Ein zweiter Blick auf das Gesundheitssystem in Dänemark – Teil 2 (B)

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



Foto: © niyazz – stock.adobe.com

„Reformen, Digitalisierung und kritische Bilanz“

Nachdem im ersten Teil 2 (A) die strukturellen Rahmenbedingungen, die demografischen Indikatoren sowie die ökonomischen Grundlagen der Gesundheitssysteme in Spanien und Dänemark beleuchtet wurden, widmet sich der folgende Teil 2 (B) den aktuellen Reformprozessen in Dänemark, der digitalen Transformation sowie einer kritischen Bilanz der dänischen Entwicklungen.
Dieser Teil konzentriert sich auf das „Was passiert gerade in Dänemark?“ und „Was bedeutet das?“

Anpassungen 2016–2026

Wie und mit welchen Folgen hat sich das dänische Gesundheitssystem seit 2016, also innerhalb der vergangenen zehn Jahre, weiter verändert? Dänemark hat sein ohnehin stark steuerfinanziertes, hausarztzentriertes System weiter digitalisiert, noch stärker zentralisiert und auf integrierte, ambulante und wohnortnahe Versorgung ausgerichtet. Das Grundmodell blieb seitdem unverändert: Universelle, beitragsfreie Krankenversicherung für alle Einwohner, überwiegend steuerfinanziert, mit Hausärztin oder -arzt als Gatekeeper. Organisatorisch gibt es, wie eingangs erwähnt, unterhalb der Regierung vier (vorher noch fünf) Regionen und 98 Kommunen mit klar verteilter Verantwortung für Krankenhausversorgung (Regionen) und Langzeitpflege/Rehabilitation (Kommunen) sowie (neu) 17 Gesundheitsräte (sundhedsråd) [8]. Mit diesem Modell soll die regionalisierte Versorgung verstärkt entwickelt werden (Reform „Sundhed tæt på dig“, „Gesundheit nah bei Ihnen“ („Health close to you“), Umsetzung ab 2027 [9, 10].

Reform der Reform

Dänemark setzt seit 2025 also weitere strukturelle Änderungen in seinem Gesundheitssystem um. Das Ziel ist eine intensivere ambulante Versorgung. Das heißt, die Gesundheitsversorgung soll näher zum Bürger gebracht werden, also verstärkt weg von den Krankenhäusern und hin zum eigenen Zuhause oder in vertraute Umgebungen (siehe Infokasten 1). Hintergrund war vor allem die Kritik, dass viele Menschen mit chronischen Krankheiten (wie COPD, Diabetes, Herzkrankheiten oder Demenz) nicht die notwendige Unterstützung im Alltag erhalten würden. Dies führte oft dazu, dass sich deren Zustand verschlechterte und unnötige Krankenhausaufenthalte entstanden. Ein Hauptproblem war die mangelnde Koordination zwischen Hausarzt, Kommune und Krankenhaus. – Um den Ärztemangel in ländlichen Gebieten zu bekämpfen, sind neue Klinik- und Beschäftigungsmodelle geplant: Neben privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sollen auch öffentlich geführte Kliniken oder Kliniken privater Unternehmen möglich sein (Anm.: „Wenn Sie in einem öffentlichen Krankenhaus in Dänemark sind, sind Sie ein öffentlicher Patient. Es gibt private Zusatzversicherungen, zum Beispiel für Zahnbehandlungen oder Physiotherapie, die sind generell bei Erwachsenen in Dänemark nicht abgedeckt. Und es gibt auch ein paar private Kliniken für so etwas wie Brustvergrößerungen. Aber grundsätzlich ist der medizinische Standard für alle Dänen gleich hoch.“ Kjellberg J (2025) [13]).
Ärztinnen und Ärzte sollen die Möglichkeit haben, in kollegialen Umfeldern zu arbeiten, ohne die administrativen Belastungen eines selbstständigen Klinikinhabers (er)tragen zu müssen.

Entfernung zum Krankenhaus

Im Jahr 2023 betrug der Anteil der EU-Bevölkerung, der mit einer 15-minütigen Autofahrt ein Krankenhaus erreichen kann, 83,2 %. Mit großem Abstand betraf dies vor allem Regionen in Deutschland (96 von 124 der im EU-Raum am dichtesten mit Krankenhäusern versorgten Regionen) [11]. Nach den Niederlanden, wo dies vor deren Reformen ab 2006 ganz ähnlich war, hat sich Dänemark ca. zehn Jahre danach auch auf den Weg gemacht, um einen völlig anderen Weg für die stationäre Versorgung zu beschreiten. Vergleiche dazu auch die eindrückliche Abbildung 1 im 1. Teil dieses Artikels (HÄBL 09/2026): Reduzierung auf ein Drittel vergleichbarer deutscher Betten durch

Zentralisierung. Einige weitere aufschlussreiche Gesichtspunkte dazu greift der Podcast des Deutschlandfunks (DLF-Kultur) vom 19. Februar 2026 auf (siehe Infokasten 2).

Kritik

In einem besonders kritischen Kommentar greift Bernd Hontschik (Chirurg/Publizist) einige beachtenswerte Aspekte heraus: Dänemark habe für 6,5 Milliarden Euro ein völlig neues Krankenhaussystem geschaffen. Das verlief selbstverständlich nicht ohne Widerstände durch die Fachkräfte sowie Patientinnen und Patienten vor Ort. Durch die enorme Zentralisierung gibt es nur noch sechzehn Superkrankenhäuser (sechs Neubauten, zehn Modernisierungen). Doch das Ziel „Qualität statt Nähe" scheitere oft an der Realität: Personalmangel und Kostendruck führten zu abgewiesenen werdenden Müttern, unnötigen Operationen oder abgelehnten Behandlungen. Außerhalb der Städte seien lange Anreisewege für Schwerkranke problematisch. Hinzu kämen Lücken in der digitalen Dokumentation und gestiegene Wartezeiten auf Behandlungen (von 30 auf 45 Tage), was in Dänemark für heftige Diskussionen sorge. [14]

Jakob Kjellberg äußerte in einem Interview 2025 (hier nur auszugsweise): „Wir geben

Infokasten 1: Reform der Reform „Sundhed tæt på dig" „Gesundheit nah bei Ihnen" („Health close to you")

Verabschiedet im Dez. 2024, Umsetzung seit 2025; damalige Gesundheitsministerin Sophie Løhde

Hintergrund: Während Dänemark über ein erstklassiges Krankenhauswesen verfügt, das in der Lage ist, spezialisierte und qualitativ hochwertige Behandlungen für Krankheiten wie Krebs und Herzerkrankungen anzubieten, hinken die lokalen (ambulanten) Gesundheitsdienste deutlich hinterher. Diese Disparität betrifft viele Dänen, insbesondere diejenigen mit chronischen Erkrankungen.

Ziel: Die vorgeschlagene Reform zielt darauf ab, diese Lücke zu schließen und eine gerechte sowie effiziente Versorgung über Krankenhäuser, lokale Gesundheitszentren bis hin zum Zuhause der Bürger zu gewährleisten.

Maßnahmen: Struktur, Aufgabenverteilung und Finanzierung werden geändert, um die primäre (= ambulante) Gesundheitsversorgung zu stärken, damit chronische Krankheiten innerhalb der alternden Bevölkerung besser bewältigt werden können. Das bedeutet eine umfassende Überarbeitung des Gesundheitssystems, einschließlich struktureller Änderungen, neuer Aufgabenallokationen und finanzieller Neuausrichtungen, um die (regionalen ambulanten) Gesundheitsdienste zu stärken und zukunftssicher zu machen.

Im Detail: Weiterbildung von 5.000 neuen Hausärzten: Erweiterte Kapazitäten an den medizinischen Fakultäten sollen die Ausbildung von mehr Hausärzten und Fachärzten ermöglichen.

Verbesserung der Verteilung von Fach- und Hausärztinnen und -ärzten: Maßnahmen sollen die ungleiche Verteilung von Spezialisten in unterversorgten Regionen beheben. Beispiel: in der Hauptstadtregion (Hovedstaden) gibt es etwa doppelt so viele niedergelassene Fachärzte pro Bürger wie in den übrigen Regionen. Die Kapazität des allgemeinmedizinischen Angebots soll durch mehr Ärzte gestärkt, und die Ärzte sollen landesweit besser verteilt werden.

(Anm.: „Bisher müssen Hausärzte 1.600 Patienten versorgen – egal ob es sich dabei in der Stadt um überwiegend junge, gesunde Menschen handelt oder auf dem Land um ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das wird sich mit der Reform ändern, auf dem Land werden die Hausärzte weniger Patienten versorgen müssen für das gleiche Geld – und das wird den Job dort attraktiver machen." – Kjellberg J (2025) [13]).

Neue Patientenrechte: Patienten erhalten schnelleren Zugang zu Fachärzten und zu digitalen Gesundheitsdiensten sowie eine erweiterte Wahlfreiheit bei ihrer Behandlung.

Integrierte Versorgung für chronische Krankheiten: Es werden Versorgungspakete für Erkrankungen wie COPD, Typ-2-Diabetes und Herzkrankheiten eingeführt sowie mobile Behandlungsteams zur Unterstützung älterer Patienten und Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen eingerichtet.

Die Region Seeland und die Hauptstadtregion (Hovedstaden) werden zu einer neuen „Region Ostdänemark" zusammengeführt, so dass es nur noch vier statt fünf Regionen gibt.

Es werden 17 neue Gesundheitsräte (sundhedsråd) eingerichtet (Vertreter von Regionen und Kommunen), die sicherstellen sollen, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern (Regionen) und der häuslichen Pflege/Rehabilitation (Kommunen) reibungsloser funktioniert. Diese übernehmen auch die gemeinsame Verantwortung für Finanzierung und Organisation der Gesundheitsdienste.

Die Verantwortlichkeiten der Regionen und Gesundheitsräte umfassen auch die Verwaltung von Übergangspflegeeinrichtungen sowie die notfallmäßige pflegerische Versorgung instabiler Patienten, um eine Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit des Dienstes zu gewährleisten.

Die Regierung hat sich zu erheblichen finanziellen Investitionen zur Unterstützung dieser Reform verpflichtet. Ein Gesundheitsfonds in Höhe von 24 Milliarden DKK (ca. 3,2 Mrd. Euro) soll Krankenhäuser und Gesundheitstechnologien modernisieren, während 3,5 Milliarden DKK (ca. 467 Mio. Euro) für die Verbesserung der Infrastruktur lokaler Gesundheitsinitiativen bereitgestellt werden. Bis 2030 sollen jährliche Investitionen in Höhe von 6,4 Milliarden DKK (ca. 853 Mio. Euro) diese Reformen unterstützen. [9, 10]

Infokasten 2: Gesundheit in Europa – Warum Spanien und Dänemark als Vorbild gelten

Quelle: Podcast des Deutschlandfunks (DLF-Kultur) vom 19. Febr. 2026 [12]

Prävention und Lebensstil: Dänemark setzt auf restriktive Gesetze gegen Rauchen (Zigaretten hinter Vorhängen, hohe Steuern) und Alkohol, was die Raucherquote senkte, bleibt aber hinter Norwegen/Schweden zurück – kulturell bedingt durch Betonung individueller Freiheit und Vorliebe für Gebäck/Alkohol. Bei der Krebsvorsorge „glänze" man durch eine HPV-Impfquote von 82 % bei Mädchen und 80 % bei Jungen (EU-Durchschnitt 63 %). Hinzu komme eine hohe Teilnahme an Mammographie/Darm-Screening durch automatische digitale Einladungen und hohes Vertrauen in die zuständigen Gesundheitsbehörden seitens der Bevölkerung (geringe Korruption, Wohlfahrtsstaat). Alltagsbeobachtungen heben Fahrradwege und Fitnesskultur hervor, doch routinemäßige Vorsorge (z. B. Gynäkologie, Hautscreening) fehle aufgrund angeblich zu geringer Evidenz.

Hausarztrolle und Versorgungssteuerung: Sie fungieren als informierte Gatekeeper, die Facharztkontakte gezielt steuern. In Dänemark laufen nach einem Krankenhausaufenthalt alle Anschlussinformationen digital beim Hausarzt zusammen, der so die Koordination der Weiterbehandlung übernimmt. In Deutschland fehle diese systematische Bündelung häufig. Patienten müssten sich Facharzttermine oft selbst und mit langen Wartezeiten organisieren.

Pflege in multiprofessionellen Teams: Ergänzend zeigten dänische Gesundheitszentren mit multiprofessionellen Teams (Ärzte, Pflegekräfte mit erweiterten Kompetenzen, sogenannte „Nurse Practitioners") ein Modell wohnortnaher, aber dennoch spezialisierter Versorgung, das in deutschen Diskussionen um „Gesundheitskioske" oder Primärversorgungszentren aufgegriffen würde.

Digitalisierung: Dänemark liege im Digital-Health-Index der Bertelsmann Stiftung unter den Top 3 weltweit (nach Estland und Kanada), während Deutschland deutlich zurückliege. Zentrales Element ist das nationale Gesundheitsportal sundhed.dk, über das elektronische Patientenakte, Medikationslisten und E-Rezepte laufen und Daten zwischen Krankenhäusern, Hausärzten, Fachärzten, Laboren, Pflegeeinrichtungen und Behörden ausgetauscht werden. (Anm.: „Das dänische Gesundheitssystem ist in vielerlei Hinsicht digitalisierter als jedes andere Gesundheitssystem, das ich kenne. Ich kann als Forscher mit kompletten Datensätzen arbeiten, die bis in die 1970er-Jahre zurückreichen. Wenn man den Kern des Gesundheitssystems weiterentwickeln will, braucht man wirklich gute Daten." – Kjaelberg J (2025 [13])

Digitale Einladungen zu Screenings und verständliche Krankenhausbriefe in elektronischen Patientenakten förderten Akzeptanz und Selbstmanagement durch die Patientinnen und Patienten. Das genannte Vertrauen in die staatlichen Institutionen erleichtere deren Nutzung. Bürger erhalten klare Infos in allgemein verständlicher Sprache, also ohne medizinischen Fachjargon.

Zentralisierung der Krankenhausversorgung: Dänemark gelte hier explizit als Referenzmodell, weil es seit 2007 eine evidenzbasierte, ganzheitliche Krankenhausplanung mit Personal- und Spezialisierungsplanung umgesetzt habe. Zentral übertragbar sei das Prinzip „ambulant vor stationär" mit klarer Durchlässigkeit zwischen den Versorgungssektoren, was in Deutschland traditionell durch starre Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär erschwert würde. Ein wichtiger struktureller Unterschied bleibe allerdings, dass dänische Krankenhäuser überwiegend in öffentlicher Hand sind, was eine konzertierte, zentral steuerbare Reform erleichtere – ein Vorteil, den Deutschland mit seiner gemischten Trägerlandschaft (öffentlich, freigemeinnützig, privat) nicht habe. Komplexe Behandlungen (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) gebe es – trotz anfänglichem Widerstand – nur noch an wenigen Zentren, was durch die dort nun größeren Fallzahlen aber die Qualität gesteigert habe.

Expertenargumente: Gesundheitsökonomen betonen Evidenzprüfung und kritisieren Grenzhandel-Risiko bei Tabak wegen hoher Steuern. – Hier einige Zitate: Signe Smith-Jervelund (Univ. Kopenhagen): „Wenn es eine Sache gibt, die in Sachen Prävention wirklich funktioniert, dann ist es eine restriktive Gesetzgebung." „Wir sind Bürger in einem Wohlfahrtsstaat, in dem es kaum Korruption gibt. Wir glauben daran, dass andere unser Bestes wollen."
Jakob Kjellberg (dän. Gesundheitsökonom): „In Deutschland gibt es Versicherte, die Geld bezahlen. Das sind also Kunden, die man zufriedenstellen muss. Bei uns ist es eine andere Logik." – Reinhard Busse (TU Berlin) lobt die Anpassungen an moderne Medizin via Zentralisierung/Digitalisierung; er bewertet die Balance zwischen Leistung und Kosten als top und sieht Lernpotenzial für Deutschland hinsichtlich Rationalisierung. Er beschreibt die dänische Krankenhausreform der letzten 15 Jahre als bewusstes Umbauprojekt: Kleine Krankenhäuser wurden geschlossen, Spezialisierung konzentriert, da komplexe Behandlungen (Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall) eine Mindestfallzahl erfordern. Dänemark habe die Krankenhausbettenzahl auf ein Drittel des deutschen Niveaus reduziert. Busse betont: Die Bevölkerung akzeptiere dies heute, weil die Vorteile sichtbar seien – obgleich die Schließungen anfangs unpopulär waren.

die Hälfte unserer Gesundheitsausgaben in den Krankenhäusern aus, deutlich mehr als die meisten anderen Länder. Und das liegt daran, dass wir bisher nicht genug in den Ausbau der ambulanten Gesundheitsversorgung, in mehr Qualität, in leichtere Zugänge und kürzere Wartezeiten investiert haben. … Im Dezember wurde (daher) ein Gesetz beschlossen, mit dem die Kapazitäten und die Qualität in den Hausarztpraxen verbessert werden sollen. Wir befinden uns also wieder in einer großen Umbruchphase. Diese Reform ist so grundlegend wie die Krankenhausreform, die wir 2007 beschlossen haben. Es wird nur nicht so viel darüber geredet." [13]

Fazit

Es gibt „eine" zentrale Verantwortung und Steuerung des Gesamtsystems in der Regierung. Die integrierte Versorgung ist vergleichsweise vorbildhaft, der ambulante Bereich wurde bislang aber sträflich vernachlässigt und damit verbunden auch wesentliche Potenziale für die Prävention. Es gibt keine Zweiklassenmedizin. Für die aktuelle Krankenhausreform in Deutschland sind besonders folgende dänische Entwicklungslinien mit ihren Auswirkungen als relevant zu beachten:

Die Zentralisierung der Kliniklandschaft mit oft längeren Wegen für eine stationäre Versorgung, konsekutiv noch anspruchsvollere, präklinische Anforderungen an die Notfallmedizin, die Notaufnahmen, die Rettungswagen, die Hubschrauber, die Digitalisierung über ein zentrales Gesundheitsportal und die starke koordinierende Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte.

Gemeinsam ist unseren Gesundheitssystemen in ganz Europa die Belastung durch die steigenden Kosten für medizinischen, medizin-technischen, pharmazeutischen und IT- bzw. insbesondere KI-Fortschritt. Hinzu kommen noch ungenügend erforschte Einflüsse durch die erheblichen klimatischen und demografischen Veränderungen mit einerseits immer mehr multimorbiden, älteren Patientinnen und Patienten bei gleichzeitig immer weniger Personal bzw. zunehmendem Fachkräftemangel. Die Gesundheitssysteme in Spanien, Dänemark und Deutschland wurden oder werden nicht reformiert, um ein dichtes, nahtloses Versorgungssystem mit bestmöglicher Medizin und Pflege vor Ort zu gewährleisten, sondern um dem Widerspruch zwischen einerseits begrenzten Mitteln nebst schwierigen Rahmenbedingungen und andererseits einer optimalen Gesundheitsversorgung zu begegnen. Dabei ist aber bei weitem nicht alles von einem auf das andere System sinnvoll zu übertragen.

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.

Bücher



Klaus Albert Müller/ Udo Hennighausen:

Die Frankfurter Universitätsaugenklinik von ihren Anfängen bis zum Ende der Amtszeit von Wilhelm Doden (1987)

Zum 100-jährigen Bestehen der Universitätsaugenklinik in Frankfurt am Main (1914–2014). Weidmannsche Verlagsbuchhandlung, Hildesheim 2026.
ISBN 9783615004946, 58 €

Mit dieser Monographie legen Klaus Albert Müller und Udo Hennighausen eine lange erwartete, umfassende Darstellung der Geschichte der Frankfurter Universitätsaugenklinik vor. Dieses Werk, dessen Grundlagen bereits vor über drei Jahrzehnten mit dem Ziel einer Dissertation gelegt wurden, erscheint nun in deutlich erweiterter Form und schließt damit eine wichtige Lücke in der deutschen ophthalmologischen Medizingeschichte.

Die Darstellung beginnt weit vor dem eigentlichen Gründungsdatum der Universitätsklinik. Bereits die Frankfurter Augenheilanstalt von 1845 sowie die 1910 daraus hervorgegangene Städtische Augenklinik unter Otto Schnaudigel werden quellenbasiert aufgearbeitet. Mit der Universitätsgründung 1914 entfaltet das Buch dann seine eigentliche Stärke: Anhand von Archivmaterial aus Stadt-, Universitäts- und Dekanatsarchiven werden die Klinikdirektoren Otto Schnaudigel, Rudolf Thiel und Wilhelm Doden nicht nur als Administratoren, sondern als Ärzte, Wissenschaftler und Zeitgenossen ihrer jeweiligen Epoche porträtiert. Besonders verdienstvoll ist die differenzierte Aufarbeitung der Klinikgeschichte während des Nationalsozialismus.

Chronologische Zeittafeln, Personalbibliographien, Fotos und ein Personenverzeichnis erhöhen den wissenschaftlichen Nutzwert erheblich. Gelegentlich merkt man dem Text seine jahrzehntelange Entstehungsgeschichte an – manche Abschnitte wirken im Vergleich unterschiedlich dicht. Dies tut dem Gesamteindruck jedoch keinen Abbruch.

Dieses Werk ist uneingeschränkt zu empfehlen, da es einen wertvollen medizinhistorischen Beitrag zur regionalen Ophthalmologie leistet und auch die gesamtdeutsche Augenheilkunde dieser Zeit mit einbezieht.

Dr. med. Wolfgang Hanuschik, Augenarzt aus Berlin