

Das norwegische Gesundheitssystem

Öffentliche und steuerfinanzierte Versorgung mit hoher Eigenbeteiligung der Patienten – Folge 4 der Reihe „EU-Gesundheitssysteme“

von **Julia Bathelt**

Der Kern des norwegischen Gesundheitssystems ist die öffentliche, überwiegend aus Steuermitteln finanzierte Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung. Das Land gibt mit acht Prozent seines Bruttoinlandsproduktes im europäischen Vergleich verhältnismäßig wenig Geld für seine Gesundheitsversorgung aus. Der private Gesundheitssektor spielt eine sekundäre Rolle und beschränkt sich auf die Ballungszentren. Das öffentliche Gesundheitssystem wird hauptsächlich aus drei Quellen finanziert:

Der allgemeine nationale Versicherungsfonds, der 1967 eingerichtet wurde, umfasst alle in Norwegen lebenden Personen, unabhängig von ihrer Staatsbürgerschaft. Durch diesen Fonds werden nicht nur Gesundheitsleistungen finanziert, sondern auch Pensionen, Arbeitslosenunterstützung, Krankengeld und andere Sozialleistungen. Der Versicherungsfonds setzt sich zu 75 Prozent aus Beiträgen und zu 25 Prozent aus Steuerzuschüssen zusammen.

Arbeitnehmer und Freiberufler zahlen 7,8 Prozent ihres Brutto-Einkommens in den Fonds ein. Es gibt keine Beitragsbemessungsgrenze. Selbstständige bezahlen maximal 10,7 Prozent ihres Einkommens. Überschreitet ihr Verdienst das 12-fache des Grundbetrages der sozialen Sicherung, also 76.929 Euro, so liegt der Beitragssatz bei 7,8 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag beträgt 14,1 Prozent. Allerdings gibt es für Betriebe in bestimmten Regio-

nen abgestufte geringere Sätze. Die zweite Finanzierungsquelle sind Steuern, die von den 19 Bezirken oder den 435 Gemeinden erhoben werden. Als dritte Finanzierungsgrundlage kommen noch verhältnismäßig hohe Selbstbehalte hinzu.

Hohe Eigenbeteiligung für Patienten

Die Patienten müssen für jeden Hausarztbesuch einen Eigenanteil von umgerechnet rund 15 Euro bezahlen. Für Medikamente sind 36 Prozent Eigenanteil pro Rezept und höchstens 30 Euro vorgesehen. Übersteigen die Ausgaben für die Eigenbeteiligung 200 Euro im Jahr, sind alle weiteren medizinischen Leistungen kostenfrei. Die für Kinder bezahlten Selbstbehalte werden den Eltern zugerechnet. Der nationale Versicherungsfonds erstattet lediglich die Medikamente, die bei chronisch Kranken, Krebspatienten und in der Palliativmedizin eingesetzt werden. Arzneimittel, die auf der so genannten blauen Liste aufgeführt sind, werden nur dann aus dem Versicherungsfonds bezahlt, wenn die Behandlung einer Krankheit länger als drei Monate dauert.

Die norwegischen Gemeinden sind gesetzlich dazu verpflichtet, eine medizinische Primärarztversorgung anzubieten. Neben allgemeinarztlicher Hilfe müssen sie Hauskrankenpflege- und Schulgesundheitsdienste, Mütterberatungen, Alten- und Pflegeheime sowie Hilfsangebote für Behinderte zur Verfügung stellen. Die 435 Gemeinden sind bei der Organisation und Fi-

nanzierung dieser Aufgaben weitgehend autonom. Im Durchschnitt bringen sie die Hälfte der Mittel für die Primärversorgung durch Gemeindesteuern auf. Etwa 15 Prozent werden durch Selbstbehalte beglichen. Die restlichen 35 Prozent der Kosten kommen aus staatlichen Subventionszahlungen.

Hausarztssystem

In Norwegen gibt es das Hausarztssystem, das heißt, fast jede Person ist bei einem Hausarzt eingetragen, der für die Primärversorgung zuständig ist. Der Hausarzt ist der erste Ansprechpartner für die Patienten. Nur wenn er den Patienten an einen Facharzt überweist, kommt die Krankenversicherung für die Behandlungskosten auf. Etwa 10 Prozent der Allgemeinärzte sind direkt bei den Gemeinden angestellt. 90 Prozent arbeiten freiberuflich, benötigen aber eine Praxiszulassung von der zuständigen Gemeinde. Die Gemeinden garantieren ein Basisgehalt. Hinzu kommen Kopfpauschalen für jeden Patienten, Einzelleistungsvergütungen sowie Patientenselbstbehalte. Der größte Teil der Allgemeinärzte arbeitet in Gruppenpraxen. Nur rund 10 Prozent sind in Einzelpraxen tätig.

Kaum freiberufliche Fachärzte

Die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist seit der Krankenhausreform 2002 Aufgabe der fünf Gesundheitsregionen. Spezialisten arbeiten fast ausschließlich in den Krankenhausambulanzen und können nur per Überweisung konsultiert werden. Ausgenommen sind Gynäkologen. Insgesamt gibt es rund 930 freiberufliche Fachärzte, die ihre Praxen fast nur in den größeren Städten haben.

Der Großteil der Krankenhäuser wird seit der Krankenhausreform 2002 von den fünf Gesundheitsregionen unterhalten. Die Kliniken sind damit in staatliche Trägerschaft überführt worden. Sie sind jedoch

als Unternehmen organisiert und somit nicht länger in die staatliche Verwaltung integriert. Die übergeordneten gesundheitspolitischen Ziele und Rahmenbedingungen werden nach wie vor vom Staat festgelegt. Weniger als ein Prozent der Krankenhäuser befindet sich in privater Trägerschaft. Der überwiegende Teil der Krankenhauskosten wird vom Staat getragen. Die Finanzierung basiert auf zwei Säulen: Die Hälfte der Mittel muss erwirtschaftet werden. Hierbei liegt ein DRG-System zugrunde. Die andere Hälfte – ein fester Betrag – ist unabhängig von der Aktivität der Kliniken.

Geregelte Arbeitszeiten in Kliniken

Die Ärzte in den Kliniken sind angestellt und erhalten fixe Gehälter. Die Möglichkeit zur Behandlung von Privatpatienten besteht in den öffentlichen Krankenhäusern nicht. Allerdings unterhalten einige Klinikärzte nebenbei eine Privatpraxis. Ärzte, die in Krankenhäusern tätig sind, haben geregelte Arbeitszeiten. Diese sind darauf ausgerichtet, dass auch Frauen mit Kindern voll arbeiten können. Vielfach gibt es in den Krankenhäusern Kindergärten, die sich mit den Arbeitszeiten decken und so auch jungen Müttern die Möglichkeit zur Berufstätigkeit eröffnen.

Seit 2001 haben Patienten die Möglichkeit, ihr Krankenhaus im ganzen Land frei zu wählen. Diese Wahl sollte auch gut überlegt werden, denn ein großes Problem des norwegischen Gesundheitssystems sind lange Wartelisten, über die vor allem Patienten klagen, bei denen ein einfacher Eingriff vorgenommen werden muss. Die Folge dieser Kapazitätsengpässe ist die so genannte Patientenbrücke nach Kiel: viele Norweger lassen sich in Deutschland operieren, wenn sie zu lange auf einen Eingriff warten müssen. Zwar wurde 1990 eine gesetzliche Garantie eingeführt, die die Wartezeit auf maximal sechs Monate beschränken sollte. Inzwischen wird die Wartezeit jedoch

vom behandelnden Arzt individuell festgelegt.

Ärztmangel: Viele ausländische Ärzte

In Norwegen bieten vier Universitäten das Medizinstudium an: Oslo, Bergen, Trondheim und Tromsø. Die Zahl der Bewerber ist etwa fünfmal so hoch wie die Zahl der Studienplätze. Dabei wurde die Anzahl der Studienplätze in der Zeit von Ende der 80er bis Ende der 90er Jahre fast verdoppelt, da sich in Norwegen ein Ärztemangel abzeichnete. Dies führte auch dazu, dass es in den späten 90er Jahren für ausländische Ärzte relativ einfach war, in Norwegen Fuß zu fassen. Etwa 15 Prozent der Ärzte kommen aus dem Ausland, vorwiegend aus den skandinavischen Nachbarländern.

Je nach Universität dauert das Studium sechs bis sechseinhalb Jahre. Im Vergleich zu anderen europäischen Staaten ist der Praxisanteil recht hoch. Die Studenten sammeln sowohl in Kliniken als auch in der Primärversorgung Erfahrungen. An das Studium schließt sich eine 18-monatige Praktikumszeit an, die zu zwei Dritteln in einem Krankenhaus und zu einem Drittel in der Primärversorgung absolviert werden muss. Nach Abschluss dieses Praktikums erhält der Arzt vom nationalen Gesundheitsrat eine Lizenz zur selbstständigen Ausübung des Arztberufes.

Die Weiterbildung zum Facharzt dauert mindestens fünf Jahre im Hauptfach und ein weiteres Jahr in

einem Komplementärfach. Derzeit gibt es 29 Fachrichtungen sowie acht internistische und sechs chirurgische Subspezialitäten. 1998 hatten etwa zwei Drittel der norwegischen Ärzte einen Facharztabschluss.

Facharzt für Allgemeinmedizin

Eine Besonderheit gibt es bei der Ausbildung zum Allgemeinmediziner. Grundsätzlich kann jeder Arzt, der das Praktikum abgeschlossen hat und vom nationalen Gesundheitsrat registriert wurde, als Allgemeinarzt tätig werden. 1985 wurde überdies die Fachrichtung Allgemeinmedizin eingeführt. Sie sieht eine fünfjährige Weiterbildung im Anschluss an das Praktikum vor, vier Jahre in einer allgemeinmedizinischen Praxis, ein Jahr in einer klinischen Krankenhausabteilung. Die Kompetenzen zwischen einem Facharzt für Allgemeinmedizin und einem Allgemeinarzt, der nicht über die spezielle Weiterbildung verfügt, unterscheiden sich zwar nicht. Allerdings erhält der Facharzt eine um rund 20 Prozent höhere Vergütung.

Eine Fortbildungspflicht gibt es in Norwegen nur für die Fachärzte für Allgemeinmedizin. Diese müssen alle fünf Jahre die Rezertifizierung ihres Diploms beantragen und haben unter anderem den Besuch einer bestimmten Anzahl von Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen. Für alle anderen Ärzte ist keine kontinuierliche Fortbildungspflicht vorgesehen.

Fachtagung „Diagnose: Häusliche Gewalt“ in Wesel

Die Fachtagung „Diagnose: Häusliche Gewalt“ findet am Mittwoch, den 26. November 2003 in der Zeit von 17.00 Uhr bis 21.00 Uhr in der Niederrheinhalle Wesel statt.

- | | |
|-------------------|--|
| 17.00 Uhr | Begrüßung |
| 17.15 – 18.00 Uhr | Gewalt gegen Frauen – (k)ein Thema für die ärztliche Praxis?
Ausmaß und gesundheitliche Folgen von Gewalterfahrungen bei Frauen |
| 18.00 – 18.15 Uhr | Traumatisiert durch häusliche Gewalt |
| 18.15 – 18.30 Uhr | Informationen zum Gewaltschutzgesetz
Diskussion |
| 19.00 – 19.15 Uhr | Pause |
| 19.15 – 20.15 Uhr | Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für die ärztliche Praxis |
| 20.15 – 20.45 Uhr | Resümee und Ausblick |

Die Fachtagung wird durch die Ärztekammer Nordrhein für das freiwillige Fortbildungszertifikat mit 6 Punkten anerkannt.

Anmeldung bitte bis 12. November 2003 an:
Kreisverwaltung Wesel, Gleichstellungsstelle Reeser Landstr. 31, 46483 Wesel,
Tel.: 02 81/2 07 21 19, Fax: 02 81/2 07 41 13, E-Mail: petra.hommers@kreis-wesel.de