

DÄNEMARK

A) Grundlegende Prinzipien des Gesundheitssystems

a) Grundlegende Prinzipien

1. Freier und gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen:

Es wird als eine gemeinsame gesellschaftliche Verantwortung betrachtet, Bürger, die gesundheitliche Probleme haben, zu unterstützen. Daher besteht ein grundlegendes Prinzip des dänischen Gesundheitssystems darin, jedem Einwohner Dänemarks freien und gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren.

2. Die staatlichen Gesundheitsleistungen sind steuerfinanziert:

Gesellschaftlich betrachtet bilden die staatlichen Gesundheitsleistungen den entscheidenden Pfeiler bei der Lösung der Gesundheitsproblematik.

3. Selbstbestimmung:

Selbstbestimmung ist das dritte grundlegende Prinzip bei der Mehrheit der Aktivitäten im Gesundheitswesen. Dies trifft sowohl auf die Prävention als auch auf die Behandlung zu. In den vergangenen Jahren wurde der Schwerpunkt verstärkt darauf gelegt, die rechtliche Stellung des Patienten in Bezug auf Gesundheitsleistungen zu sichern. Gesetzliche Vorschriften über Patientenrechte regeln die Rechte des Patienten und die Möglichkeit, Beschwerde einzulegen und Schadenersatz zu erhalten.

4. Wahlfreiheit:

Die Wahlfreiheit begründet das vierte grundlegende Prinzip, das in den vergangenen Jahren im Hinblick auf die Struktur der Gesundheitsleistungen zunehmend an Bedeutung erlangte. Breite Unterstützung für die Umsetzung der freien Krankenhauswahl und verbesserte Möglichkeiten beim Wechsel des Hausarztes spiegeln diese Entwicklung wider.

Grundlegende Strukturen

Das dänische Gesundheitssystem lässt sich in zwei Sektoren unterteilen: die Primärversorgung und den Krankenhaussektor.

1. Der Sektor der Primärversorgung kann in zwei Bereiche unterteilt werden:

- einen Bereich, der überwiegend die Behandlung und Versorgung abdeckt, und einen weiteren, vorrangig präventiven Bereich, der Systeme der präventiven Gesundheitsvorsorge usw. abdeckt.

2. Der Krankenhaussektor, in dem Krankheiten behandelt werden, die eine fachärztliche Behandlung, besondere Ausstattungen und Intensivpflege erfordern.

Administrative Ebenen

Das Gesundheitssystem hat drei politische und administrative Ebenen: den Staat, die Regionen und die Kommunen (nationale, regionale und lokale Ebenen).

1. In der Gesundheitsversorgung besteht die Aufgabe des Staates in der Initiierung, Koordinierung und Beratung. Eine der Hauptaufgaben ist die Festlegung von Zielen für die nationale Gesundheitspolitik. Das Parlament und das Innen- und Gesundheitsministerium sind in ihrer Rolle als wichtigste Gesundheitsbehörden zuständig für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen. Die gesetzlichen Vorschriften regeln die Aufgaben der Regionen und der lokalen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Das Ministerium erlässt ebenfalls Richtlinien für die Verwaltung des Gesundheitswesens.

2. Die 14 Regionen sind zuständig für die Krankenhäuser und den Praxissektor. Die Krankenhäuser in den Kommunen von Kopenhagen und Frederiksberg werden von einer besonderen Verwaltungsgesellschaft - der Kopenhagener Krankenhausgesellschaft - verwaltet.

3. Die 275 Kommunen sind zuständig für die häusliche Pflege, zahnärztliche Versorgung und die Vorsorgesysteme für Kinder und

Jugendliche. Die Kommunen sind ebenfalls zuständig für die Mehrheit der Sozialdienste, die in manchen Fällen (Seniorenheime, betreutes Seniorenwohnen) mit dem Gesundheitswesen verknüpft sind und große Bedeutung für die Arbeit des Gesundheitswesens haben.

Leistungsempfänger

Alle Einwohner/innen Dänemarks haben Anspruch auf eine unentgeltliche Krankenhausversorgung und eine Versorgung im Fall von Mutterschaft.

Alle Einwohner/innen sind durch das staatliche Krankenversicherungssystem abgesichert.

Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, haben die Wahl zwischen einer Versicherung der Gruppe 1 und der Gruppe 2.

Versicherte der Gruppe 1 (98 % der Bevölkerung) sind verpflichtet, einen Hausarzt zu wählen. Dieser kann sie dann beispielsweise an Fachärzte überweisen, die Verträge mit dem Krankenversicherungssystem abgeschlossen haben. Die medizinische Behandlung ist für Versicherte der Gruppe 1 unentgeltlich.

Versicherte der Gruppe 2 haben die freie Arztwahl und können ohne Überweisung vom Hausarzt einen Facharzt konsultieren. Sie erhalten lediglich eine Erstattung in Höhe des vom staatlichen Krankenversicherungssystem für einen in Gruppe 1 Versicherten festgelegten Betrages.

b) Organisation des Systems

Leistungen

- Unentgeltliche medizinische Versorgung durch den Hausarzt sowie durch Fachärzte für Versicherte in Gruppe 1
- Bestimmte zahnärztliche Behandlungen werden teilweise erstattet. Unentgeltliche zahnmedizinische Versorgung von

Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Körperlich oder geistig schwerbehinderte Personen sowie Personen mit außergewöhnlichem Bedarf an zahnärztlichen Behandlungen, der durch bestimmte schwere Krankheiten ausgelöst wurde, erhalten die zahnmedizinische Versorgung unentgeltlich oder zu einem verringerten Preis.

- Teilerstattung für bestimmte Behandlungen (oder Gruppen von Patienten) erbracht von Physiotherapeuten, Chiropraktikern, Psychologen, Fußpflegern
- Arzneimittel. Der gestaffelte Erstattungssatz (0 – 85 %) für erstattungsfähige Arzneimittel ist abhängig vom vorherigen Arzneimittelverbrauch eines Patienten innerhalb eines individuellen Erstattungszeitraums von einem Jahr.
- Unentgeltlicher Krankenhausaufenthalt und Versorgung bei Mutterschaft
- Unentgeltliche häusliche Pflege
- Unentgeltliche Präventionsmaßnahmen:
 - Beratung zur Empfängnisverhütung
 - Vorsorgeuntersuchungen und Behandlung durch Ärzte und Hebammen während der Schwangerschaft und im Mutterschutz
 - Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche
 - Zahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren
 - Impfungen gegen bestimmte Krankheiten
 - Präventive Hausbesuche für Personen über 75 Jahre zweimal jährlich

Organisation und Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen in der Gesundheitsversorgung

Das Krankenversicherungssystem basiert auf Verträgen zwischen dem Krankenversicherungssystem und privaten Leistungserbringern. Die genauen Vorschriften der Leistungserbringung sind in

Verträgen zwischen einem zentralen Verhandlungsausschuss und den Organisationen, die die entsprechenden Berufe vertreten, festgelegt. Die Verträge werden vom Ministerium für Gesundheit vor ihrem Inkrafttreten gebilligt.

Die Regionen und die Kopenhagener Krankenhausgesellschaft sind zuständig für Krankenhausleistungen. Sie sind verpflichtet, die Einwohner in den Regionen im Krankenhaus unentgeltlich zu behandeln. Die grundlegenden Krankenhausleistungen, d.h. ca. 90 % der Tätigkeiten der Krankenhäuser werden normalerweise in den ämtereigenen Krankenhäusern erbracht und in einem bestimmten Umfang in den Krankenhäusern anderer Regionen. Bestimmte kleinere private Einrichtungen, die von privaten Gesellschaften betrieben werden, haben Verträge mit einer oder mehreren Regionen.

Die Regionen und die Kopenhagener Krankenhausgesellschaft sind verpflichtet, hinsichtlich der Nutzung hoch spezialisierter Abteilungen (nationale und regionale Aufgaben) Verträge mit dem Ziel abzuschließen, einen gleichen Zugang zu den notwendigen fachärztlichen Behandlungen sicherzustellen. Diese Aufgaben beinhalten die hoch spezialisierte Behandlung von relativ seltenen Krankheiten sowie Umstände, in denen eine Behandlung von umfassenden fachärztlichen Kenntnissen und teurer Spezialausrüstung abhängig ist. Um eine qualitativ hochwertige Behandlung und sinnvolle Nutzung der Ressourcen anbieten zu können, sind diese Angebote lediglich in einigen Krankenhäusern verfügbar und in einigen Regionen lediglich in einem Krankenhaus dieser Region.

Alle vier Jahre wird von den Regionen und lokalen Verwaltungen ein Gesundheitsplan zur Verbesserung der Koordinierung und Leistungsfähigkeit der verschiedenen am Gesundheitssystem beteiligten Verwaltungsebenen ausgearbeitet. Dieser Plan enthält in der Regel u.a. eine Beschreibung des Gesundheitsstatus, der Zusammenarbeit mit den Kommunen, dem Praxissektor und anderen Regionen, der Leistungen nach dem Krankenversicherungssystem, dem Krankenhaussektor, Schwangerenvorsorge und Leistungen bei Mutterschaft, Impfungen, medizinische Untersuchungen von Kindern, Prävention und Gesundheitsförderung, Ambu-

lanzdienste, medizinische Behandlungen einschließlich pharmazeutischer Präparate.

Der Hausarzt ist der „Lotse“ im Gesundheitswesen, der Patienten zur Behandlung gegebenenfalls an Krankenhäuser oder zum Facharzt überweist. Er/sie veranlasst die Versorgung durch häusliche Pflegedienste in der Kommune und stellt die Zusammenarbeit sicher.

In dem Fall, wo Patienten aus dem Krankenhaus entlassen werden und der Rehabilitation bedürfen, ist das Krankenhaus dafür zuständig, in Zusammenarbeit mit der Kommune einen Rehabilitationsplan zu erstellen.

B) Die Finanzierung des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem wird durch Steuern finanziert.

Die überwiegende Mehrheit der Gesundheitsleistungen ist unentgeltlich für die Versicherten. Mehr als 80 % der gesamten Gesundheitsausgaben in Dänemark werden vom Staat getragen. Private Aufwendungen im Gesundheitswesen beinhalten im Wesentlichen Ausgaben der Versicherten für Arzneimittel, zahnmedizinische Versorgung und Physiotherapie.

Rentner mit geringem Einkommen haben Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung von bis zu 85 % des Patientenanteils an den Gesundheitsleistungen.

Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen:

Gesundheitsausgaben insgesamt 1988-1999, Kosten im Jahr 1999 in Mio. DKK (Mio. €)

	1988		1992		1996		1998		1999		Ø jährl. Änderung in %
	Mio. DKK	Mio. €	Mio. DKK	Mio. €	Mio. DKK	Mio. €	Mio. DKK	Mio. €	Mio. DKK	Mio. €	
Öffentl. Gesundheitsausgaben:	51.699	6.950	54.312	7.301	58.799	7.904	62.249	8.368	64.389	8.656	2,0
- Krankenhäuser etc	39.127	5.260	39.669	5.333	43.418	5.837	45.736	6.148	46.926	6.308	1,7
- Individuelle Gesundheitsleistungen	11.724	1.576	13.398	1.801	14.180	1.906	15.227	2.047	16.150	2.171	3,0
- Verwaltung	554	74	826	111	853	115	922	124	982	132	5,3
- Sonstiges	294	40	420	56	348	47	364	49	331	44	1,1
Private Gesundheitsausgaben:	10.277	1.382	11.489	1.544	13.054	1.755	14.593	1.962	14.960	2.011	3,5
Gesundheitsausgaben gesamt	61.976	8.331	65.801	8.846	71.853	9.659	76.842	10.330	79.349	10.667	2,3

1) Durch die Schaffung einer integrierten Versorgung von älteren Menschen in den lokalen Einrichtungen lässt sich seit 1993 ein Abwärtstrend bei den Ausgaben für individuelle Gesundheitsleistungen erkennen. Eine Reihe von Aufgaben, die früher einen Teil der Arbeit von Gemeindefachkräften bildeten, werden heute unter einer anderen Versorgungsleistung abgewickelt und erscheinen daher nicht als Gesundheitsausgaben, sondern als Ausgaben der Sozialversicherung oder der Sozialfürsorge.

Die Ausgaben im Gesundheitswesen insgesamt stiegen zwischen 1988 und 1999 jährlich um 2,3 %. Dies lässt sich überwiegend auf höhere öffentliche Ausgaben im Krankenhaussektor und für Arzneimittel zurückführen.

Ausgabenbegrenzungen:

Die Zuständigkeit für die Finanzierung, Planung, Verwaltung und den Betrieb der staatlichen Gesundheitsleistungen obliegt im Allgemeinen den Regionen und Kommunen. Die einzelnen Kreistage und Kommunalräte müssen daher sowohl das Leistungsniveau als auch das Steuerniveau ausgleichen und festlegen. Einmal jährlich wird der Finanzrahmen für die Aktivitäten der Regionen und der lokalen Behörden für das Folgejahr vom Staat, den Regionen und den lokalen Behörden ausgehandelt, um die nationale Wirtschaft zu verwalten und die Mittelverwendung im öffentlichen Sektor insgesamt nach Prioritäten zu gestalten.

C) Die aktuellen oder bereits diskutierten Reformen

Wesentliche Veränderungen hinsichtlich der Organisation oder der Finanzierung des Gesundheitssystems sind weder vorgesehen noch werden solche diskutiert.

In den vergangenen Jahren rückten Wartezeiten für Krankenhausbehandlungen zunehmend in den Mittelpunkt. Im Jahr 1999 wurde eine Garantie für die Behandlung bestimmter lebensbedrohlicher Krankheiten innerhalb einer bestimmten Frist eingeführt. Gemäß dieser Garantie müssen staatliche Krankenhäuser die Kosten für die Behandlung in anderen Krankenhäusern übernehmen – private Krankenhäuser oder Krankenhäuser im Ausland mit eingeschlossen –, wenn die Wartezeit abgelaufen ist. Die Garantie wurde im Jahr 2001 auf weitere Krankheitskategorien ausgedehnt. Ab dem 1. Juli 2002 sind Patienten berechtigt, sich in privaten Krankenhäusern oder Krankenhäusern im Ausland behandeln zu lassen, wenn die Wartezeit für eine Krankenhausbehandlung zwei Monate übersteigt.

Seit dem Jahr 2000 basiert ein Teil der Finanzierung des Gesundheitswesens auf dem Beschäftigungsgrad mit dem Ziel, den Krankenhäusern einen Anreiz zu verschaffen, ihre Effektivität und Effizienz zu steigern. Im Jahr 2002 erhielten die staatlichen Krankenhäuser zusätzlich 1,5 Milliarden DKK (0,2 Milliarde €) von der Regierung mit dem Ziel, die Wartezeiten zu verringern. Diese Mittelzuwendung basiert auf dem zusätzlichen Beschäftigungsgrad im Vergleich zur Beschäftigung im Jahr 2001.

Die ungefähren Wartezeiten werden auf der Website des Ministeriums für Innere Angelegenheiten und Gesundheit veröffentlicht und in allen Regionen gibt es Mitarbeiter/innen, die die Patienten in der Verwendung der Information unterweisen können.