

Vergleich des deutschen mit dem norwegischen Primärarztsystem aus ärztlicher Sicht

Comparison of the German and the Norwegian Primary Care System from Practitioners' View

Marlies Karsch-Völk¹, Harald Kamps², Antonius Schneider¹

Zusammenfassung: Derzeit werden viele Sachverhalte im deutschen Gesundheitswesen, wie die kurzen Arzt-Patient-Kontakte, vermehrt kritisch diskutiert. Ein Vergleich mit den Stärken und Schwächen der Systeme anderer Länder könnte helfen, positive Aspekte unseres Systems und ein mögliches Verbesserungspotenzial besser zu erkennen. Anhand der Erfahrungsberichte von zwei deutschen Allgemeinärzten, die in Norwegen hausärztlich und in einer allgemeinärztlichen Akutambulanz tätig waren, werden verschiedene Bereiche des staatlichen Primärarztsystems in Norwegen mit den entsprechenden Strukturen in Deutschland verglichen und deren positive und negative Aspekte analysiert. Aufgrund des staatlich geregelten Systems sind in Norwegen die Versorgungsstrukturen auch für die Patienten klar definiert, wodurch das Inanspruchnahmeverhalten besser verstanden und gesteuert werden kann. Die schon jahrzehntelange Tradition eines Primärarztsystems in Norwegen führt zu einem hohen Status der Allgemeinärzte. Nachteilig ist eine für die Patienten oft lange Wartezeit, da viele Termine bei Fachärzten und Polikliniken und elektive Eingriffe über Wartelisten geregelt werden.

Schlüsselwörter: Norwegen, Gesundheitswesen, Primärarzt-system

Abstract: Several aspects of the German healthcare system like short doctor patient contacts are critically discussed. Comparison of the strengths and limitations of other health care systems could be helpful for discovering positive aspects and potentials for improvement in our system. Based on field reports of two German physicians who have been working as family practitioners (FP) in Norway, various issues of the public primary care system in Norway are compared to the relevant structures in Germany, and their positive and negative aspects are analysed. The health care structure in Norway is clearly defined due to the governmentally regulated system. This enhances understanding and control of health care utilisation. The long-standing tradition of the primary care system in Norway is resulting in high status of the FP. A long waiting period for the patient is disadvantageous, because many appointments with specialists and polyclinics as well as for elective surgery are regulated by waiting lists.

Keywords: Norway, health care system, primary care

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, Wolfgangstr. 8, 81667 München

² Möllendorffstr. 45, 10367 Berlin

Peer reviewed article eingereicht: 25.2.2010, akzeptiert 20.6.2010

DOI 10.3238/zfa.2010.0468

	Norwegen	Deutschland
Bevölkerung	4,8 Mio	82 Mio
Lebenserwartung bei der Geburt	M 78,3 J / W 82,9	M 77,4 J / W 82,7
Kindersterblichkeit (pro 1000 Lebendgeburten)	3,1	3,9
Ausgaben für das Gesundheitswesen (% BNP)	8,9	10,4
Ausgaben für Medikamente (in % der Gesundheitsausgaben)	8	15,1
Anzahl der Ärzte pro 1000 Einwohner	3,9	3,5
Anzahl der Krankenpfleger/innen pro 1000 Einw.	31,9	9,9
Out-of-pocket-Bezahlung (in % der Gesundheitsausgaben)	15,1	13,1
Anzahl der Arztkontakte (pro Jahr)	4,6	18,1
Anzahl der Hausarztkonsultationen / Tag (2007)	20,6	48,6
Anzahl der Hausärzte (2008)	4588	55395
Anzahl der niedergelassenen Fachärzte (2008)	905	70395

Tabelle 1 Vergleich gesundheitspolitischer Fakten in Deutschland und Norwegen (basierend auf Daten des OECD-Gesundheitsberichts 2009 [4] und des GEK Barmer Arztreports 2010 [3]).

Einleitung

Das deutsche Primärarztssystem unterscheidet sich in wesentlichen Aspekten von den Systemen anderer Länder. Beispielsweise praktizieren nur in Deutschland, USA, Schweiz und Belgien Spezialisten in der Primärversorgung [1]. Obwohl die Versorgungsaufgaben bei uns geteilt werden, haben die deutschen Hausärzte im internationalen Vergleich eine weit überdurchschnittliche Anzahl an Patientenkontakten von 243 / Woche [2]. Laut Barmer-GEK-Arztreport von Januar 2010 [3] lag die Anzahl der gesamten Arztkontakte im Jahr 2008 bei 18,1 pro Kopf. Damit bleiben den deutschen Ärzten durchschnittlich nur acht Minuten Zeit für eine Patientenkonsultation. Dennoch sind die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland im internationalen Vergleich mit den anderen OECD-Ländern am stabilsten. Hier besteht eine sehr geringe Zuwachsrate von nur 1,9 %. Mit der Höhe der Pro-Kopf-Ausgaben rangiert Deutschland auf Platz zehn, unter anderem hinter Frankreich, Belgien, den Niederlanden und Norwegen [4]. Da also durchaus kosteneffektiv gearbeitet wird, folgt daraus, dass die Leistungen im sogenannten Hamsterradeffekt erbracht werden. Dementsprechend wünscht sich ein hoher Anteil der Hausärzte (96 %) grundlegende Veränderungen des deutschen Gesundheitswesens [2]. Durch den Blick auf andere Gesundheitssysteme könnten Erkenntnisse da-

rüber gewonnen werden, welche Änderungen notwendig wären, um eine höhere Berufszufriedenheit der Hausärzte, gegebenenfalls sogar einhergehend mit einer Steigerung der Versorgungsqualität, zu erreichen. Mit besonderem Schwerpunkt auf den allgemeinmedizinischen Bereich soll hier das norwegische Gesundheitswesen beschrieben und mit dem deutschen System verglichen werden. Auf eine eingehende Schilderung des deutschen Gesundheitswesens wird hier verzichtet, da die Kenntnis unseres Systems bei den Lesern der ZFA vorausgesetzt wird.

Gesundheitswesen

In Norwegen leben ca. 4,8 Millionen Menschen, etwa ein Viertel davon in der Großregion Oslo [5]. Norwegen ist ein lang gestrecktes Land (2532 km [5]): Würde man von Oslo statt an die Nordspitze des Landes in den Süden fahren, so erreichte man Istanbul. Noch vor 100 Jahren war Norwegen ein sehr armes Land mit kleinteilig arbeitenden Bauern und Fischern. Eine zu Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzende Industrialisierung, zunächst möglich durch nutzbar gemachte Wasserkraft, endgültig durch enorme Erdöl- und Erdgasfunde vor der Küste, haben Norwegen zu einem der reichsten Länder der Erde gemacht. Das Pro-Kopf-Einkommen eines Norwegers ist heute etwa doppelt so groß (etwa 322

500 NOK = 40 258 Euro [5]) wie das eines Deutschen (etwa 20 004 Euro [6]). Das Gesundheitssystem in Norwegen ist kommunal und staatlich geplant [7]. Die Krankenkasse wird durch Steuern finanziert und gemeinsam mit dem Sozialamt und Arbeitsamt organisiert. Das bedeutet, dass die norwegischen Bürger zusätzlich zu den Steuern keine Krankenkassenbeiträge bezahlen müssen. Im ambulanten Bereich wird ein Teil der Kosten (etwa 15 %) durch Eigenbeteiligung finanziert [7].

Laut OECD-Bericht 2009 hat Norwegen die zweithöchsten Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitswesen nach den USA, obwohl die Ausgaben für Gesundheit insgesamt durch eine relativ geringe Zahl von stationären Gesundheitsleistungen gedämpft werden. Die Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner liegt mit 2,9 deutlich unter der entsprechenden Anzahl von 5,7 in Deutschland [4]. Die elektiven stationären Behandlungen werden über Wartelisten gesteuert [8]. Norweger sind erstaunlich gelassen und warten monatelang auf den Termin für einen elektiven Eingriff [8]. Auch 2–3 Wochen Wartezeit auf einen Termin beim Hausarzt für ein nicht-akutes Problem werden in der Regel akzeptiert. Die hohen Kosten im Gesundheitswesen lassen sich aber unter anderem damit erklären, dass in Norwegen 20 % aller Berufstätigen im Gesundheitssektor tätig sind, im Gegensatz zu 11,6 Prozent in Deutschland [4]. Dies

	Norwegen	Deutschland
Wochenarbeitsstunden von Hausärzten	ca. 39 [19]	50,6 [2]
Bruttoeinnahmen in Euro	125 000 [7]	234 000 [16]
Reinertrag (zu versteuerndes Einkommen) in Euro	ca. 100 000	110 000
Bereitschaftsdienste / Hausbesuche	wohnortabhängig	wohnortabhängig
Verhältnis Gemeinschafts-/Einzelpraxis	85 / 15% [18]	45,9 / 54,1% [17]

Tabelle 2 Vergleich der Arbeitsbedingungen norwegischer und deutscher Hausärzte.

führt zu hohen Personalkosten, aber vermutlich auch deutlich geringerer Arbeitsbelastung des Einzelnen. Gesundheitspolitische und bevölkerungstatische Daten beider Länder sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Ausbildung und Weiterbildung

Drei Universitäten des Landes (Tromsø, Trondheim, Oslo) bieten ein Medizinstudium mit frühem Arzt-Patienten-Kontakt und Lernen in Kleingruppen in modulbasierten Ausbildungsjahren an [9]. Nur an der Universität Bergen gibt es weiterhin einen traditionellen Studiengang mit Physikum. Nach dem Staatsexamen schließt sich eine eineinhalbjährige Ausbildungszeit bis zur Approbation an: ein Jahr im Krankenhaus (geteilt in Chirurgie und Innere, oder geteilt mit einem dritten Wahlfach) und sechs Monate für alle angehenden Ärzte in der Allgemeinmedizin, verteilt nach einem Losverfahren. Während dieser Ausbildungszeit erhält der Arzt ein staatlich finanziertes Gehalt und der auszubildende Allgemeinarzt einen Gratismitarbeiter.

Die Facharztweiterbildung erfolgt unter der Regie der Ärztekammer [10]. Für den Facharzt für Allgemeinmedizin ist eine fünfjährige Weiterbildungszeit vorgeschrieben, davon kann ein Jahr im Krankenhaus abgeleistet werden und es müssen mindestens drei Jahre Tätigkeit in einer Allgemeinarztpraxis erfolgen. Kernstück der Weiterbildung ist eine Ausbildungsgruppe von maximal 10 Ausbildungskandidaten, moderiert von einem erfahrenen Hausarzt, geschult als Moderator. Diese Gruppe trifft sich 40-mal im Laufe von zwei Jahren. Ergänzt wird die Weiterbildung durch vier Grundkurse (4 x 40 Stunden). Der Fach-

arzt muss alle fünf Jahre rezertifiziert werden – mit konkreten Anforderungen an allgemeinmedizinische Themen aus unterschiedlichen klinischen Bereichen. Seit Jahrzehnten gibt es an allen vier norwegischen Universitäten ein Institut für Allgemeinmedizin, mit vergleichbarer Größe zu den anderen Hauptfächern des Studiums. Die allgemeinmedizinische Fachgesellschaft vergibt Stipendien, die es praktisch tätigen Ärzten ermöglichen, für 1–3 Monate ein Thema wissenschaftlich zu vertiefen und einen Vertreter in der Praxis zu bezahlen.

Primärarztsystem

Die historische Entwicklung und die Geografie mit einer sehr geringen Bevölkerungsdichte machen den Hausarzt als Primärversorger zur Regel, den Facharzt zur Ausnahme. Allgemeinärzte haben normalerweise Verträge mit den Gemeinden [7]. Jeder Norweger ist angehalten, sich fest bei einem Allgemeinarzt einzuschreiben, den er dann im Krankheitsfall primär konsultieren soll. Das Einschreibesystem für Hausärzte haben 99,5% der Norweger genutzt. Es ist evaluiert, wird auch auf dem Land geschätzt und hat die Kontinuität der Versorgung dort weiter verbessert [7]. Das Einkommen der Hausärzte setzt sich aus der Abrechnung von Einzelleistungen, des Eigenanteils der Patienten und einem festen Satz für jeden auf seiner Liste eingeschriebenen Patienten zusammen und beträgt ca. 125 000 Euro pro Jahr [7]. Sollte der Hausarzt im akuten Krankheitsfall keinen Termin frei haben, oder außerhalb der Sprechzeiten nicht zugänglich sein, steht in allen großen und mittelgroßen, Städten und Orten ein Ambulanzzentrum (Legevakt) zur Verfügung, wo außerhalb üblicher Geschäfts-

zeiten und oft rund um die Uhr Patienten ärztlich versorgt werden können [7]. In Tabelle 2 werden Daten zu Arbeitsbedingungen und Einkommen norwegischer Hausärzte im Vergleich zu deutschen Hausärzten aufgelistet.

In den folgenden Erfahrungsberichten von zwei deutschen Ärzten, die in Norwegen tätig waren, beschreibt Harald Kamps, Allgemeinarzt aus Berlin, seine zwanzigjährige Hausarztstätigkeit auf dem Land und in einer norwegischen Universitätsstadt und Frau Dr. Marlies Karsch-Völk, Allgemeinärztin aus München, berichtet über ihre eineinhalbjährige Tätigkeit an einer allgemeinmedizinischen Akutambulanz in Oslo.

Erfahrungsbericht von Harald Kamps

Ich habe etwa 20 Jahre als Allgemeinmediziner in Norwegen gearbeitet – als staatlich angestellter Distriktsarzt, als Gemeindefacharzt mit festem Gehalt in einer Gemeinde mit 5000 Einwohnern auf einer Halbinsel und als Listenarzt (fastlege) in der mittelnorwegischen Universitätsstadt Trondheim. Ich habe immer in hausärztlichen Gemeinschaftspraxen gearbeitet – in Norwegen die Regel. Ein Patientengespräch dauerte meist 20 Minuten, an einem Tag waren meist 15–20 Patienten in meinem Sprechzimmer – sowohl auf dem Lande wie in der Stadt. Sie erwarteten viel von mir: Ich behandelte kleine Kinder mit Asthma, verschrieb die Anti-Baby-Pille an junge Mädchen, machte gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, verordnete Menschen mit anhaltenden Rückenschmerzen Physiotherapie und begleitete Menschen in den Tod – in unserer Gemeinde starben nur wenige Menschen im Krankenhaus.

Im kommunalen Gesundheitsdienst waren viele kompetente Menschen angestellt: Schwangere Frauen wurden gemeinsam mit einer Hebamme betreut, Kindervorsorgeuntersuchungen wurde von der Gesundheitsschwester organisiert – einer Krankenschwester mit einjähriger Zusatzausbildung – der Arzt kam nur zu definierten Untersuchungen dazu. Für problematische Kinder bekamen wir ab und zu Besuch eines Kinderneurologen oder besprachen Lösungen im sozialmedizinischen Team (Sozialarbeiter, Schulpsychologe). Täglich erlebte ich eine gute Zusammenarbeit mit der kommunalen Hauskrankenpflege oder dem kommunalen Pflegeheim. Hier arbeiteten kompetente und motivierte Krankenpfleger, nicht auf Weisung des Arztes, sondern mit eigenen Qualitätszielen und direkt von den Menschen beauftragt. Sie ersparten uns manchen Hausbesuch, erkannten den Zeitpunkt eines dringenden Hausbesuches oder ersparten Patienten den weiten Weg zum Krankenhaus. Am palliativmedizinischen Team der Gemeinde war auch der Betreiber des lokalen Beerdigungsinstitutes beteiligt. Hausarztarbeit wurde oft als gute Teamarbeit erlebt.

Ungewöhnlich war, in vielen Situationen von den Patienten Geld zu bekommen: Waren es 1978 erstmals zehn Kronen für jeden Arztbesuch (damals umgerechnet etwa 2 Euro), so mussten sie 2002 bereits 130 Kronen bezahlen (etwa 15 Euro), bei einem Hausbesuch zu später Stunde das Doppelte. Die Kosten für Medikamente erstattete die Krankenkasse nur, wenn damit chronische Erkrankungen (länger als 3 Monate im Jahr) behandelt wurden - das Penicillin für die akute Halsentzündung wurde immer aus eigener Tasche bezahlt. Termine beim Facharzt sind auch heute noch fast doppelt so teuer wie beim Hausarzt. Begrenzt wird diese Eigenbeteiligung auf etwa 160 Euro im Jahr, für Kinder unter 7 Jahren muss nichts bezahlt werden [4]. Auch an den Alltag erinnere ich mich gerne: Im Sommer machte die Praxis um 15 Uhr zu, im Winter wurde eine Stunde länger gearbeitet – den Bereitschaftsdienst teilten sich auf dem Lande 8 Ärzte; jeder war also etwa einmal in der Woche dran, zuständig für 10.000 Menschen, gesteuert durch die akutmedizinische Notfallzentrale. Dort waren intensivmedizinisch geschulte Pfleger an-

gestellt, die auch mal eigenständig den Helikopter bestellten oder dem Patienten rieten, doch am nächsten Tag zum Arzt zu gehen. Viele Fragen zu Krankheiten der kleinen Kinder hatte auch bereits die Gesundheitsschwester beantwortet, sie wusste meist besser, wenn irgendwo die Windpocken grassierten. Die Bereitschaftsdienste waren meist nur durch die Ungewissheit anstrengend, was denn nun als nächstes passiert – den grausamen Verkehrsunfall betrunkenen Jugendlicher in ständiger Erinnerung.

Erfahrungsbericht Marlies Karsch-Völk

Ich war von 2002–2004 für 18 Monate in der Allgemeinmedizinischen Abteilung der Legevakt Oslo angestellt. Die Legevakt in Oslo ist zugänglich für alle akut erkrankten Patienten im ganzen Stadtgebiet. Es gibt dort Abteilungen für Allgemeinmedizin, Chirurgie, Psychiatrie, einen Sozialdienst und einen Nothilfepflegedienst. Dadurch sind die Patienten während und außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Hausärzte durch eine ambulante Einrichtung versorgt, in der rund um die Uhr Ärzte und Pflegepersonal erreichbar sind. Diese in allen größeren und mittelgroßen Städten und Orten Norwegens zu findenden Einrichtungen sind meistens von den lokal ansässigen Hausärzten bedient. In Oslo sind extra für diese Aufgabe Ärzte angestellt. Zur Legevakt kommen fast alle Notfälle, alle Patienten außerhalb von Praxissprechzeiten, Patienten, die aufgrund mangelnder Kapazität beim Hausarzt akut keinen Termin bekommen, Touristen oder Patienten ohne Hausarzt. Manche finden auch, dass es bequemer ist, zur Legevakt zu gehen, da man dort auch außerhalb regulärer Geschäftszeiten hingehen kann und sich dann nicht von der Arbeit freinehmen muss. Der Eigenanteil für eine Konsultation tagsüber beträgt ca. 16 Euro. Die dort arbeitenden Ärzte sind zum großen Teil im Schichtdienst fest angestellt. Während meiner Tätigkeit dort kursierte unter den dort arbeitenden Ärzten der Satz: an der Legevakt zu arbeiten, sei wie „Chicago Hope“ ohne „Hope“. Ursachen für diesen Pessimismus sind sicher der sehr hohe Patientendurchsatz, viele hauptsächlich aus Afrika eingewanderte Patienten mit teilweise schwerwiegen-

den Problemen, viele Obdachlose und viele süchtige und / oder psychiatrisch erkrankte Patienten. Außerdem ist die Abteilung für Allgemeinmedizin für die rechtsmedizinische Untersuchung bei allen sexuellen Übergriffen bzw. Vergewaltigungen in Oslo zuständig. Das Erkrankungsspektrum reicht von der einfachen Krankschreibung wegen Erkältung bis zu lebensbedrohlichen Notfällen. An manchen Tagen warten die Patienten viele Stunden, auch mit kranken Kindern. Die Patienten sind manchmal sehr unzufrieden, vor allem mit dem „Service“ und machen ihrem Unmut bei den Ärzten Luft.

Aber trotz der sicher oft hohen Arbeitsbelastung konnte ich feststellen, dass die Legevakt für die meisten Patienten sehr gut funktioniert. In der Regel ist ärztliche Hilfe schnell und einfach zugänglich. Für sämtliche Probleme wird eine pragmatische Lösung gesucht. Die Einstufung und Annahme der Patienten erfolgt durch sehr gut geschultes Pflegepersonal, das die Patienten verschiedenen Abteilungen mit unterschiedlichen Dringlichkeitsgraden zuteilt. Überflüssige Untersuchungen sollen strikt vermieden, aber abwendbar gefährliche Verläufe erkannt werden. Oft wird eine abwartende Haltung eingenommen. Im Vergleich zu dem in Deutschland üblichen ärztlichen Vorgehen besteht dabei ein relativ gelassener Umgang mit diagnostischer Unsicherheit. Es gibt zahlreiche Informationsbroschüren zu verschiedensten Diagnosen für Patienten, die zum „Abwarten“ nach Hause geschickt werden. Sie sollen eine eventuelle Verschlechterung selbst erkennen und sich dann wieder vorstellen. Die Medikamentenverordnung folgt streng den entsprechenden Leitlinien. Dabei wird insbesondere die Verwendung von Breitbandantibiotika restriktiv gehandhabt [11], was sicher einer der Gründe dafür ist, dass es in Norwegen sehr wenige Antibiotikaresistenzen gibt [12].

Zusammenfassende Diskussion

Jeder Ländervergleich hinkt: Länder lassen sich schwer miteinander vergleichen, haben sie doch eine spezifische Geschichte und Kultur und oft eine besondere Geografie. Abseits der größeren Städte und Orte werden in Norwegen

Dr. med. Marlies C. Karsch-Völk ...

... war von 2002–2004 als Assistenzärztin in einer allgemeinmedizinischen Akutambulanz in Oslo / Norwegen tätig, ist seit 2008 Fachärztin für Allgemeinmedizin und seit November 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Klinikums rechts der Isar der TU-München.

Straßen oft durch Fjorde abgeschnitten und können nur mit der Fähre überwunden werden, hinter jeder Kurve sieht man abseits der Straße oder entlang der Küste ein bewohntes Gehöft. Dies stellt das Gesundheitswesen vor große logistische Herausforderungen. Das norwegische Gesundheitssystem unterscheidet sich in seinen Grundvoraussetzungen also deutlich vom deutschen und es können sicher viele Aspekte nicht ohne weiteres auf das deutsche System übertragen werden. Dennoch könnte ein Vergleich nützlich sein, um Anregungen zur Arbeitsverbesserung für Deutschland herauszuarbeiten.

Norwegen hat wie Dänemark oder die Niederlande ein primärmedizinisch geprägtes Gesundheitswesen. In Deutschland wird die Primärversorgung auch über die niedergelassenen Fachärzte mitgetragen. Diese facharztbasierte Betreuung macht sich jedoch nicht in wichtigen Qualitätsindikatoren bemerkbar: Die Lebenserwartung ist in Norwegen geringfügig höher, die Kindersterblichkeit ist in Norwegen deutlich niedriger als in Deutschland (siehe Tabelle 1). Dennoch können die in Norwegen manchmal auch monatelangen Wartezeiten auf Termine zur Abklärung von unklaren Befunden bei Fachärzten oder auf den Beginn einer Psychotherapie für die Patienten sehr belastend sein. Die Gründe für das bessere Outcome im Hinblick auf Überleben und Kindersterblichkeit sind aber ohnehin nicht nur im Gesundheitswesen zu suchen. Wilkinson und Pickett dokumentierten, dass eine wesentliche Ursache für das gute Abschneiden der skandinavischen Staaten (und Japans) in der relativen Einkommensgleichheit in diesen Ländern liegt [13].

Es gibt trotz der politischen und geografischen Unterschiede in der norwegischen Gesundheitspolitik viele sehr gute Lösungen oder Lösungsansätze für Probleme, die auch die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland beherrschen, wie zum Beispiel die notwendigen Kosteneinsparungen oder der drohende Ärztemangel. Durch eine feste Einschreibung kranker und auch gesunder Menschen bei einem Hausarzt könnte auch hierzulande die Arbeitsbelastung des einzelnen Arztes reguliert und Mehrfachkonsultationen bei verschiedenen Ärzten vermieden werden. Die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung der AOK in einigen Ländern der BRD kommen dem norwegischen Listensystem nahe – sie erlauben dem Arzt ohne schmerzliche Honorareinbußen „gesunde Kranke“ seltener und „kranke Kranke“ [14] häufiger zu sehen und intensiver zu betreuen.

Die Qualität der Primärmedizin wird auch durch hochqualifizierte Krankenpfleger und Physiotherapeuten gewährleistet. Da das Pflegepersonal in Norwegen viele Aufgaben übernimmt, die in Deutschland den Ärzten vorbehalten sind, wie z. B. Blutentnahme oder i.v.-Injektionen, werden Zeit und Geld eingespart. Die Zuständigkeiten im norwegischen Gesundheitssystem sind durch das Legevaktssystem auch im Bereich der Akutversorgung klar definiert. Das ermöglicht eine besonders leichte Zugänglichkeit von allgemeinärztlicher, akutpsychiatrischer und auch kriseninterventioneller Hilfe für die norwegischen Bürger. Durch die niedrige Zugangsschwelle ist medizinische Hilfe gerade auch für sozial benachteiligte Schichten leicht erreichbar, bei denen dann auch der

Eigenanteil vom Sozialamt übernommen wird.

Evidenzbasierte Medizin ist in Norwegen in den meisten Hausarztpraxen gelebte Praxis – sie haben online Zugang zu einem Arzt-Informationssystem, das Verweise auf den Evidenzgrad liefert, patientengerechte Informationsblätter bereit hält und Kriterien für die Überweisung an den Facharzt vorschlägt. Allgemeinmedizin ist in Norwegen, wie im übrigen Skandinavien, eine angesehene akademische Disziplin. Die konsequente Förderung allgemeinmedizinischer Forschung über viele Jahrzehnte trägt jetzt Früchte – dementsprechend hoch ist das Selbstbewusstsein der Allgemeinmediziner im Dialog mit den anderen Fachärzten.

Unser Eindruck ist, dass Allgemeinärzte in Norwegen mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden sind: Ihre Arbeitsbelastung ist durch das Einschreibesystem planbar, die Verantwortung für Unterkapazitäten liegt bei der Krankenkasse, und Familie und Freizeit sind selbst auf dem Lande mit der Arbeit gut vereinbar. Sicher würden Arbeitsbedingungen und ein Status, wie sie die Allgemeinmediziner Norwegens seit Jahren haben, auch bei Ihren deutschen Kollegen zu einer höheren Zufriedenheit führen. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass auch in Norwegen eine Kostenzunahme im Gesundheitswesen zu verzeichnen ist. Dies ist im Hinblick auf die Organisation im Gesundheitswesen, die Wartelisten zulässt und sehr hausarztbasiert ist, überraschend, aber sicher zum Teil durch die aufwendigere personelle Ausstattung zu erklären [1].

Interessenkonflikte: keine angegeben

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Marlies C. Karsch-Völk
Institut für Allgemeinmedizin des
Klinikums rechts der Isar
Technische Universität München
Wolfgangstr. 8
81667 München

Literatur

1. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. <http://www.euro.who.int/document/e68952.pdf> (zuletzt zugegriffen am 07.04.2010)
2. Koch K, Gehmann U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch Ärztebl* 2007; 38: 2584–2591
3. GEK Barmer Arztreport 2010, <http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Presse-Center/Pressemitteilungen> (zuletzt zugegriffen am 22.01.2010)
4. OECD Health Data 2009; www.oecd.org/publishing
5. Statistisk sentralbyrå. Statistics Norway. <http://www.ssb.no> (zuletzt zugegriffen am 06.04.2010)
6. Statistisches Bundesamt. <http://www.destatis.de> (zuletzt zugegriffen am 07.04.2010)
7. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition (HIT). Summary. <http://www.euro.who.int/Document/E88821>
8. Helse- og Omsorgsdepartementet. Ventelister og prioritering. <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-18/6.html?id=140962> (zuletzt zugegriffen am 06.04.2010)
9. Den Norske Legeforening. Utdanning og fagutvikling. <http://www.legeforeningen.no/id/57069> (zuletzt zugegriffen am 06.04.2010)
10. Den Norske Legeforening. Spesialistreglene i allmenntidmedisin. <http://www.legeforeningen.no/id/1124.0> (zuletzt zugegriffen am 06.04.2010)
11. Eliassen KE, Fetveit A, Hjortdahl P, Berild D, Lindbæk M. Nye retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 2330–2334
12. NORM/NORM-VET report 2005 Consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in Norway. <http://www.vetinst.no/eng/layout/set/print/Research/Publications/sum.pdf> und <http://www.euro.who.int/Document/E88821.pdf> (zuletzt zugegriffen am 01.04.2010)
13. Wilkinson R, Pickett K: Spirit Level – Why equality is better for everyone; Penguin, 2010
14. Kamps H. Gut für die gesunden Kranken. *Dtsch Ärztebl* 2008, 105 (23) A 1276–80
15. Vetter M. Was letztlich übrig bleibt. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106: A-1318
16. http://www.gbebund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=19200&tk2=19500&p_uid=gastd&p_aid=53830525&p_sprache=D&cnt_ut=6&ut=19520 (zuletzt zugegriffen am 03.05.2010)
17. <http://www.kbv.de/presse/7479.html> (zuletzt zugegriffen am 03.05.2010)
18. Tidsskrift for den Norske Legeforening http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1193083 (zuletzt zugegriffen am 04.05.2010)
19. Dagens Medisin: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2000/04/03/leger-som-arbeider-alene-ha/index.xml>



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Pressekontakt:

Dr. med. Isabelle Otterbach
 DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
 c/o Institut für Allgemeinmedizin
 Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Theodor-Stern-Kai 7
 60590 Frankfurt am Main
 Telefon: 069–6500–7245
 Fax: 069–6301–6428
 E-Mail: otterbach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
 Homepage: www.degam.de