden. In einem sogenannten *Aktionsbündnis Patientensicherheit* gibt es Arbeitsgruppen, die Bedürfnisse ermitteln, Patienten informieren und Gesundheitsmitarbeiter beraten.

Zusätzlicher Link zum deutschen System

<https://www.welfaretech.dk/projekter/digital-health-care-40>

Der Link bietet in Form eines Videos Einblicke in den deutschen Gesundheitsmarkt basierend auf einer Aufnahme des Netzwerkes *WelfareTech* im März 2019, die im Rahmen einer Informationsveranstaltung entstanden ist.

5. Vergleich der beiden Systeme [12] [7]

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Krankenhaus in Deutschland mit einem Profitcenter verglichen wird, während es in Dänemark eher eine soziale Einrichtung ist. Deutschland hat über 200 Krankenversicherungen im Vergleich zu nur einer in Dänemark. Das deutsche Gesundheitssystem zeichnet sich durch zwei wesentliche Merkmale aus: 1) die Aufteilung der Entscheidungsbefugnisse zwischen Ländern, Bund und selbstregulierten Organisationen von Versicherten und Leistungserbringern, 2) die Trennung von Gesetzlicher Krankenversicherung (einschließlich Pflegeversicherung) und der privaten Krankenversicherung (einschließlich der privaten Pflegeversicherung). Krankenhäuser und Ärzte behandeln in Deutschland sowohl gesetzlich als auch privat versicherte Patienten. Private Versicherungen haben einen gewissen Einfluss auf dem deutschen Markt, während sie auf dem dänischen Markt eine untergeordnete Rolle spielen.

Der Anteil der Digitalisierung in Dänemark ist viel höher als in Deutschland, was eine bessere Kontrolle der Prozesse und eine einfachere Überwachung der Patienten gewährleistet.

6. Referenzen

- [1] Wikipedia, "Healthcare in Denmark," [Online]. Available: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Denmark.
- [2] K. Vrangbaek, "The Commonwealth Fund," 2016. [Online]. Available: <https://international.commonwealthfund.org/countries/denmark/>.
- [3] T. Syse, Interviewee, [Interview]. 2020.
- [4] "Healthcare Denmark," Healthcare DENMARK is a public-private non-profit partnership, [Online]. Available: <https://www.healthcaredenmark.dk/information/reports/>.
- [5] Ministry of Health, 2017. [Online]. Available: https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx.
- [6] Ministry of Health, [Online]. Available: <http://sundhed.dk>.
- [7] R. B. Miriam Blümel, "International Healthcare System Profiles," The Commonwealth Fund, 2016. [Online]. Available: <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>.
- [8] "Healthcare in Germany," [Online]. Available: https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Germany.
- [9] "Digital Healthcare 4.0," Welfare Tech, [Online]. Available: <https://www.welfaretech.dk/projekter/digital-health-care-40>.
- [10] "Statista," 2020. [Online]. Available: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/>.
- [11] "Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.,," 2016. [Online]. Available: https://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/statistik/20160411_Bericht_StatHospizePalliativ.pdf.
- [12] "bonebank," [Online]. Available: https://www.bonebank.eu/app/download/7773277761/O5.2.1_Health-Reimbursement-Systems_DE-DA_Eckers_2018_10.pdf?t=1552916529 page 5.