

Nico Reinke/Mirko Miliniewitsch

Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen?

Immer wieder wird das deutsche Krankenhauswesen mit dem unseres Nachbarlandes Niederlande verglichen. Dabei werden gerne die vermeintlich positiven Aspekte des niederländischen Gesundheitswesens insbesondere im Vergleich zum Krankenhausbereich in Deutschland angeführt. Oft rückt Nordrhein-Westfalen (NRW) in den Fokus dieser kritischen Betrachtungen und Vergleiche. Während viele Niederländer seit langem ihre Gesundheitsreform als gescheitert ansehen, blicken wir Deutschen mit Bewunderung auf unseren Nachbarn im Westen. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob die diesbezüglich im politischen und medialen Raum verbreiteten Vergleiche mit den Niederlanden zutreffend sind und welche Folgen mit dem niederländischen Modell verbunden sind.

Vorweg ist zu berücksichtigen, dass NRW aufgrund seiner industriellen Struktur und Vergangenheit stärker vom sozioökonomischen Wandel getroffen worden ist als die Niederlande – mit tiefgreifenden Folgen. Die daraus resultierenden sozioökonomischen Nachteile wie Armut, Arbeitslosigkeit, einem hohen Anteil von Sozialhilfeempfängern und einer höheren Erwerbsminderungsquote beeinflussen heute noch stark die Morbidität der Bevölkerung in NRW, insbesondere in den Städten und Kreisen des Ruhrgebietes. Zudem haben die niederländischen Nachbarn bei einer größeren Fläche (+ 22 Prozent) weniger Bewohner (– 5 Prozent) als NRW. Ein 1:1-Vergleich im Hinblick auf Ressourcen und Inanspruchnahme im stationären Gesundheitssektor ist darüber hinaus problematisch, weil es sich um völlig unterschiedlich organisierte Gesundheitssysteme mit verschiedenen Philosophien handelt.

Keine freie Arzt- und Krankenhauswahl

Die den Patienten in Deutschland bestens vertraute freie Wahl des Arztes und des Ortes der Behandlung ist in den Niederlanden stark eingeschränkt. Dort kommt dem Hausarzt eine besondere Rolle zu. Jeder Niederländer muss sich bei einem Hausarzt in seiner Nähe einschreiben, der dann als erster Ansprechpartner im Gesundheitswesen fungiert. Der Hausarzt übernimmt als „Gatekeeper“ die Steuerung der primären Krankenversorgung und entscheidet darüber, ob er einen Patienten für den weiteren Behandlungsweg an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus überweist. Fachärzte sind ausschließlich an Krankenhäusern oder diesen zugeordneten Behandlungszentren tätig. Ohne die Überweisung durch den Hausarzt haben Patienten in den Niederlanden keinen Zugang zu fachärztlicher oder stationärer Versorgung. Ergänzend werden chronisch kranke Patienten von ausgebildetem Pflegepersonal

– zumeist ambulant – betreut, das die regelmäßigen Untersuchungen durchführt (BPB 2012).

Schwieriger und teilweise irreführender Vergleich von Strukturen und Ressourcen

Das niederländische Gesundheitssystem wird nach grundsätzlichen Reformen in den Jahren 2001 und 2006 in internationalen Vergleichen in einer Reihe von Indikatoren positiv bewertet und belegt in vielen Statistiken vordere Plätze (OECD 2013). Es stellt sich die Frage, ob diese Daten wirklich vergleichbar sind. In der Statistik der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung (OECD) werden zum Beispiel die Stundenfälle (Aufnahme und Entlassung am gleichen Tag) nicht berücksichtigt. Dabei machen diese in den Niederlanden immerhin mehr als 50 Prozent aller Krankenhausfälle aus (siehe ► **Abbildung 1**). Durch die Einbeziehung sind die Fallzahlen (je 10 000 Einwohner) in Deutschland/NRW und in den Niederlanden fast identisch (Destatis 2013; NVZ 2013; DHD 2013).

Ebenso ist der einfache Vergleich der Anzahl von Versorgungseinrichtungen häufig nicht eindeutig, da die zu vergleichenden Einrichtungen einen äquivalenten Status haben müssten. Während die für die Niederlande oft genannten knapp 100 Krankenhäuser nur die allgemeinen Krankenhäuser und Hochschulkliniken umfassen, beinhalten die für NRW zumeist aufgerufenen gut 400 Krankenhäuser auch alle psychiatrischen Einrichtungen und Tageskliniken. Für eine annähernd vergleichende Darstellung ist es sinnvoll und notwendig, für NRW ebenso nur die 317 allgemeinen Krankenhäuser und Hochschulkliniken einzubeziehen, ohne die psychiatrischen und weiteren Fachkliniken, mit denen es Stand 2012 insgesamt 385 Krankenhäuser waren (Destatis 2013). In den Niederlanden gibt es formal zwar nur 87 allgemeine Kranken-

häuser und Hochschulkliniken, jedoch verteilen sie sich auf 131 relativ autarke Standorte (Stand 2013). Die Zahl der Klinikstandorte ist seit 2009 stabil geblieben. Um die Versorgung in der Fläche sicherzustellen, bauen die Klinikbetreiber zudem immer mehr sogenannte „Buitenpolikliniken“ in den Randbereichen ihres jeweiligen Einzugsgebietes auf. Dies sind hochspezialisierte, ambulante Leistungszentren, die dem jeweiligen Krankenhaus trotz räumlicher Distanz direkt angegliedert sind. Fast jede Klinik hat mittlerweile mindestens eine solche Buitenpoliklinik. Die Zahl dieser ambulanten Kliniken hat von 61 im Jahr 2009 auf 106 in 2013 stark zugenommen. Daneben gibt es etwa hundert durch private Investoren finanzierte kleinere Privatkliniken (Deuning 2013; DHD 2013).

Viele kleine und mittlere Kliniken in NRW

Bei einem Vergleich der Einrichtungen ist es nicht ausreichend, nur die Anzahl der Krankenhäuser an sich zu berücksichtigen, nicht aber deren Größe. So gibt es in den Niederlanden zwar weniger Krankenhäuser, diese sind aber im Durchschnitt größer als in NRW. Die stetige Reduzierung von Krankenhäusern, sei es durch die Schließung von Standorten, aber vor allem durch Fusionen und Standortkonzentrationen, hat sich in den Niederlanden bereits in den 1970er-/1980er-Jahren massiv vollzogen und in den letzten Jahren an Dynamik verloren (van Merode 2001). Dem steht eine historisch gewachsene Krankenhauslandschaft in NRW mit gesetzlich verankerter Trägerpluralität gegenüber, mit vielen kleinen und mittleren Häusern konfessioneller (evangelische und katholische), kommunaler und weiterer Träger (zum Beispiel Knappschaft), die mit der heutigen Struktur in den Niederlanden nicht vergleichbar ist (siehe ► **Tabelle 1**). Während die Krankenhäuser in den Niederlanden fast ausnahmslos staatlich geführt sind, können in NRW fast 70 Prozent konfessionellen Trägern zugeordnet werden.

Bettenabbau in NRW und Bettenaufbau in den Niederlanden

Ein weiteres typisches Vergleichsmerkmal ist die Anzahl der (Akut-)Krankenhausbetten insgesamt. In den Niederlanden gibt es weniger Betten im Verhältnis zur Einwohnerzahl (D: 5,3 je 1 000 EW; NL: 3,3) (OECD 2013). 2011 wurden in weniger allgemeinen Krankenhäusern (91 statt 317) in den Niederlanden knapp 50 Prozent (55 750) der in NRW vorgehaltenen Akutbetten (106 195) vorgehalten (OECD 2013, Destatis 2013; NVZ 2013). Der in Deutschland zu beobachtende Trend des

Abbildung 1: Stationäre Krankenhaus- und Stundenfälle je 10.000 Einwohner (2011)

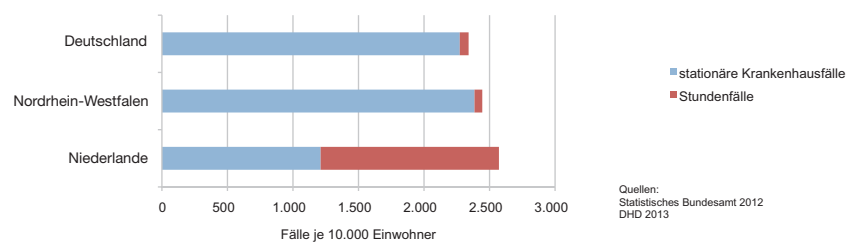
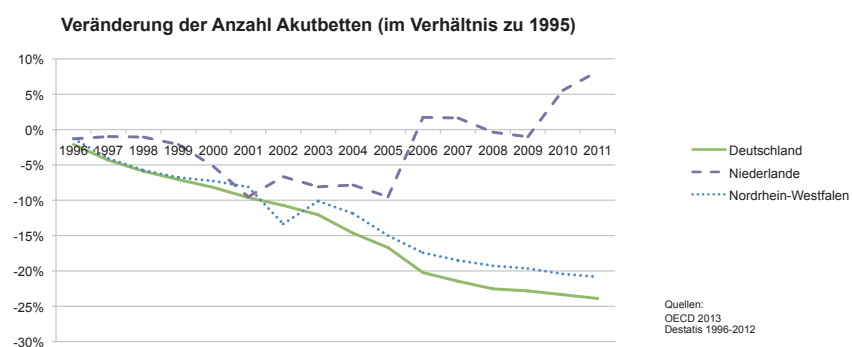


Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl von Akutbetten



Bettenabbaus spiegelt sich auch in NRW wider, wohingegen die Bettenzahl in den Niederlanden steigt. Im Zuge der Umsetzung des Krankenhausplans NRW 2015 soll sich die Zahl der Betten um rund 10 000 reduzieren. Trotz mittlerweile steigender Bettenzahlen in den Niederlanden sinkt die Anzahl der Betten je 1 000 Einwohner aufgrund der zunehmenden Bevölkerung weiterhin und kann diesen Mangel nicht kompensieren (siehe ► **Abbildung 2**).

Die Verweildauer (in Tagen) hat seit den 1990er-Jahren stark abgenommen, in den Niederlanden stärker als in Deutschland (1994: NL = 9,8; D = 12,0; NRW = 16,6 und 2012: NL = 4,8; D = 7,6; NRW = 7,7) (OECD 2013; Destatis 1994–2013). Dies ist auch darin begründet, dass die Patienten in den Niederlanden nach bestimmten stationären Behandlungen in der Regel zuhause nachversorgt werden (zum Beispiel Geburten), sodass entsprechende stationäre Ressourcen nur kurzfristig in Anspruch genommen werden. ►

Tabelle 1: Krankenhäuser in den Niederlanden und NRW, nach Größe (2011) (DHD 2013, Destatis 2013)

2011	Nordrhein-Westfalen		Niederlande	
Betten	Allgemeine KH*	%	Allgemeine KH*	%
> 600	33	9,9 %	29	31,9 %
400–600	61	18,2 %	19	20,9 %
300–400	61	18,2 %	20	22,0 %
< 300	180	53,7 %	23	25,3 %

* ohne Psychiatrie und Privatkliniken

Bedingt durch die zunehmenden Fallzahlen und die personell wie infrastrukturell geringere Anzahl stationärer Ressourcen, gibt es in den Niederlanden seit einigen Jahren eine starke Entwicklung zur Gründung von „Zelfstandige Behandelcentra“ (ZBC). Das sind ambulante Gesundheitszentren mit Haus- und Fachärzten, Pflegepersonal, Geburtshelfern, Psychologen, usw., die einen Großteil der ambulanten Versorgung bzw. Nachsorge zugunsten von Einzelpraxen und der ambulanten Versorgung in Krankenhäusern übernehmen. Im Jahr 2011 existierten bereits 180 dieser ZBCs (NZa 2012b; Heinemann, Groß 2013; DHD 2013).

Lange Wartezeiten für niederländische Patienten

Die Gründung solcher Zentren ist unter anderem eine Reaktion auf das Phänomen der vergleichsweise langen Wartezeiten in den Niederlanden. Die Niederlande verzeichnen – wie auch ihre europäischen Nachbarländer – aufgrund des demographischen Wandels, der Alterung der Bevölkerung und der damit verbundenen Multimorbidität sowie wegen technologischer Fortschritte in den Behandlungsoptionen starke Fallzahlensteigerungen, welche durch die vorhandenen strukturellen wie personellen Ressourcen schon seit Jahren nicht aufgefangen werden können. Für fast alle planbaren Eingriffe müssen sich die Patienten auf Wartezeiten von mehreren Wochen einstellen, weil die Krankenhäuser die steigenden Patientenzahlen nicht bewältigen können. Patienten müssen in den Niederlanden im EU-Durchschnitt vergleichsweise lange auf Behandlungstermine warten. Nach massiven Protesten in den 1990er-Jahren wurden diese Wartezeiten durch staatliche Interventionen zu Beginn der 2000er Jahre zwar reduziert, aber nicht abgebaut. Seitdem steigen aber auch die stationären Fallzahlen kontinuierlich stark an (NZa 2012a).

Seit 2008 verpflichtet die niederländische Gesundheitsbehörde (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa) die Krankenhäuser, über ihre jeweiligen Wartezeiten auf ihren Homepages zu informieren (RIVM 2012). Das staatliche niederländische Institut für Volksgesundheit und Umwelt (RIVM) veröffentlicht die Wartezeiten im Bereich der planbaren Operationen auf Monatsbasis pro Krankenhaus im „Nationalen Atlas Volksgesundheit“ im Internet. Die Wartezeiten fallen je nach Eingriff und Lage des Krankenhauses (Ballungsgebiet oder ländlich-peripher) unterschiedlich aus. Während im Landesdurchschnitt 2012 bei den nachfolgend genannten Eingriffen eine Wartezeit von etwa fünf Wochen anfiel, konnte die Wartezeit auf eine Gallenblasenentfernung – je nach Krankenhaus – zwischen einer und bis zu 16 Wochen dauern. Auf die Operation eines Leistenbruchs musste sogar zwischen einer und bis zu 36 Wochen gewartet werden. Die längsten durchschnittlichen Wartezeiten traten 2012 bei Eingriffen der plastischen Chirurgie (acht bis zehn Wochen) sowie beim Einsatz einer Knie- oder Hüftprothese (sechs Wochen) auf. In den Ballungsgebieten wurde bei Letzterem sogar eine Wartezeit von bis zu 26 Wochen festgestellt. Die nordrhein-westfälischen Ballungszentren verfügen hingegen über eine Klinikstruktur, die den Pa-

tienten einen schnelleren Zugang ohne lange Wartezeiten ermöglicht.

Das Ergebnis einer Patientenbefragung zeigt zudem, dass in den Niederlanden nur bei 59 Prozent aller Patienten ein planbarer stationärer Eingriff innerhalb des ersten Monats durchgeführt wird und bei 5 Prozent sogar erst nach vier oder mehr Monaten Wartezeit. In Deutschland wird hingegen bei 78 Prozent der Patienten innerhalb des ersten Monats und immer innerhalb der ersten drei Monate operiert (Finkenstädt, Niehaus 2013). Die Angleichung an das niederländische System mit einer weniger ausgeprägten und zugänglicheren Krankenhauslandschaft würde für Deutschland bzw. NRW eine starke Zunahme von Wartezeiten bei der stationären, aber auch bei der ambulanten-fachärztlichen Versorgung nach sich ziehen.

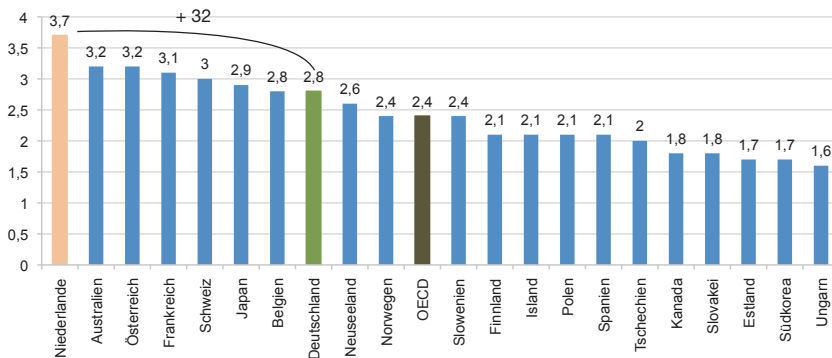
Krankenhaustourismus in der Grenzregion

Immer mehr niederländische Patienten wählen daher den Weg ins benachbarte Ausland, auch nach Deutschland/NRW, wo die Kliniken schon seit Jahren auf die Patienten aus dem Nachbarland eingestellt sind. So haben grenznahe Krankenhäuser nicht nur niederländisch sprechendes Personal, sondern zum Teil auch eine niederländische Version ihres Internetauftritts. Dieser Trend zeigt sich vom Emsland bis ins Rheinland. In der Konsequenz haben die großen niederländischen Versicherungen mit einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausgruppen spezielle Verträge über die Behandlung und Abrechnung niederländischer Patienten in Deutschland (bzw. NRW) getroffen (Dietrich, 2010; Dreier 2010). Eine Umfrage der EU, welche die Bereitschaft der Menschen abfragte, für eine medizinische Behandlung ins Ausland zu reisen, bestätigt die Zugangs-/Wartezeitenproblematik: Die Niederländer wären mit einem relativ hohen Anteil von 77 Prozent (Deutschland 40 Prozent) dazu bereit (Finkenstädt, Niehaus 2013, Seite 84). Mit der im Oktober 2013 endgültig in Kraft getretenen EU-Richtlinie zur erweiterten Patientenmobilität, die den Patienten eine EU-weite freie Wahl des Behandlungsortes bei garantierter Kostenübernahme durch die Krankenkassen zusichern soll, wurde diese Option für die Patienten auch formal erleichtert (BMG 2013).

Teures und nicht zukunftsfestes niederländisches Gesundheitssystem

In den Niederlanden wurde 2006 im Zuge der grundlegenden Reform ein Krankenkassensystem im geregelten Wettbewerb („Marktwerking in de Zorg“) eingeführt, das mit einer Reihe von Maßnahmen die Finanzierung der Gesundheitsausgaben regelt und die Bürger vor unerwünschten Nebenwirkungen der Marktkräfte schützen soll. Hierzu wurde eigens eine Regulierungsbehörde, die NZa, gegründet. Zentral ist dabei eine vom Einkommen unabhängige Gesundheitsprämie, welche die Hälfte der Beiträge zur Krankenversicherung ausmacht. Die andere Hälfte ist einkommensabhängig, wobei Arbeitnehmer und Rentner je 7,75 Prozent, Selbstständige und Kapital-

Abbildung 3: Krankenhausausgaben in Prozent des BIP



Quelle:
Kumar, Schoenstein 2013

vermögende je 4,95 Prozent ihres Einkommens abführen müssen. Jeder Niederländer über 18 Jahre muss sich versichern, Kinder sind kostenfrei mitversichert. Zugleich wurden die Krankenversicherungen unter staatlicher Kontrolle privatisiert. Die unabhängige Gesundheitsprämie betrug 2013 durchschnittlich 1 400 € im Jahr. Personen, die diese Pauschale finanziell zu stark belastet, erhalten vom Staat einen Zuschuss, wobei mittlerweile etwa 70 Prozent der erwerbstätigen Versicherten (6,5 Mio. Niederländer) einen solchen staatlichen Zuschuss erhalten. Wenn die Pauschale steigt, steigt auch der Zuschuss (Sociale Verzekeringsbank 2013). Die Kosten für den steuerfinanzierten Sozialausgleich sind in den Niederlanden zwischen 2006 und 2009 von 2,5 auf 3,7 Mrd. € gestiegen (Staeck 2010). Nach der Umstellung des Krankenversicherungssystems 2006 ist die Anzahl der unversicherten Personen zunächst auf 247 000 gestiegen und bis 2010 wieder auf 140 000 gesunken (Mosca 2012). Finanzielle Ausfälle, die dadurch entstehen, müssen von den anderen Versicherten mitgetragen werden (Heinemann, Greß 2013). Weil das niederländische System nur ein Basispaket an Leistungen gewährt, haben laut OECD bereits 89 Prozent der Versicherten eine private Zusatzversicherung abgeschlossen (Deutschland: 20,2 Prozent), um ihr Leistungsspektrum zum Beispiel um Augen- und Zahnbehandlung zu erweitern (Finkenstädt, Niehaus 2013). Trotz seiner umfassenden Reform ist das niederländische Gesundheitssystem teurer als das deutsche.

Die Niederlande verfügen im Vergleich zu Deutschland über eine überproportionale Geburtenrate (2008: NL = 11,2 Geburten je 1 000 Einwohner; D = 8,2) und ebenso über eine höhere Fertilitätsrate (NL = 1,77 Kinder pro Frau; D = 1,37) und werden damit auch künftig eine relativ junge Altersstruktur aufweisen. Verglichen hiermit ist der demographische Wandel in Deutschland schon wesentlich weiter vorangeschritten. Doch selbst mit einer verhältnismäßig jungen Bevölkerung ist das umlagefinanzierte Gesundheitssystem der Niederlande nicht auf den demographischen Wandel vorbereitet. Weil keine Alterungsrückstellungen oder sonstigen kapitalgedeckten Elemente in den Niederlanden existieren, ist unklar, wie trotz der sinkenden Zahl von Beitragszahlern und der steigenden Zahl von Beitragsempfängern dafür Sorge getragen werden kann,

die Versicherungsbeiträge zu stabilisieren (van den Berg et al. 2010).

Auf die deutsche Bevölkerung hochgerechnet wären nach Berechnung der GKV mindestens 20 Mrd. € Sozialausgleich aus Steuermitteln erforderlich. In Deutschland lag der Steuerzuschuss 2013 bei 11,5 Mrd. €. Aus diesem Grund können die Niederlande nicht als Blaupause oder Vorbild für Deutschland herangezogen werden. Es gibt sogar Stimmen, die so weit gehen zu sagen, dass die Gesundheitsprämie aus Gerechtigkeitsaspekten nicht „deutschlandfähig“ sei (Janning 2010).

Modell Niederlande – über 5 Mrd. € Mehrausgaben für die Krankenkassen in NRW

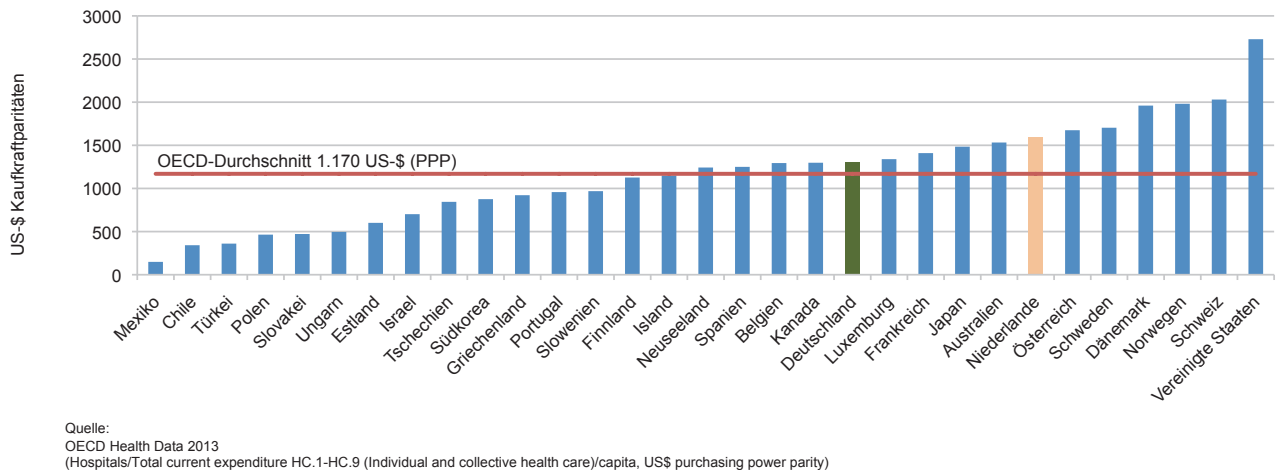
Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist in den Niederlanden im Vergleich zu NRW höher. NRW entspricht hier dem bundesdeutschen Durchschnitt (NL: 11,9 Prozent, D/NRW: 11,3 Prozent). Ebenso ist es beim Anteil der stationären Ausgaben an den Gesundheitsausgaben (NL: 46,4 Prozent; D: 34,8 Prozent) (OECD 2013). Ein aktuelles OECD-Ranking hinsichtlich der Krankenhausausgaben in Prozent des BIP führen die Niederlande deutlich an, während Deutschland sich auf einem Platz etwas über dem Durchschnitt wiederfindet (siehe ► **Abbildung 3**). Der Anteil der Krankenhausausgaben am BIP liegt in den Niederlanden 32 Prozent über dem in Deutschland (Kumar, Schoenstein 2013).

Auch bei den Krankenhausausgaben pro Kopf liegen die Niederlande (1 589 US-\$) weiter über dem Durchschnitt (1 170 US-\$) als Deutschland (1 303 US-\$) (siehe ► **Abbildung 4**).

Bei einem Vergleich mit dem niederländischen System muss auch die höhere Kostenkalkulation berücksichtigt werden. Würden die höheren Pro-Kopf-Krankenhausausgaben aus den Niederlanden auf die Bevölkerung in NRW übertragen, so würden Mehrkosten von knapp 5,1 Mrd. € entstehen (OECD 2013).

Fazit

Der zahlenmäßige Unterschied der vorgehaltenen Leistungsangebote in den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen entspricht nicht dem im politischen und medialen Raum artikulierten Umfang. In den Niederlanden müssen Betten und Versorgungsstrukturen in der Fläche aufgebaut werden, um der Nachfrage nach medizinischen Leistungen gerecht zu werden. Dagegen lassen sich die gewachsenen Strukturen mit einer ausreichenden Zahl an Betten in NRW historisch und sozioökonomisch erklären. Der neue NRW-Krankenhausplan soll im Konsens mit der Selbstverwaltung für eine schrittweise Anpassung der Kapazitäten sorgen. Im Rahmen einer Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen

Abbildung 4: Krankenhausausgaben pro Kopf (US-\$ Kaufkraftparitäten)

Fachdisziplinen in NRW sollte im Sinne der Bevölkerung aber vermieden werden, heute Kapazitäten zu reduzieren, die morgen wieder benötigt werden könnten. Die stationäre Versorgung in NRW ist besser auf den demographischen Wandel vorbereitet als in den Niederlanden und garantiert eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau. Die niederländischen Patienten können ihren Arzt und ihr Krankenhaus nicht frei wählen. Sie müssen länger warten und weichen deshalb auch gerne auf eine Behandlung in Deutschland aus. Wer das niederländische Modell dennoch bevorzugt, muss es sich leisten können und wollen, da es den Versicherten stärker belastet und deutlich höhere Kosten in der stationären Versorgung (für NRW etwa 5,1 Mrd. €) mit sich bringt.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2013): Europäische Richtlinie zur Patientenmobilität tritt in Kraft. Pressemitteilung Nr. 73, 25. Oktober 2013, Berlin

Bundeszentrale für politische Bildung (BPB) (2012): Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens in den Niederlanden. Abrufbar unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72974/versorgungsstrukturen>

Deuning, C. M. (RIVM) (2013): Locaties algemene en academische ziekenhuizen 2013. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.zorgatlas.nl>> Zorgatlas\Zorg\Ziekenhuizenzorg\Algemene en academische ziekenhuizen\Aanbod, 20 september 2013

Dietch, N. (2010): Niederländer bringen NRW-Kliniken viel Geld. Rheinische Post online. Abrufbare unter: <http://www.rp-online.de/wirtschaft/unternehmen/niederlaender-bringen-nrw-kliniken-viel-geld-aid-1.479138>

Dreier, D. (2010): Helios-Kliniken bei holländischen OP-Patienten sehr beliebt. Ärzte Zeitung 24. Februar 2010

Dutch Hospital Data (DHD) (2013): Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2011. Utrecht. Abrufbar unter: <http://www.dutchhospitaldata.nl/kengetallen/PublishingImages/Kengetallen%20Nederlandse%20Ziekenhuizen%202011.pdf>

Finkenstädt, V. und F. Niehaus (2013): Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen Ein internationaler Überblick, Wissenschaftliches Institut der PKV.

Heinemann, S. und S. Greß (2013): Managed Competition in den Niederlanden. Was sagen die Stakeholder? pg-papers 01/2013. Hochschule Fulda

Janning, M. (2010): Niederlande – Kein Beispiel für Deutschland. In: Pharmazeutische Zeitung, Online. Abrufbar unter: <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=33819>

Kumar, A. und M. Schoenstein (2013): "Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 64, OECD Publishing. Abrufbar unter: <http://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en>

Mosca, I. (2012): Evaluating Reforms in the Netherlands' competitive health insurance System. In: Eurohealth incorporating Euro Observer – Vol.18 No.3, 2012, 7–9

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)(2013): Zorg loont. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2013. Utrecht. Abrufbar unter: http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_library/11481/Zorg%20loont%20-%20brancherapport%202013.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2012a): Marktscan – Medisch specialistische Zorg. Weergave van de markt 2008-2012. Utrecht. Abrufbar unter: <http://www.nza.nl/publicaties/Monitordocumenten/monitors-marktscans-2013/>

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (2012b): Monitor Zelfstandige behandelcentra Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse. Utrecht

Organisation für wirtschaftliche Entwicklung (OECD) (2013): OECD Health Data 2013. How Does the Netherlands Compare? Abrufbar unter: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-NETHERLANDS-2013.pdf>

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2012): Nationale Atlas Volksgezondheid. Wachlijsten ziekenhuizenzorg. Bilthoven. Abrufbar unter: <http://www.zorgatlas.nl> (Version 4.13, 26 September 2013)

Sociale Verzekeringsbank (2013): Wie funktioniert die Krankenversicherung in den Niederlanden? Abrufbar unter: http://www.svb.nl/int/de/bdz/ziektekostenverzekering/wonen_in_duitsland_en_uw_ziektekostenverzekering/ziektekostenverzekering_in_nederland/

Staeck, F. (2010): Hollands Gesundheitsreform unter der Lupe. Ärzte Zeitung 14.01.2010. Abrufbar unter: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/583810/hollands-gesundheitsreform-lupe.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (1995-2012): Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (ab 2004: Grunddaten der Krankenhäuser). Fachserie 6.1.1, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013): Stationäre Versorgung 2002–2012. Einrichtungen nach Bettengrößenklassen. Allgemeine Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen nach der Anzahl der aufgestellten Betten (angeforderte Daten)

van den Berg, M., Heijink, R., Zwakhals, L., Verkleij, H. und G. Westert (2010): Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs? In: Eurohealth Vol 16 No 4, 2010, 27–29

van Merode, F. (2001): Rationalisierung und Rationierung in niederländischen Krankenhäusern: negative Auswirkungen auf die Versorgung der Bevölkerung. das Krankenhaus 10/2001. 891–894

Anschrift der Verfasser

Nico Reinke, Referent für Qualitätsmanagement, IT und Datenanalyse/Mirko Miliniewitsch, Referent für Politik, PR und Presse, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), Humboldtstraße 31, 40237 Düsseldorf