

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark – Teil 1

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

Quelle/Copyright: Carolina Lohfert Praetorius: Strukturkonzepte als Grundlage moderner Leistungserbringung im Krankenhauswesen (Präsentation). Kopenhagen/Dänemark, 2016

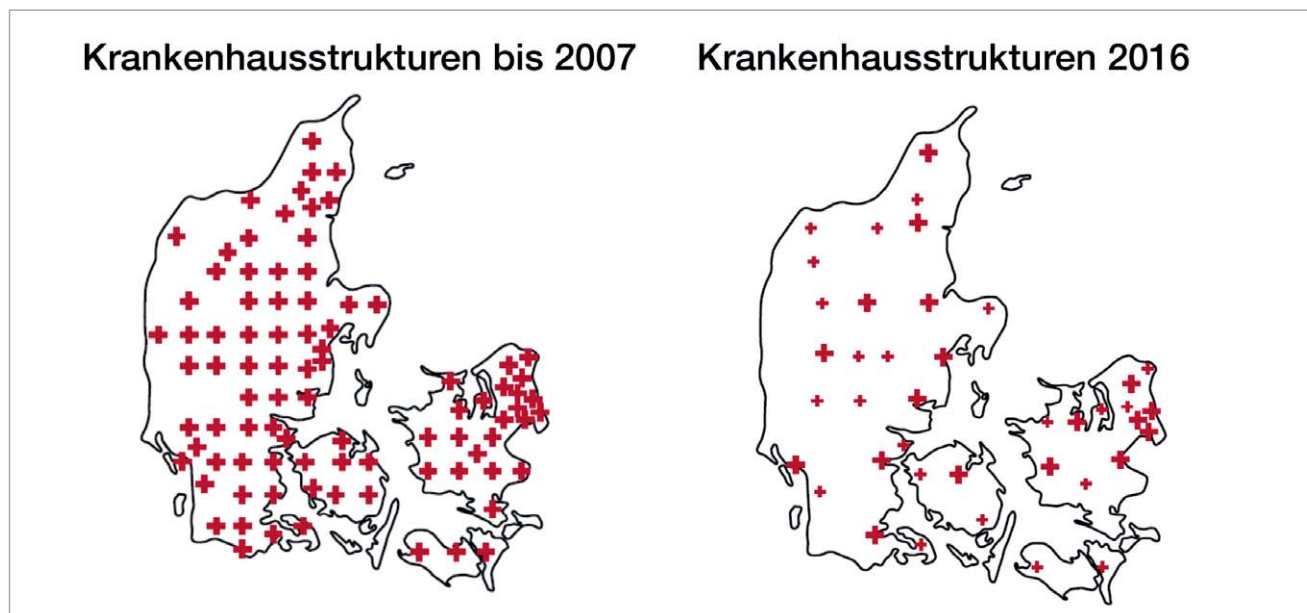


Abbildung 1: Beim Blick in andere Gesundheitssysteme sind viele Aspekte zu beachten, bevor daraus sinnvolle Dinge als Vorbild für unser eigenes übernommen werden können. Ob dazu z. B. die Zentralisierung der stationären Versorgung in immer größere Krankenhäuser mit der enormen Reduktion der Anzahl der Krankenhäuser in der Fläche dazu gehört, wie hier im Beispiel aus Dänemark zwischen 2007 und 2016 eindrucksvoll zu erkennen ist, soll in dieser Artikelserie vorgestellt und diskutiert werden.

Zwei Studienreisen, nach Spanien vor 20 und nach Dänemark vor zehn Jahren, sowie ein aktueller Podcast des Deutschlandfunks erlauben in Anbetracht der Reformen bei uns einen interessanten Blick auf die Entwicklung der dortigen Gesundheitssysteme in den vergangenen zehn bis 20 Jahren.

Als Arzt und Lehrstuhlinhaber am International Health Care Management Institute (IHCI) der Universität Trier hatte ich die Gelegenheit, an mehreren Studienreisen teilzunehmen. Eine führte 2006 nach Spanien und eine andere 2016 nach Dänemark. Bereits damals wie auch heute (siehe Tabelle 1) gab und gibt es große Unterschiede zwischen Deutschland, Spanien und Dänemark, vor allem in den Gesundheitssystemen [1].

Spanien

In Spanien besuchten wir ein Krankenhaus und befassten uns mit dem spanischen

Gesundheitswesen. Spanien als Vorbild für das deutsche Gesundheitssystem? Ja, denn die Menschen dort leben länger, ernähren sich gesünder und das bei wesentlich weniger Kosten (knapp 10 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) Stand heute). Die vergleichsweise hohe Lebenserwartung bei Geburt von aktuell ca. 84 Jahren (Frauen 86,5 und Männer 81,4; in Deutschland 83,5 und 78,9 Jahre Stand 2025) bzw. deren Anstieg um ca. 2,5 bis 3 Jahre seit 2006 ist aber nicht nur das Ergebnis der kurativen Versorgung, sondern multifaktoriell bedingt (Lebensstil, Ernährung, Klima). Und natürlich muss die Qualität der Lebensjahre betrachtet werden, nicht nur die bloße Länge. Das gesetzliche spanische Gesundheitssystem besteht aus drei Teilversicherungen: Neben dem allgemeinen nationalen Gesundheitssystem (Sistema Nacional de Salud, SNS) gibt es gesonderte Systeme für Beamte, Streitkräfte und Justiz sowie zwei Sozialversicherungen für Unfälle und Berufskrankheiten. Mehr als 95 % der

spanischen Bevölkerung haben aktuell Anspruch auf SNS-Versorgung. Ausgenommen davon sind Freiberufler und Selbstständige [2].

Jeder Versicherte erhält eine/n feste/n Hausärztin/-arzt bzw. Familienärztin/-arzt, „Médico de Familia“, in einem der aktuell über 13.000 steuerfinanzierten Gesundheitszentren. Sie entscheiden über Überweisungen zu Fachärztinnen und -ärzten und fungieren als „Gatekeeper“ des Systems.

Langfristige Patientenbeziehungen ermöglichen eine ganzheitliche Betreuung (familiäre, soziale Situation). Die Digitalisierung war bereits 2006 in vollem Gange. Heute werden dort alle Untersuchungen, Diagnosen und Behandlungen digital erfasst und sind für alle beteiligten Ärzte (Hausärzte, Fachärzte in Krankenhäusern) einsehbar. Dies reduziert Kommunikationsaufwand und vermeidet Doppeluntersuchungen. Die hausärztliche Kompetenz wurde bis heute ausgeweitet: Moderne Diagnostika (z. B. Magnetresonanzen-

tomographie) können von Hausärztinnen und -ärzten direkt angeordnet werden, was früher nur mit fachärztlicher Kompetenz möglich war. Zudem gibt es zunehmend fachärztliche Sprechstunden direkt in den Gesundheitszentren [3]. Viele Fachärztinnen und -ärzte in Spanien arbeiten hybrid: Sie haben eine Festanstellung in einem öffentlichen Krankenhaus (für die materielle Grundabsicherung und das Prestige) und betreiben daneben eine private Praxis oder arbeiten in einer privaten Klinik, um ihr Einkommen aufzubessern.

Die Krankenhausstruktur besteht aus einem flexiblen Zwei-Säulen-System: Öffentliche Krankenhäuser (z. B. Universitätskliniken) für hoch spezialisierte, komplexe Behandlungen mit besserer Ausstattung und Erfahrung bei lebensbedrohli-

chen Erkrankungen. Daneben private Kliniken, die z. B. bei Kapazitätsengpässen öffentlicher Krankenhäuser genutzt werden – ohne Zuzahlung für gesetzlich Versicherte. Die Notfallversorgung bei akuten, schweren Erkrankungen funktioniert nach Aussage der Befragten in einem aktuellen Podcast „sehr gut“ mit schneller Diagnostik und operativer Versorgung [3]. Es ist aber auch Kritik aus den Experteninterviews herauszuhören. So seien z. B. laut des Gesundheitsexperten Rafael Bengoa von durchschnittlich 22–23 verbleibenden Lebensjahren einer 65-jährigen Spanierin nur etwa zehn Jahre „gute Jahre“ (Vitalität). Und es fehle an einer langfristigen Präventionsstrategie: Chronisch Kranke sollten engmaschiger ambulant bzw. zu Hause betreut werden, um Wartezeiten in den Gesundheitszentren

zu reduzieren. Denn die gesetzliche Maximalwartezeit von 90 Tagen für Vorsorgeuntersuchungen wie Darmspiegelungen würde in der Praxis regelmäßig überschritten. Als Reaktion darauf habe die Zahl der privaten Zusatzversicherungen (Mutua) um 30 % zugenommen.

„Ein stilles Privatisierungsphänomen ohne formellen Systemwechsel“, wie es der Gastroenterologe Sergio Romero beschreibt [3].

Die zahnärztliche Versorgung ist von der Regelversorgung ausgeschlossen: Zahnärztliche Behandlungen (Füllungen, Kronen, Implantate, Wurzelbehandlungen) sind für Erwachsene nicht Teil der öffentlichen Versorgung und müssen privat oder über eine Zusatzversicherung (Mutua) finanziert werden. Ausnahmen davon bilden zahnärztliche Behandlungen von Not-

Gesundheitssysteme von Spanien und Dänemark im Vergleich (Stand Ende 2025)

Basisdaten:	Spanien	Dänemark	Deutschland	
BIP pro Kopf (€)	34.210 €	69.550 €	53.520 €	[Destatis/Div. Quellen für 2025 Stand 14.05.2026]
Gesamtbevölkerung	49,1 Mio.	6,0 Mio.	83,6 Mio.	[Destatis/Eurostat für 2025 Stand 7.5.2026]
Arbeitslosenquote	11,5 %	6,6 %	3,2 %	[Destatis/Div. Quellen für 5/2026 Stand 19.7.2026]

Die Rolle des Staates	Spanien	Dänemark	Deutschland	
Beveridge*- oder Bismarck-Prinzip**	Bismarck***	Beveridge	Bismarck	

*Beveridge=Steuerfinanzierung vs. **Bismarck=Beitragsfinanzierung (Gesetzl. Krankenversicherung etc.)

***Spanien	(a) Gesundheitsministerium (Ministerio de Sanidad, Madrid): Entwicklung der Gesundheitspolitik (b) Koordination über den SNS-Rat (Consejo Interterritorial), in dem der nation. Gesundheitsminister und alle 17 regionalen Ressortchefs sitzen; z. B. zur Regelung der ärztlichen Weiterbildung (c) Ministerium legt nationalen Basisleistungskatalog und übergeordneten Finanzierungsrahmen fest, die Umsetzung bzw. Gesundheitszuständigkeit erfolgt regional in den 17 autonomen Regionen
------------	--

Quellen:

[Destatis/Div. Quellen für 2025, Stand 14.05.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Basistabelle/Allgemeines-Regionales.html?templateQueryString=landfläche>

[Destatis/Eurostat für 2025 Stand 7.5.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Basistabelle/Bevoelkerung.html>

[Destatis/Div. Quellen für 5/2026 Stand 19.7.2026]

<https://www.destatis.de/Europa/DE/Thema/Bevoelkerung-Arbeit-Soziales/Arbeitsmarkt/EUArbeitsmarktMonat.html>

Tabelle 1: Grundlegende Unterschiede zwischen Deutschland, Spanien und Dänemark, die bei einem Vergleich der Sozial- und Gesundheitssysteme zu beachten sind. Dazu zählen auch die politischen, geografischen und Umwelt- sowie Klimabedingungen. Es gilt also, nicht „Äpfel mit Birnen“ zu vergleichen.

fällen und bei Kindern (allerdings regional unterschiedlich geregelt) [3]. Kosteneffizienz im spanischen System wird also teilweise auch durch explizite Leistungsaus-schlüsse erreicht.

Dänemark

Eine weitere Studienreise führte vor zehn Jahren nach Dänemark. Das Gesundheitssystem in Dänemark ist in europäischen und weltweiten Rankings seit vielen Jahren ganz oben angesiedelt. In 2014, also zwei Jahre vor unserer Studienreise, gab es auf einem offiziellen Dänemark-Stand anlässlich der conhIT-Tagung in Berlin einen Film über das dortige Gesundheitssystem, der viele Gesundheitsexperten und -politiker geradezu „elektrisierte“ [4]: In Dänemark sei es gelungen, die Qualität und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit den Gesundheitsleistungen zu verbessern und dennoch die Ausgaben unter Kontrolle zu halten. Dänemark hatte bereits 2014 mit 4,5 Tagen die kürzeste durchschnittliche Verweildauer im Kran-

kenhaus im Vergleich zu den anderen 28 Ländern der EU. In ca. 90 Prozent aller Fälle wurde (und wird) eine Behandlung vom Hausarzt eingeleitet und auch zu Ende geführt. So könnten sich die hoch spezialisierten Krankenhäuser ausschließlich auf Akutfälle oder schwer erkrankte Patienten konzentrieren. Die Ärzte arbeiteten dabei patientenorientiert miteinander und setzten neueste Technologie und neuestes Know-how ein. Ein hervorragendes Beispiel hierzu sei die auf privater Basis entwickelte nationale Patientenakten-Online-Datenbank. Hier sind alle Informationen zu jeder einzelnen Krankengeschichte eines Patienten gespeichert und bis ins Jahr 1977 zurückverfolgbar. Über dieses Tool haben alle Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Apothekerinnen und Apotheker und anderes medizinisches Personal Zugang zu vollständigen Patientenprofilen.

Ein weitere entscheidende Veränderung im Gesundheitssystem war, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein Drittel der bestehenden Krankenhauskapazitäten in

Dänemark erneuert und modernisiert wurde (siehe Abbildung 1). Dänemark hat sein ohnehin stark steuerfinanziertes, hausarztzentriertes System in den letzten zehn Jahren weiter digitalisiert, stärker zentralisiert und auf integrierte, ambulante und wohnortnahe Versorgung ausgerichtet. Darum soll es dann mit einem Blick im 2. Teil in das Gesundheitssystem unseres Nachbarn weitergehen.

**Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Andreas Goldschmidt**

E-Mail:
goldschmidt@
uni-trier.de



Foto: Manuel Maier

Die Literaturhinweise finden sich online auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Früher Bescheid wissen

mit dem Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Sie möchten auf dem Laufenden bleiben? Abonnieren Sie jetzt die perfekte Ergänzung zum Hessischen Ärzteblatt: unseren Newsletter! Mit dem Neuesten aus der Kammer, mit Pressemeldungen, aktuellen Lese- und Veranstaltungstipps. Schnell, kostenlos und sicher. Ihre E-Mail-Adresse genügt. Folgen Sie einfach dem Link (QR-Code) zur Anmeldeseite, geben Sie Ihre Mail-Adresse ein, und nach ein paar Mausklicks gehören auch Sie zum gut informierten Kreis unserer Abonnentinnen und Abonnenten.



www.laekh.de/newsletter

