

**Uni.-Prof. Dr. Claus Wendt**

*Professor für Soziologie der Gesundheit und  
des Gesundheitssystems an der Universität Siegen*

# Koordination und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen im internationalen Vergleich

<b>1. Einleitung</b>	<b>100</b>
<b>2. Gesundheitssysteme, Inanspruchnahme, Gesundheitseinstellungen und Gesundheitsverhalten</b>	<b>101</b>
<b>3. Ansätze zur Bedarfsdeckung bei Gesundheits- und Pflegeleistungen</b>	<b>109</b>
<b>4. Schlussfolgerungen</b>	<b>115</b>

*Das Problem fehlender Personalressourcen bei Gesundheitsdiensten und in der Pflege wird immer drängender. Vor allem vor dem Hintergrund eines steigenden Bedarfs stellt sich immer mehr die Frage nach Regelungen im Gesundheitswesen, die die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen optimieren. In diesem Beitrag wird auf Basis internationaler Vergleiche dargestellt, welche Maßnahmen auf Leistungsangebotsseite gesetzt werden können und welche Möglichkeiten zur Anpassung des Inanspruchnahmeverhaltens von Patientinnen und Patienten eine Rolle spielen.*

# 1. Einleitung

Weltweit leiden moderne Gesundheits- und Pflegesysteme unter Personalknappheit. Diese Problematik wird sich im Zuge des demografischen Wandels weiter verschärfen. Die Alterung der Gesellschaft mit einem steigenden Anteil multimorbider Patientinnen und Patienten erhöht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig sinkt die Zahl derjenigen, die Gesundheits- und Pflegeleistungen erbringen. Lange Zeit konnte diese Problematik in Nordamerika und in Nord- und Westeuropa dadurch begrenzt werden, dass Gesundheitspersonal aus Ländern mit einem niedrigeren Lohnniveau abgeworben wurde. Dieser Zustrom an qualifiziertem Personal wird in Zukunft nicht mehr reichen, um das Leistungsangebot in entwickelten Gesundheitssystemen auf dem derzeitigen Niveau halten zu können.<sup>1</sup> Weitere Maßnahmen sind erforderlich, wie z.B. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in Gesundheits- und Pflegeberufen, bessere Einkommens- und Aufstiegschancen, Erleichterung der Kommunikation durch den Ausbau von Gesundheits-IT, technikbasierte Unterstützungsmaßnahmen, eine bessere Abstimmung und Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen sowie Verbesserungen in der Prävention und des gesundheitsfördernden Verhaltens.

In diesem Beitrag wird aus einer international vergleichenden Perspektive dargestellt, wie und in welchen Ländern sich eine bessere Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen positiv auf das Leistungsniveau auswirken kann. Hierfür sind nicht nur Änderungen auf der Leistungsangebotsseite, sondern auch Anpassungen des Inanspruchnahmeverhaltens und des Gesundheitsverhaltens von Patientinnen und Patienten erforderlich. In diesem Beitrag wird deshalb auch diskutiert, wie sich institutionelle Regelungen in Gesundheitssystemen und eine Koordination von Leistungen auf die Inanspruchnahme durch Patient\*innen auswirken. Andere wichtige Themen, wie z.B. Prävention und Public-Health-Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zur Reduzierung der Inanspruchnahme, werden dagegen außer Betracht gelassen. Ein Teil der Ergebnisse basiert auf Interviews, die in Deutschland, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz mit Organisationen durchgeführt wurden, die für die Gesundheitsversorgung und Pflege in diesen Ländern zuständig sind.<sup>2</sup> Hinzu kommen erste Auswertungen von Interviews, die zur Abstimmung von Versorgungsleistungen in Dänemark geführt wurden.<sup>3</sup>

1 Abgesehen davon fehlt in den Ländern, die Pflege- und Gesundheitspersonal ausbilden, die dann in Länder mit einem höheren Lohnniveau abwandern, ebenfalls dringend notwendiges Personal für die Gesundheitsversorgung und Pflege.

2 Bahle et al. 2023; Wendt 2023

3 DFG Projekt „Strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung und von Public Health-Maßnahmen auf lokaler Ebene“ (2022–2025). Ergebnisse der Auswertung von Interviews am Universitätskrankenhaus Aarhus, Dänemark, 3.–6. April 2023

## 2. Gesundheitssysteme, Inanspruchnahme, Gesundheits- einstellungen und Gesundheits- verhalten

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Einstellungen zum Gesundheitssystem und das Gesundheitsverhalten hängen in erheblichem Maße davon ab, wie das jeweilige Gesundheitssystem aufgebaut ist. Dabei ist es wichtig, sich von einer die gesundheitspolitische Diskussion über viele Jahre hinweg dominierenden Leitidee zu verabschieden, nämlich dass sich die Inanspruchnahme durch ökonomische Anreize auf das erforderliche Maß an Gesundheitsleistungen begrenzen lasse. Auf der Makroebene ist deutlich zu erkennen, dass das Gesundheitssystem mit besonders stark ausgeprägten ökonomischen Anreizen und Wettbewerbsbedingungen besonders teuer ist. Hierbei handelt es sich um das US-amerikanische Gesundheitssystem, das mit Gesundheitsausgaben in Höhe von 17,4 % des BIP und durchschnittlich 12.200 US Dollar pro Einwohner im Jahr 2021 weltweit die mit Abstand höchsten Ressourcen für Gesundheitsleistungen aufwendet.<sup>4</sup> Gleichzeitig sind mehr als 10 % der Bevölkerung im Krankheitsfall ungeschützt und viele weitere sind unterversichert.<sup>5</sup> Das US-amerikanische Beispiel zeigt deutlich, dass ein Schutz im Krankheitsfall nicht über einen Markt organisiert werden kann, da kranke oder schwer verletzte Personen jeden Preis zahlen würden, um wieder gesund zu werden. In zahlreichen international vergleichenden Studien wurde nachgewiesen, dass die Zugangschancen in den USA und in Deutschland im Gesundheitssystem ungleich verteilt sind. Erstens machen viele Menschen die Erfahrung, trotz einer Erkrankung aus Kostengründen nicht zum Arzt zu gehen. Zweitens sind die Unterschiede zwischen Einkommens- oder Bildungsgruppen vor allem in den USA, aber auch in Deutschland, stark ausgeprägt. Demgegenüber machen in den Niederlanden oder Großbritannien nur wenige Menschen die Erfahrung, aus Kostengründen nicht zum Arzt zu gehen.<sup>6</sup> In weiteren vergleichenden Analysen europäischer Gesundheitssysteme wurde gezeigt, dass ein hoher Grad der Regulierung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung die Ungleichheit bei der Leistungsinanspruchnahme senkt. Die Effizienz von Gatekeeping-Systemen ist

---

4 OECD 2023

5 Papanicolas et al. 2018

6 Wendt et al. 2011, 2012; Hero et al. 2017

allerdings davon abhängig, dass die Zahl von Allgemeinärzt\*innen und weiteren Gesundheitsberufen in der primären Gesundheitsversorgung hoch ist.<sup>7</sup>

## 2.1 Hausarztprinzip und Zugangsregulierung

Eine Zugangsregulierung besteht dann, wenn sich Patientinnen und Patienten auf der Liste eines Hausarztes eintragen müssen (Hausarztprinzip) und fachärztliche Leistungen außer in Notfällen nur mit einer Verschreibung durch den Hausarzt wahrgenommen werden können. Es wurde gezeigt, dass bei einem vollständig institutionalisierten Hausarztprinzip die Ungleichheit der Leistungsanspruchnahme durch unterschiedliche Einkommens- oder Bildungsgruppen gering ist. Besonders positive Beispiele sind Dänemark, die Niederlande und Großbritannien.<sup>8</sup> In diesen Ländern wird das Hausarztprinzip zusätzlich gestärkt, indem die Hausärzte über feste Gehaltsbestandteile und Pauschalen je Patient und nicht über eine Einzelleistungshonorierung bezahlt werden. Dagegen nehmen in Ländern ohne Hausarztprinzip und einer weitgehenden Honorierung entsprechend der erbrachten Einzelleistungen Patientinnen und Patienten mit einem höheren Einkommen oder einer höheren Bildung bei Kontrolle von Alter, Gesundheitszustand, Geschlecht und weiterer Faktoren signifikant mehr fachärztliche Gesundheitsleistungen in Anspruch als diejenigen mit geringerem Einkommen oder niedrigerer Bildung. Hierzu zählen u.a. Deutschland und Frankreich und damit Länder, in denen Patientinnen und Patienten ihre Ärztinnen und Ärzte frei wählen und wechseln können.<sup>9</sup>

Problematisch wird eine hohe und ungleiche Leistungsanspruchnahme dann, wenn daraus eine Überversorgung von Teilen der Bevölkerung entsteht (die, wie z.B. ein zu hoher Medikamentenkonsum, selbst eine Gefährdung für die Gesundheit darstellen kann) und gleichzeitig Patientinnen und Patienten notwendige Gesundheitsleistungen nicht erhalten. Eine zu hohe Leistungsanspruchnahme steht mit dem Honorierungsprinzip in einem engen Zusammenhang. Bei einer Vergütung von ambulanten Gesundheitsleistungen entsprechend der erbrachten Einzelleistung ist eine starke Tendenz zur Leistungsausweitung zu erkennen. Es ist auffällig, dass Länder mit einer hohen Wahlfreiheit und einer weitgehenden Honorierung per erbrachten Einzelleistung wie Österreich, Belgien oder Frankreich etwa doppelt so viele Arzt-Patienten-Kontakte aufweisen wie z.B. Schweden, wo im Jahr 2021 im Durchschnitt etwa drei Arzt-Patienten-Kontakte pro Person und Jahr zu verzeichnen sind.<sup>10</sup>

7 Reibling & Wendt 2010, 2012; Blöndal & Ásgeirsdóttir 2018

8 Reibling & Wendt 2010, 2012; Devaux 2015

9 Reibling & Wendt 2010, 2012

10 OECD 2023

Unterschiede, die ebenfalls diesem Grundprinzip entsprechen, finden sich ebenfalls bei konkreten Leistungen. Diese Unterschiede hängen auch mit der Zahl der Ärztinnen und Ärzte, der medizinischen Geräte und weiteren therapeutischen Möglichkeiten zusammen, die ebenfalls mit dem Honorierungsprinzip in Verbindung stehen. In Deutschland und Österreich werden Computertomografie- (CT) oder Magnetresonanztomografieuntersuchungen (MRT) im ambulanten Sektor per Einzelleistung abgerechnet. Die Folge ist, dass die Zahl der Geräte je 1 Million Einwohner in Deutschland mit etwa 36 (CT) bzw. 35 (MRT) erheblich höher ist als in Schweden mit 23 (CT) bzw. 17 (MRT). Besonders ausgeprägt sind die Unterschiede in der ambulanten Versorgung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Während in Deutschland und Österreich je 1 Million Einwohner im ambulanten Bereich 17 CT- und 22 MRT-Scanner (in Österreich: 11 CT, 15 MRT) zur Verfügung stehen, finden sich im schwedischen Gesundheitssystem CT- und MRT-Scanner ausschließlich im Krankenhaus, und in den Niederlanden gibt es außerhalb des Krankenhauses etwa 1 CT- und 1,4 MRT-Geräte je 1 Million Einwohner.<sup>11</sup> Aufgrund der hohen Investitionskosten bestehen dadurch in Deutschland und Österreich hohe Anreize, viele CT- und MRT-Untersuchungen in der ambulanten Versorgung durchzuführen. In Deutschland und Österreich werden pro Jahr je 1.000 Einwohner durchschnittlich etwa 160 MRT-Untersuchungen durchgeführt, während es in Dänemark 100 und in den Niederlanden 60 sind.<sup>12</sup>

Diesen mit der Honorierungsform zusammenhängenden Anreizen der Leistungsausweitung steht auf Seiten der Patientinnen und Patienten je nach Ausgestaltung des Gesundheitssystems die Möglichkeit gegenüber, Allgemein- und Fachärzt\*innen frei zu wählen und zu wechseln. Die hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten und die kurzen Konsultationszeiten in Deutschland und Österreich hängen eng mit dieser ausgeprägten Wahlfreiheit zusammen. In Ländern, in denen die Wahlfreiheit durch ein Hausarztmodell eingeschränkt sind, sind die Konsultationszeiten länger und die Anzahl der Kontakte ist geringer. In Schweden sind die Arzt-Patienten-Kontakte im Durchschnitt mit mehr als 20 Minuten mehr als dreimal so lang wie in Deutschland oder Österreich.<sup>13</sup> Internationale Analysen belegen, dass sich Patientinnen und Patienten vor allem ein vertrauensvolles Verhältnis zu ihrem Arzt bzw. ihrer Ärztin und ausreichend Zeit bei der Behandlung wünschen. Die Zufriedenheit mit den Gesundheitssystem ist in Ländern mit längeren Konsultationszeiten höher.<sup>14</sup>

---

11 Zahlen für 2021, OECD 2023

12 Zahlen für 2021; OECD 2023

13 Irving et al. 2017

14 Wendt et al. 2010, 2011

Befürworter der freien Arztwahl heben die Bedeutung von Selbstbestimmungsrechten der Patientinnen und Patienten hervor. Das zentrale Ziel eines Gesundheitssystems ist zunächst einmal eine hohe Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen Krisensituationen sowie ein Schutz vor den damit verbundenen finanziellen Risiken.<sup>15</sup> Es wäre zu klären, ob ein hoher Grad an Wahlfreiheit zu diesem Ziel beiträgt. Es gibt Hinweise darauf, dass ein hoher Grad an Wahlfreiheit der Gesundheit auch schaden kann. In Systemen mit hoher Wahlfreiheit suchen Patientinnen und Patienten bei einer Erkrankung teilweise mehrere Ärztinnen und Ärzte auf,<sup>16</sup> und diese Doppel- oder Mehrfachuntersuchungen stellen eine erhebliche finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar und dadurch stehen weniger finanzielle Ressourcen für notwendige Gesundheitsleistungen zur Verfügung. In einem solchen System steigt auch die Verschreibung und der Konsum von Medikamenten, da Patientinnen und Patienten sich Medikamente durch unterschiedliche Ärzt\*innen verschreiben lassen können, und Ärzt\*innen eher auf die Wünsche von Patient\*innen nach Medikamenten reagieren, wenn die Gefahr des Arztwechsels besteht. Eine vergleichende Studie zur Verschreibung von Antibiotikum in Belgien, Schweden und den Niederlanden zeigt z. B., dass bei strenger Zugangsregulierung und eingeschränkter Wahlfreiheit (Niederlande, Schweden) sehr viel seltener Antibiotika verschrieben werden als in Belgien, wo eine hohe Zahl an Arzt-Patienten-Kontakten zu einer hohen Zahl an Verschreibungen von Antibiotikum beiträgt.<sup>17</sup> In einem Vergleich mehrerer europäischer Länder ist Deutschland bei der Verschreibung von Antibiotikum in der Spitzengruppe, während Dänemark und Schweden am unteren Ende zu finden sind.<sup>18</sup> Eine Analyse der Verschreibung von Antibiotikum bei Kindern zeigt eine extrem hohe Zahl an Verschreibungen in Südkorea. In den USA und Deutschland sind die Werte mit etwa einer Antibiotikumverschreibung pro Lebensjahr bis Ende des zweiten Lebensjahres deutlich geringer, jedoch immer noch doppelt so hoch wie in Norwegen.<sup>19</sup>

Diese erheblichen Unterschiede im Medikamentenkonsum hängen zusätzlich von weiteren Faktoren ab. Es spielt u. a. eine Rolle, ob die Medikamentenvergabe in einer elektronischen Patientenakte festgehalten wird oder nicht. In den Niederlanden liegen den Apotheken beispielsweise Informationen vor, welche Medikamente verschrieben und bereits an die Patient\*innen ausgegeben wurden, wodurch eine Übermedikation und ein Medikamentenmissbrauch eingeschränkt werden kann.<sup>20</sup>

---

15 Marmor & Wendt 2011; Wendt 2013

16 Müskens et al. 2022

17 Tyrstrup et al. 2017

18 Panteli et al. 2016

19 Youngster et al. 2017

20 Kronemann et al. 2016

## 2.2 Verschreibungsverhalten und Inanspruchnahme

Diese Beispiele verdeutlichen, dass institutionelle Merkmale eines Gesundheitssystems wie das Hausarztprinzip bzw. die freie Arztwahl erhebliche Einflüsse darauf haben, wie die Bürger\*innen ihre Rolle als Patientinnen und Patienten wahrnehmen und in welcher Form und in welchem Umfang sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Möglicherweise haben diese und weitere institutionelle Regelungen darüber hinaus Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und in welchem Ausmaß und in welcher Form auf die eigene Gesundheit geachtet wird. Ein wichtiges damit zusammenhängendes Thema sind Krankschreibungen. In der Regel sind es niedergelassene Ärzt\*innen in der Primärversorgung, die über eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Erkrankung entscheiden. In diesem Fall erfolgt in den meisten Ländern für einen festgelegten Zeitraum die volle Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Es gibt Hinweise darauf, dass vor allem dann, wenn Patient\*innen ihren Arzt bzw. ihre Ärztin leicht wechseln können, mehr Krankschreibungen erfolgen. Ärzt\*innen gehen davon aus, dass Patient\*innen weitere Ärzt\*innen aufsuchen, bis sie die gewünschte Krankschreibung erhalten, und stellen deshalb z.Tl. trotz einer gegenteiligen Einschätzung eine Krankschreibung aus, um den Patienten oder die Patientin nicht zu verlieren. Dadurch erfolgen oft mehr Krankschreibungen als in Gesundheitssystemen mit einer stärkeren Einschränkung des Arztwechsels, z.B. über ein Hausarztprinzip. Die Zahl an Fehltagen bei voller Lohnfortzahlung aufgrund einer Erkrankung beträgt im Durchschnitt pro Jahr und Person in Österreich 12, in Deutschland 20, in Dänemark 9 und in Schweden 10 Tage.<sup>21</sup> In Ländern wie Deutschland und Österreich mit einer ausgeprägten Wahlfreiheit für die Patientinnen und Patienten wird immer wieder das Argument aufgeführt, dass die Wahlfreiheit den Wünschen der Bürgerinnen und Bürger entsprechen würde. Die höhere Ungleichheit bei der Inanspruchnahme, die Inanspruchnahme nicht notwendiger Gesundheitsleistungen, die wie eine Übermedikation negative gesundheitliche Folgen haben können, und eine Inanspruchnahme, die eher Marktprinzipien als dem Ziel einer optimalen Gesundheitsversorgung folgt, sprechen demgegenüber für eine stärkere Einschränkung der Wahlfreiheit. Fragt man die Bürgerinnen und Bürger direkt danach, ob sie im Gesundheitssystem Wahlfreiheit wünschen oder nicht, lautet die Antwort i.d.R., dass sie die Wahlfreiheit befürworten. Das gilt selbst für ein über viele Jahre hinweg in hohem Maße staatlich organisiertes Gesundheitssystem wie in Schweden,<sup>22</sup> und ist besonders stark ausgeprägt in Gesundheitssystemen, in denen sich Patientinnen und Patienten über

---

21 Zahlen für 2021; OECD 2023

22 Janlöv et al. 2023

einen langen Zeitraum an eine hohe Wahlfreiheit gewöhnt haben.<sup>23</sup> Wenn man allerdings nach der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem insgesamt sowie mit den einzelnen Ärztinnen und Ärzten fragt, ist deutlich zu erkennen, dass der Grad der Wahlfreiheit auf das Ausmaß der Zufriedenheit keinen Einfluss hat.<sup>24</sup>

Die Erfahrungen mit Reformversuchen auf diesem Gebiet haben gezeigt, dass finanzielle Anreize nicht ausreichen, um ein Hausarztprinzip durchzusetzen.<sup>25</sup> Dies führt vor allem zu einer weiteren Erhöhung der bestehenden Ungleichheit, da bei höheren Einkommensgruppen moderate Zuzahlungen keinen Effekt auf die Inanspruchnahme haben und bei denjenigen mit einem niedrigen Einkommen die Gefahr besteht, dass notwendige Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch genommen werden.<sup>26</sup> Finanzielle Anreize wie die in Deutschland zwischen 2004 und 2012 bestehende Praxisgebühr unterscheiden nicht zwischen notwendigen und nicht notwendigen Gesundheitsleistungen. Die Einführung eines Hausarztprinzips, bei dem Patientinnen und Patienten verpflichtet werden, sich für einen längeren Zeitraum auf der Liste eines Hausarztes einzutragen, ist nach den vorliegenden Erkenntnissen demgegenüber eine effektive Möglichkeit, um den Zugang zum Gesundheitssystem zu steuern und Ungleichheiten und eine Überinanspruchnahme zu reduzieren.

---

23 Wendt et al. 2011

24 Wendt et al. 2010, 2011

25 Diesenreiter & Wendt 2021; Immergut & Wendt 2021

26 Wendt et al. 2012

## 2.3 Koordination von Gesundheitsleitungen in den Übergängen zwischen Primärversorgung, Krankenhausversorgung und Pflege

Mehr Koordination ist auch in den Übergängen zwischen den Sektoren des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen und sozialen Pflege erforderlich. In diesen Sektoren wurde ebenfalls in vielen Gesundheitssystemen in den letzten Jahrzehnten verstärkt auf Wettbewerb und Marktanreize gesetzt, während die Koordination von Leistungen wenig Berücksichtigung gefunden hat. Die wichtigste Änderung im Krankensektor weltweit war die Einführung eines Finanzierungssystems über „Diagnosis Related Groups“ (DRGs, Diagnoseabhängige Fallpauschalen). Diese Finanzierungsform hatte zur Folge, dass die finanzielle Ausstattung von Krankenhäusern stärker von den Krankheitsfällen bzw. der Zahl an Diagnosen und durchgeführten Therapien abhängt. An dieser Stelle kann nicht umfassend auf die DRG-Systeme unterschiedlicher Länder eingegangen werden.<sup>27</sup> Z.B. kann die Finanzierungsform zu einem Wettbewerb zwischen Krankenhäusern beitragen, mit der Folge, dass unrentable Krankenhäuser schließen müssen. Eine Alternative zu einer Anpassung der stationären Versorgung über Marktprozesse, die in Deutschland in den vergangenen Jahrzehnten im Vordergrund stand, ist eine Steuerung der Krankenhausversorgung durch gesundheitspolitische Entscheidungen auf der Grundlage von Qualitätskriterien für die Gesundheitsversorgung. Ein Beispiel für diesen Weg ist Dänemark. Wenn das Versorgungsangebot sich wie bei einer DRG-Finanzierung demgegenüber an finanziellen Kriterien orientiert, dann hat dies u.a. zur Folge, dass finanziell attraktive Leistungen ausgeweitet werden.<sup>28</sup>

Für den in diesem Artikel diskutierten Zusammenhang zwischen institutionellen Regelungen, Verhaltensanreizen und Zugang zu Gesundheitsleitungen sind u.a. folgende Aspekte von Bedeutung: Da DRGs für eine festgelegte Zeit kalkuliert werden, sinkt im Zuge dieses Prozesses die Krankenhausverweildauer. In diesem Fall kann die Versorgungsqualität vor allem dann sinken, wenn die Anschlussversorgung nicht rechtzeitig sichergestellt ist. Gleichzeitig ist ein deutlicher Trend zu erkennen, dass immer mehr ältere Menschen einen hohen Versorgungsbedarf haben, die immer häufiger zu Hause versorgt werden wollen. Dieser Wunsch, bis in die letzte Lebensphase zu Hause versorgt zu werden, war schon immer stark ausgeprägt und ist in vielen Fällen auch möglich.<sup>29</sup> Die Folge der kürzeren Krankenhausverweildauer sowie der zunehmenden Bedeutung der Hauskrankenpflege ist, dass Leistungen zwischen der stationären Versorgung im Krankenhaus und

---

<sup>27</sup> Siehe hierzu Busse et al. 2011

<sup>28</sup> Mitchell 2010

<sup>29</sup> Sjöberg et al. 2021

der gesundheitlichen und sozialen Pflege gut koordiniert werden müssen. Hinzu kommt die wichtige Abstimmung mit der ambulanten Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses. Vor allem in Systemen mit vollständig institutionalisierten Hausarztssystemen (Patient\*innen müssen sich auf der Liste eines Hausarztes eintragen, die Honorierung der Hausärzte erfolgt über eine Pauschale je Patient\*in) sind Hausärzt\*innen häufig sowohl in die Koordination von Leistungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung als auch zwischen ambulanter Gesundheitsversorgung und ambulanter und stationärer Pflege einbezogen.

Im Folgenden werden vor allem Ergebnisse einer vergleichenden Studie zu Gesundheits- und Pflegeleistungen präsentiert, in der untersucht wurde, wer für die Koordination zuständig ist und wer nach Einschätzung der beteiligten Organisationen die Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen übernehmen sollte.<sup>30</sup> Für diese Studie wurden Interviews mit 60 Organisationen in Deutschland, der Schweiz, Niederlande und Schweden geführt, die für die Finanzierung, Organisation oder Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen zuständig sind. Gemeinsames Problem in diesen Ländern ist die große und weiter steigende Personalknappheit in den Gesundheits- und Pflegeberufen. Das gilt sowohl für Länder mit einer vergleichsweise hohen Zahl an Gesundheits- und Pflegepersonal wie Schweden und die Niederlande als auch für Länder, die vor allem in der Pflege über vergleichsweise wenig Personal verfügen. Dazu gehören u.a. Deutschland und Österreich.<sup>31</sup> Eine Erhöhung des Personals für die Gesundheitsversorgung und Pflege alleine wird den steigenden Versorgungsbedarf nicht abdecken können. Im Vier-Länder-Vergleich wurden drei zentrale Bereiche herausgearbeitet, die dazu beitragen können, den Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen abzudecken. Erstens eine Verbesserung der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen und die eindeutige Bestimmung von dafür zuständigen Akteuren, zweitens Akademisierung und Aufstiegschancen in der Pflege, drittens die Stärkung von Versorgungsprozessen und ihrer Koordination durch Digitalisierung.

---

30 Bahle et al. 2023

31 Wendt & Bahle 2020; OECD 2023

## 3. Ansätze zur Bedarfsdeckung bei Gesundheits- und Pflege- leistungen

### 3.1 Koordination von Versorgungsprozessen

Bei der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen spielt der Hausarzt eine zentrale Rolle. In Ländern mit einem fest institutionalisierten Hausarztprinzip wie Schweden oder die Niederlande findet der Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem i.d.R. über den Hausarzt statt und Patient\*innen werden bei Bedarf an Fachärzte im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich überwiesen. In diesen Gesundheitssystemen besteht eine klare Aufgabenaufteilung, bei der allgemein- oder primärärztliche Leistungen durch Hausärzt\*innen und weiteres Personal der primären Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses durchgeführt werden, während fachärztliche Leistungen weitgehend ambulant und stationär im Krankenhaus durch angestelltes Gesundheitspersonal erfolgen. Dadurch besteht ein klar strukturierter Versorgungsprozess von der primären Gesundheitsversorgung bis zur fachärztlichen Versorgung im Krankenhaus. Der Hausarzt ist für die Koordination dieser Leistungen zuständig, und bereits vor der Etablierung elektronischer Patientenakten wurden Informationen in den Patientenakten der Hausarztpraxen gesammelt und jeweils an die weiteren Leistungserbringer weitergeleitet. In Schweden und in den Niederlanden werden von den interviewten Organisationen die Hausärzt\*innen als die zentralen Akteur\*innen genannt, die Gesundheits- und Pflegeleistungen koordinieren können. Nach Einschätzung der Organisationen bringen sie vor allem für die Koordination von Gesundheitsleistungen die notwendigen Kompetenzen mit. Gleichzeitig gelten sie bereits zum jetzigen Zeitpunkt als überlastet und es wird betont, dass ihnen das notwendige Know-how für die Pflege fehlen würde.<sup>32</sup> Demgegenüber wird in Ländern ohne Hausarztmodell wie Deutschland und die Schweiz der Hausarzt zwar als potenzieller Kandidat für die Koordination von Leistungen genannt. Innerhalb der gegenwärtigen Strukturen werden die niedergelassenen Allgemeinärzt\*innen jedoch weder innerhalb des Gesundheitssystems noch für die Verbindung von Gesundheitsversorgung und Pflege in den Interviews als die Akteure genannt, die zentrale Koordinationsaufgaben übernehmen sollten. Auch in diesen

---

32 Bahle et al. 2023

beiden Ländern wird betont, dass Hausärzt\*innen bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt überlastet sind und vor allem in ländlichen Räumen wird ein Mangel an Allgemeinärzt\*innen beklagt.<sup>33</sup>

Die zweite Gruppe an Leistungsanbieter\*innen, die häufig genannt wird, wenn es um Koordinationsaufgaben geht, sind Krankenpflegekräfte. Erneut sind es die Organisationen in Schweden und den Niederlanden, die dieser Profession die Übernahme von Koordinationsfunktionen zutrauen. In allen vier Ländern wird positiv bewertet, dass Krankenpfleger\*innen sowohl über medizinisches als auch pflegerisches Know-how und, wenn sie in der Hauskrankenpflege tätig sind, zusätzlich über Kenntnisse des sozialen Umfelds verfügen würden. Auch in der Schweiz wird durch Krankenpflegekräfte ein Plan für die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt vorgeschlagen, der durch die niedergelassenen Allgemeinärzte abzuzeichnen ist. Die eigentliche Entscheidung treffen kommunale Pflegekräfte. Gleichzeitig ist in den Interviews in der Schweiz ein Konsens unter den beteiligten Organisationen zu erkennen, dass die Entscheidungshoheit der Allgemeinärzte bestehen bleiben sollte. Diese Einschätzung besteht, obwohl die Allgemeinärzte als überlastet gelten und die Kompetenzen der Pflegekräfte für die Festlegung des Pflegebedarfs als deutlich höher eingestuft werden als die Kompetenzen der Allgemeinärzte.<sup>34</sup> Im Ländervergleich wird außerdem deutlich, dass immer dann, wenn der Kommune die Verantwortung für die Pflege übertragen wird, die Krankenpflegekräfte Aufgaben in der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen übernehmen. Im Vier-Länder-Vergleich ist diese Form der Koordination in den Niederlanden besonders stark ausgeprägt. Weitere Länder, in denen die Anschlussversorgung nach einem Krankenhausaufenthalt weitgehend durch die Pflege organisiert und koordiniert wird, sind Dänemark und Großbritannien. Es gibt eine weitgehende Aufgabenaufteilung, bei der Übergänge zwischen ambulanter Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses durch die Hausärztinnen und Hausärzte koordiniert werden und die Übergänge zwischen Krankenhausversorgung und Pflege durch kommunale Pflegeorganisationen. Im Vergleich zu den Niederlanden wird in Schweden diese Aufgabe dadurch erschwert, dass ein Großteil der Pflege durch gering qualifizierte Pflegehelfer\*innen abgedeckt wird und die höher qualifizierten Pflegekräfte ebenso wie die Hausärzt\*innen überlastet sind und nur in geringem Umfang zusätzliche Koordinationsaufgaben übernehmen können.<sup>35</sup> Dennoch zeigen die Interviews, dass es in den Niederlanden und in Schweden zwei Akteure gibt, die für zentrale Koordinationsaufgaben in der Gesundheitsversorgung und Pflege in Frage kommen, während in Deutschland innerhalb der gegenwärtigen Strukturen kein geeigneter Akteur identifiziert werden

33 Wendt 2013; Bahle et al. 2023

34 Maier & Aiken 2016; Kuhlmann et al. 2018; Bahle et al. 2023

35 Viehmann et al. 2017; Bahle et al. 2023

kann. In der Schweiz wird eine klare Zuweisung von Verantwortlichkeiten dadurch erschwert, dass die Hierarchie im Gesundheitssystem mit Ärzt\*innen an der Spitze auf Entscheidungsprozesse in der Pflege ausgeweitet wird.<sup>36</sup>

## 3.2 Akademisierung und Aufstiegschancen

Als eine zentrale Voraussetzung für die Übernahme von Koordinationsaufgaben wird eine hohe Qualifikation angesehen. In Schweden und in den Niederlanden war die Akademisierung und Professionalisierung in den letzten Jahrzehnten eines der zentralen Ziele der Gesundheits- und Pflegepolitik, das heute durchgehend umgesetzt ist. In Schweden besteht hier die Einschränkung, dass ein Großteil der Pflege durch angelernte Hilfspfleger\*innen (Anhörigomsorg) übernommen wird, auf die dies nicht zutrifft.<sup>37</sup> Mit der Akademisierung sind Aufstiegs- und höhere Einkommenschancen verbunden. In einem Vergleich von 39 Ländern identifizieren Maier und Aiken (2016) in 11 Ländern (darunter Großbritannien und die Niederlande) eine erhebliche Verschiebung von Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten hin zu akademisch qualifizierten Pflegekräften. Zu diesen Aufgaben gehören u.a. Verschreibungen und Überweisungen, die durch Krankenpflegekräfte durchgeführt werden können. Schweden, Finnland und Dänemark weisen ebenfalls eine starke Verschiebung von Aufgaben hin zu Pflegekräften auf, die allerdings noch nicht auf dem Niveau sind wie in den führenden Ländern. In einer Gruppe von 12 Ländern kann keine Übertragung von Aufgaben hin zu Pfleger\*innen identifiziert werden, um Ärzt\*innen zu entlasten, darunter Deutschland, Frankreich und Österreich.<sup>38</sup> In den Niederlanden besteht sowohl ein hoher Grad der Akademisierung und ein hohes Qualifikationsniveau als auch eine hohe Zahl qualifizierter Pflegekräfte. Ebenso wie in Schweden wurde die Zahl des angelernten Pflegepersonals in den letzten Jahren dagegen reduziert.

---

36 Bahle et al. 2023

37 Janslöv 2023

38 Maier & Aiken 2016

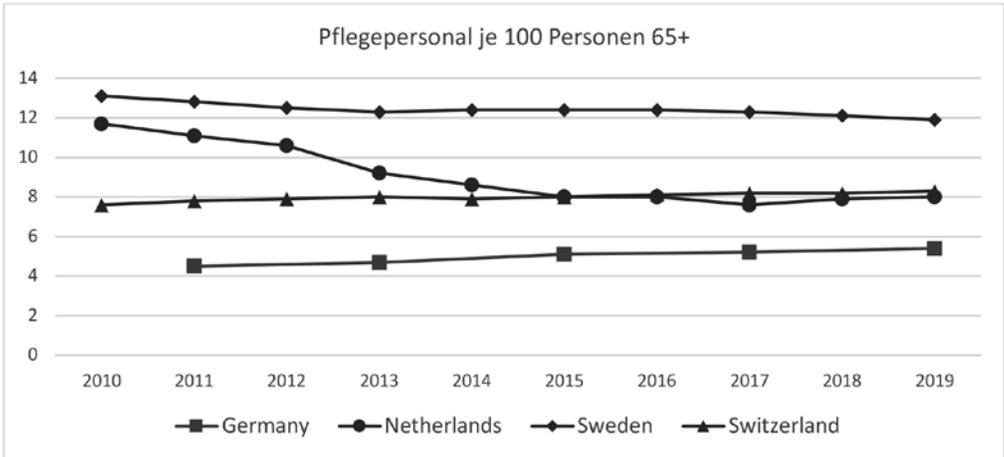


Abb. 1: Pflegepersonal im Ländervergleich

Quelle: OECD 2023

In Deutschland besteht im Vier-Länder-Vergleich in der Pflege die niedrigste Anzahl an Pflegekräften je 100 Personen über 65 Jahre. Entscheidend für die Frage der Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen ist allerdings, dass die Akademisierung in der Pflege in Deutschland auf einem besonders niedrigen Niveau ist. Das sagt für sich genommen nichts über die Qualität der Ausbildung aus. Die duale Ausbildung in der Pflege in Deutschland ist auf einem hohen Niveau. Aufgrund der fehlenden Akademisierung übernehmen Krankenpflegekräfte allerdings in geringerem Ausmaß Leitungsfunktionen und Koordinationsaufgaben für Gesundheits- und Pflegeleistungen. Dadurch kann diese wichtige Aufgabe im deutschen System nur unzureichend durch Gesundheitsprofessionen ausgeübt werden, die über Know-how in der Pflege verfügen. Akademisierung, Aufstiegschancen und damit verbunden höhere Einkommenschancen in der Pflege haben darüber hinaus den Vorteil, dass zusätzliche Kräfte für die Pflege gewonnen werden können, die in allen Ländern dringend benötigt werden.

Die Interviews mit Organisationen, die für die Finanzierung, Organisation und Erbringung von Gesundheits- und Pflegeleistungen in Deutschland, den Niederlanden, Schweden und der Schweiz zuständig sind, zeigen, dass aufgrund der Akademisierung der Pflege in den Niederlanden und Schweden die Pflegekräfte für die Koordination von Pflege- und Gesundheitsleistungen als die zentralen Akteure genannt werden.<sup>39</sup> In den Niederlanden gelten sie hierfür aufgrund ihrer Expertise in Gesundheitsversorgung und Pflege als die wichtigste Gesundheitsprofession.

<sup>39</sup> Bahle et al. 2023

In Schweden werden sie zusammen mit den niedergelassenen Allgemeinärzten als mögliche Koordinatoren genannt.

In Gesundheits- und Pflegesystemen, in denen Pflegekräfte als mögliche Koordinatoren von Gesundheits- und Pflegeleistungen genannt werden, ist die Kommune häufig umfassend in Finanzierungs- und Organisationsaufgaben und die Leistungserbringung einbezogen. Die Kommunen übernehmen in Schweden und in den Niederlanden einen Großteil der Pflege und der primären Gesundheitsversorgung und in der Schweiz einen Großteil der Pflege.<sup>40</sup> Dadurch besteht für Transferprozesse zwischen der stationären Gesundheitsversorgung und der stationären oder ambulanten Pflege i.d.R. ein einheitlicher Zugang („one point of entry“) und es müssen bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus bei einem Pflegebedarf nicht wie in Deutschland unterschiedliche Pflegeanbieter kontaktiert werden. In Dänemark gehört zu dieser intensiven Kooperation zwischen Gesundheitsversorgung und Pflege, dass an der morgendlichen Teamsitzung in der Geriatrie im Krankenhaus immer eine Krankenpflegekraft der Kommune teilnimmt und den Zeitpunkt der Entlassung und den zu erwartenden Pflegebedarf direkt an die Kommune weiterleitet. Durch diese enge Abstimmung und die Koordination durch eine Pflegekraft der Kommune kann trotz einer der weltweit kürzesten Krankenhausverweildauern in Dänemark die ambulante oder stationäre Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt auf einem hohen Niveau sichergestellt werden.<sup>41</sup>

### 3.3 Digitalisierung

Bei der Digitalisierung sind ebenfalls erhebliche Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen zu verzeichnen. Großbritannien, Dänemark, Schweden und die Niederlande gehören zu den Gesundheitssystemen mit einem hohen Digitalisierungsgrad im Gesundheitssystem.<sup>42</sup> Es ist ein Trend zu erkennen, dass in Gesundheitssystemen, in denen Hausärzte Patienteninformationen bündeln und die ambulante Versorgung und den Zugang zu Fachärzten koordinieren, auch die Digitalisierung weiter fortgeschritten ist. Die positiven Erfahrungen mit einem Akteur, der für Patienteninformationen und die Koordination von Leistungen zuständig ist, wirkt sich positiv auf die Akzeptanz weiterer Informationssysteme in der Gesundheitsversorgung aus. Länder, die führend in der Digitalisierung im Gesund-

---

40 Bahle et al. 2023

41 DFG Projekt „Strukturelle Bedingungen der Gesundheitsversorgung und von Public Health-Maßnahmen auf lokaler Ebene“ (2022–2025). Ergebnisse der Auswertung von Interviews am Universitätskrankenhaus Aarhus, Dänemark, 3.–6. April 2023

42 Stephani et al. 2019

heitssystem sind, verfügen seit vielen Jahren über ein fest institutionalisiertes Hausarztssystem.<sup>43</sup>

In den Interviews zur Koordination von Gesundheits- und Pflegeleistungen wird auf die große Bedeutung von elektronischen Patientenakten für die Sicherung und Weitergabe von Patienteninformationen in Schweden und den Niederlanden hingewiesen.<sup>44</sup> In den Niederlanden und in Schweden werden digitale Tools zur Informationssammlung und -weitergabe als wichtiges zusätzliches Element genannt, das Hausärzte und/oder Pflegekräfte in ihren Koordinationsaufgaben unterstützen kann. Nur wenn die Koordination funktioniert und die zuständigen Akteure eindeutig definiert sind, so der Konsens, können mit Hilfe einer Digitalisierung weitere Verbesserungen erzielt werden.<sup>45</sup> In Deutschland bestehen demgegenüber im Ländervergleich besonders große Vorbehalte gegen eine Digitalisierung im Gesundheitssystem.<sup>46</sup>

---

43 Wendt 2013; Bahle et al. 2023

44 Bahle et al. 2023

45 Bahle et al. 2023

46 Safi et al. 2018; Bahle et al. 2023

## 4. Schlussfolgerungen

Der internationale Vergleich zeigt deutlich, dass sich unterschiedliche institutionelle Regelungen erheblich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auswirken. Eine Regulierung des Zugangs über ein Hausarztprinzip trägt dazu bei, dass Ungleichheiten der Leistungsanspruchnahme bei gleichem Gesundheits- bzw. Krankheitszustand signifikant reduziert werden. Ein hohes Ausmaß an Wahlfreiheit im Gesundheitssystem und ein direkter Zugang zu Fachärzt\*innen erhöhen dagegen die Ungleichheit zwischen unterschiedlichen Einkommens- oder Bildungsgruppen. Es deutet sich darüber hinaus an, dass Gesundheitssysteme, in denen häufige Arztwechsel möglich sind und in denen niedergelassene Ärzt\*innen vorwiegend je Einzelleistung honoriert werden, dazu beitragen, dass die Anzahl an Behandlungen und Verschreibungen steigt, während die Dauer der Arzt-Patienten-Kontakte sinkt. Selbst auf das Krankmeldungsverhalten wirken sich die bestehenden institutionellen Regelungen aus. Wenn Ärzt\*innen davon ausgehen müssen, dass Patient\*innen zu anderen Ärzten wechseln und dort die gewünschte Krankschreibung erhalten, erfolgen sehr viel mehr Krankmeldungen als in Systemen, in denen ein Arztwechsel nicht oder nur in sehr engen Grenzen möglich ist.

Die Auswertung von Interviews zur Koordinierung von Gesundheits- und Pflegeleistungen zeigt, dass auch hier die jeweiligen institutionellen Regelungen, Finanzierungsformen und Versorgungsstrukturen Auswirkungen darauf haben, wie Versorgungsangebote aufeinander abgestimmt und in Anspruch genommen werden können. Die Krankenhausfinanzierung über DRGs wirkt sich dahingehend aus, dass die Krankenhausverweildauer verkürzt wird, ohne dass damit verbunden auch Anreize für eine enge Kooperation und eine Abstimmung der Leistung mit der Pflege und damit eine Kontinuität der Versorgung gesetzt werden. Die Interviews zeigen, dass in Gesundheitssystemen mit einem fest institutionalisierten Hausarztprinzip, wie die Niederlande und Schweden, die Hausärzt\*innen für die Koordination von Leistungen zwischen primärer Gesundheitsversorgung und ambulanter oder stationärer Krankenhausversorgung eine hohe Bedeutung haben. Sie werden auch als mögliche Koordinatoren von Leistungen im Krankenhaus und der ambulanten oder stationären Pflege genannt. Allerdings gelten sie in beiden Ländern bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt als stark belastet. Die Interviewpartner betonen, dass Hausärzt\*innen über keine zeitlichen Ressourcen verfügen würden, um zusätzliche Koordinationsaufgaben zu übernehmen.<sup>47</sup> Für die Niederlande und Schweden werden vor allem akademisch qualifizierte Kran-

---

47 Bahle et al. 2023

kenpfleger\*innen bei der Frage genannt, wer Gesundheitsversorgung und Pflege koordinieren könnte und sollte, entweder in enger Abstimmung mit der Kommune oder als Teil kommunaler Gesundheits- und Pflegeaufgaben.<sup>48</sup> Ähnlich wird es bereits heute im dänischen Gesundheits- und Pflegesystem gehandhabt. In Deutschland stehen demgegenüber weder Hausarzt\*innen noch akademisch qualifizierte Pflegekräfte für Koordinationsaufgaben zur Verfügung. Das gilt in ähnlicher Form auch für die Schweiz. Die Koordination von Krankenhaus- und Pflegeleistungen beschränkt sich weitgehend auf das Entlassungsmanagement im Krankenhaus, das in den letzten Jahren ausgebaut wurde.<sup>49</sup> In Deutschland wird das Koordinationsproblem dadurch verschärft, dass auf dem Pflegemarkt viele, z.Tl. kleinere Anbieter miteinander im Wettbewerb stehen und es keinen einheitlichen Kontakt für die Organisation der Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt gibt. In Dänemark, Schweden und den Niederlanden gibt es demgegenüber einen Kontakt bzw. eine Telefonnummer, über die Pflegemöglichkeiten abgefragt und abgestimmt werden können. Diese Konstellationen haben erhebliche Auswirkungen auf Entscheidungen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Wenn kurzfristig keine ambulante Hauskrankenpflege organisiert werden kann, die auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden abgestimmt ist und im Bedarfsfall ausgeweitet werden kann, wie es z.B. in Dänemark der Fall ist, dann werden viele Pflegebedürftige nach einem Krankenhausaufenthalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung überstellt, obwohl es ihr Wunsch ist, im eigenen Zuhause versorgt zu werden. Sehr häufig wäre eine Hauskrankenpflege für die gesundheitliche und soziale Situation der Pflegebedürftigen die beste Wahl.

---

48 Bahle et al. 2023

49 Bahle et al. 2023

## Literatur

- Bahle, T., M. Ariaans, K. Koch, C. Wendt (2023), *Healthcare and Elderly Care in Europe. Institutions, Challenges, and Solutions for Better Coordination*. Cheltenham, Edward Elgar Publishing
- Blöndal, B., T.L. Ásgeirsdóttir (2018), Costs and efficiency of gatekeeping under varying numbers of general practitioners. *The International Journal of Health Planning and Management*, Volume 34, Issue 1, January/March 2019, Pages 140-156
- Busse, R., A. Geissler, W. Quentin, M. Wiley (Herausgeber) (2011), *Diagnosis Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals*. Maidenhead, Open University Press
- Maier, C.B., L.H. Aiken (2016): Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 6, 927–934
- Destatis (2023), [www.destatis.de](http://www.destatis.de), Statistisches Bundesamt
- Devaux, M. (2015), Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ* 16, 21–33 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0546-4>
- Diesenreiter, C., C. Wendt (2021), Austria. In: E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt, T. Popic (2021): *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford University Press, 630-651
- Hero, J.O., A.M. Zaslavsky, R.J. Blendon (2017), The United States Leads Other Nations In Differences By Income In Perceptions Of Health And Health Care, *HEALTH AFFAIRS-VOL. 36, NO. 6, 1032-1040*
- Immergut, E., C. Wendt (2021), Germany. In: E. Immergut, K. Anderson, C. Devitt, T. Popic (2021): *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford University Press, 479-519
- Irving, G., A.L. Neves, H. Dambha-Miller, et al. (2017), International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries, *BMJ Open* 2017; 7:e017902. doi: 10.1136/bmjopen-2017-017902
- Janlöv N., S. Blume, A.H. Glenngård, K. Hanspers, A. Anell, A. Merkur (2023), Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2023; 25(4): i–198.
- Kroneman M., W. Boerma, M. van den Berg, P. Groenewegen, J. de Jong, E. van Ginneken (2016), The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239.
- Kuhlmann, E., R. Batenburg, M. Wismar, G. Dussault, C.B. Maier, I. A. Glinos, M. Ungureanu (2018), A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12961-018-0333-x>

- Marmor, T., C. Wendt (2011): Introduction. In: T. Marmor and C. Wendt (Eds.) *Reforming Healthcare Systems*. Volume I. U.K. and Northampton, MA, U.S.A.: Edward Elgar Publishing, xiii-xxxvii
- Tyrstrup, M., A. van der Velden, S. Engstrom, G. Goderis, S. Molstad, T. Verheij, S. Coenen, N. Adriaenssens (2017), Antibiotic prescribing in relation to diagnoses and consultation rates in Belgium, the Netherlands and Sweden: use of European quality indicators, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 35:1, 10-18, DOI: 10.1080/02813432.2017.1288680
- Mitchell, J.M. (2010), Effect of Physician Ownership of Specialty Hospitals and Ambulatory Surgery Centers on Frequency of Use of Outpatient Orthopedic Surgery. *Arch Surg*. 2010;145(8):732–738. doi:10.1001/archsurg.2010.149
- Müskens, J.L.J.M., R.B. Kool, S.A. van Dulmen, et al (2022), Overuse of diagnostic testing in healthcare: a systematic review *BMJ Quality & Safety* 2022;31:54-63.
- OECD (2023), *Health Statistics 2023*, <https://stats.oecd.org/>, letzter Zugriff am 12.10.2023
- Panteli D., F. Arickx, I. Cleemput, G. Dedet, H. Eckhardt, E. Fogarty, S. Gerkens, C. Henschke, J. Hislop, C. Jommi, D. Kaitelidou, P. Kawalec, I. Keskimäki, M. Kroneman, J. Lopez Bastida, P. Pita Barros, J. Ramsberg, P. Schneider, S. Spillane, S. Vogler, L. Vuorenkoski, H. Wallach Kildemoes, O. Wouters, R. Busse (2016), Pharmaceutical regulation in 15 European countries: Review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(5):1–118
- Papanicolas I., L.R. Woskie, A.K. Jha (2018), Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries. *JAMA*. 2018;319(10):1024–1039. doi:10.1001/jama.2018.1150
- Reibling, N., C. Wendt (2012), Gatekeeping and Provider Choice in OECD Healthcare Systems. Special Issue, edited by E. Annandale and E. Kuhlmann, *Current Sociology*, 60, 4, 489-505
- Reibling, N., C. Wendt (2011), Regulating Patients' Access to Healthcare Services. *International Journal of Public and Private Healthcare Management and Economics*, 1, 2, 1-16
- Safi S., T. Thiessen, K.J. Schmailzl (2018), Acceptance and Resistance of New Digital Technologies in Medicine: Qualitative Study, *JMIR Res Protoc* 2018;7(12):e11072
- Sjöberg, M., A.K. Edberg, B.H. Rasmussen, et al. (2021), Documentation of older people's end-of-life care in the context of specialised palliative care: a retrospective review of patient records. *BMC Palliat Care* 20, 91 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00771-w>
- Stephani, V., R. Busse, A. Geissler (2019), Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In: J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem (Hg.), *Krankenhausreport 2019*, Springer, 17-32
- Viehmann, A., C. Kersting, A. Thielmann, B. Weltermann (2017), Prevalence of chronic stress in general practitioners and practice assistants: Personal, practice and regional characteristics. *PLoS ONE* 12(5): e0176658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176658>

- Wendt, C. (2013), *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. 3. Auflage. VS-Verlag
- Wendt, C. (2023), *Gesundheitsversorgung und Pflege besser koordinieren*. *PFLEGE Zeitschrift* 10.2023 / 76, 56-59
- Wendt, C., J. Kohl, M. Mischke, M. Pfeifer (2010), *How Do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare*. *European Sociological Review*, 26, 2, 177-192
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer (2011), *Welfare States and Public Opinion: Perceptions of Healthcare Systems, Family Policy and Benefits for the Unemployed and Poor in Europe, U.K. and Northampton, MA, U.S.A.*: Edward Elgar Publishing
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer, N. Reibling (2011), *Cost Barriers Reduce Confidence in Receiving Medical Care when Seriously Ill*. *International Journal of Clinical Practice*, 65, 11, 1115-1117
- Wendt, C., M. Mischke, M. Pfeifer, N. Reibling (2012), *Confidence in Receiving Medical Care when Seriously Ill: A Seven-Country Comparison of the Impact of Cost Barriers*. *Health Expectations*, 15, 2, 212-224
- Wendt, C., T. Bahle (2020), *Sozialpolitik*. In: *Handbuch Soziologie*. Edited by H. Joas and S. Mau. Campus, 549-585.
- Youngster, I., J. Avorn, V. Belleudi, et al. (2017), *Antibiotic Use in Children – A Cross-National Analysis of 6 Countries*, *The Journal of Pediatrics*, Volume 182, 2017, Pages 239-244. e1, ISSN 0022-3476, <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.11.027>.