

## „Tyske leger trives i Norge“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

der Versuch eines Vergleichs  
Norsk og Tysk helsevesen, et forsøk å sammenligne



Peer Gynt Deutschland e. V. 02. April 2009

Wolfgang Wannoff, Panacea **4U** Hamburg

Asklepios steht hier nicht etwa für Europas größten Klinik Betreiber, sondern für den Gott des Heilwesens - hier vielleicht symbolisch für das deutsche Gesundheitssystem – nämlich kopflos.

Vielleicht sogar für die meisten nationalen Gesundheitssysteme dieser Erde.  
Auch für Norwegen?

Übrigens: Panacea (römisch), Panakeia (griechisch), ist die Tochter von Asklepios. Also nicht im wirklichen Leben, da ist die Panacea **4U** selbständig. In der griechischen Mythologie gilt sie als die Göttin der Arzneien, die Römer haben sich Panakeia *gekrallt* und ihr, der Panacea, die Wundermittel oder Allheilmittel zugeordnet.

In der englischen und spanischen Sprache ist *panacea* heute noch als das Allheilmittel für alle Lebenslagen umgangssprachlich bekannt.

## „Tyske leger trives i Norge“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem



Wolfgang Wannoff. Panacea 4U Hamburg

Die Frage warum deutsche Ärzte|innen Norwegen mögen, ist die Frage des Abends. Die Bilder symbolisieren das Image, welches Norwegen allgemein bei Deutschen und nicht nur bei diesen genießt. Oder ist es vielleicht doch nur das Geld oder der Kita-Platz oder....

Das zu beleuchten gilt es es nun. Es ist sicher sinnvoll sich ein wenig mit dem Grundsätzlichen des norwegischen Gesundheitssystem auseinanderzusetzen und einige Unterschiede zum deutschen System zu beleuchten.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

To land et system / 2 Länder ein System ?



### Norsk Folketrygd

1809 Det Norske Sunnhedskollegiet  
1945 Helsedirektoratet etableres  
1967 inført som dagen system

Finansert av en andel **alle** skatteyttere betaler fra sin inntekt og i tillegg et større tilskudd av staaten

**solidarsystem**



### Das System geht zurück auf Bismarck und vom Stein

1883 Krankenversicherung  
1884 Unfallversicherung  
1889 Rentenversicherung

Finanziert aus einkommens abhängigen Mitgliedsbeiträgen im Wesentlichen nur der Pflichtversicherten & einigen freiwillig. Versicherten und staatlichen Zuschüssen. Keine Beamte.

**Teilsolidarisches –System**

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

- D- Bismarck gründete als politisches Instrument die Sozialversicherung. Er versuchte den Linken und gewerkschaftlichen und kirchlichen Hilfsvereinen die *Luft* zu nehmen.
- Firmen wie Bosch, Siemens, Krupp etc. gründeten ebenfalls Hilfswerke. Dies war sicher eines der ersten großen Instrumente der Personalbindung in der beginnenden Industrialisierung. Die Mitarbeiter waren teilweise dadurch vollständig den Firmen ausgeliefert (soziale Absicherung, Wohnungen, Schulen!).
- In den letzten Jahren eskalierten in Deutschland die Reformbemühungen. Keiner Regierung gelang eine Gesundung des Systems. Besonders in wirtschaftlich schwierigen Zeiten kommt das deutsche System in Bedrängnis. Eine prosperierende Wirtschaft hingegen begünstigt das System
- N- Da fast alle Bürger einzahlen ist es ein solidarisches System. Selbständige, Beamte/öffentlicher Dienst und auch extrem gut Verdienende beteiligen sich in Norwegen an den Einkünften des Systems. Jeder zahlt ab einem bereits relativ niedrigen Einkommen einen festen Beitragssatz (trygd). Der Staat zahlt aus dem Steueraufkommen einen Zuschuss, Fylke und Kommunen zahlen ebenfalls ein. An dieser Stelle ist auch Norwegen etwas kompliziert.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Forskjell ved avgiftssystemet / Abgabenunterschiede (p.a.)

Intekt	NOK	50.000,00	80.000,00	150.000,00	300.000,00	500.000,00	1.000.000,00
trygdeavgift totalt		2.600,00	6.240,00	11.700,00	23.400,00	39.000,00	78.000,00
% av inntekten		5,2	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8
Einkommen	€, (0,11581)	5.790,50	9.264,80	17.371,50	34.743,00	57.905,00	115.810,00
Sozialabgaben nur GKV ca.							
inkl. Pflegevers. AN z. 8,2%		1.024,92	1.639,87	3.074,76	6.149,51	7.805,70	7.805,70
% vom Einkommen		17,70	17,70	17,70	17,70	13,48	6,74

I Norge er alle med å betale  
Uansett stand eller inntekt

In Deutschland bezahlen **nur die abhängig beschäftigten** Arbeiter, Angestellten und Rentner, bis zu einem Monatseinkommen v. € 3750 (Beitragsbemessungsgrenze p.a. 45000, nur Krankenversicherung) u. wenige Selbständige, Freiberufler etc.

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Die Tabelle zeigt deutlich, in Deutschland zahlt die Personengruppe mit den niedrigen Einkommen prozentual überproportional in das Sozialsystem ein. Ab einem Einkommen > € 45.000 sinkt die Einzahlungsquote, sofern dieser Personenkreis dann überhaupt noch einzahlt. Beamte z.B. zahlen gar nicht ein. Aus alter Tradition gibt es das sog. Beihilfeverfahren für Beamte bei dem der Prinzipal (Vater Staat) seinem|er Beamten|in je nach Familienstand einen Zuschuss zu den Kosten einer Heilbehandlung gibt. Typisch 50%. Diese Kosten werden aus dem Steueraufkommen finanziert. Für den Rest versichert sich der Beamte selbst, meist privat. Das könnte man auch partielle Solidargemeinschaft nennen.

In Norwegen kommen alle steuerzahlenden Bürger für die Beiträge fast gleichermaßen auf. Das darf man Solidargemeinschaft nennen.

In beiden Ländern wird aus dem allgemeinen Steueraufkommen ein direkter Zuschuss in das Gesundheitssystem gezahlt. Dieser ist in Norwegen relativ hoch, in Deutschland, gerade nach der letzten sog. Gesundheitsreform und der Finanzkrise, kaum abschätzbar.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Krankenkassen / Trygdekasse



Trygdekasse, det finnes bare en trygdekasse, men regionale kontorer



Krankenkassen, z.Zt. noch ca. 239 & PKV. Vor ca. 10 Jahren waren es noch > 1200!

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Jede Krankenkasse in Deutschland hat ihren eigenen Verwaltungsapparat, Vorstand, Leistungsabteilung, Revisionsabteilung etc. etc.

Leider ist das gesamte System in sich eigentlich schwachsinnig. Gesundheitsminister Seehofer führte mit der großen Reform einen angeblichen Wettbewerb ein, der bis heute aber nicht innerhalb der gesetzl. GKV greifen konnte. Nach neuestem Stand stellt es sich so da: >99% aller Leistungen der Kassen sind identisch, inzwischen sind auch die Beiträge identisch, je nachdem wie eine Kasse wirtschaftet, darf sie im nachhinein von ihren Mitgliedern Gelder nachfordern oder ihnen erstatten. Dann gibt es den Morbiditäts-Risiko-Strukturausgleich, dafür wurde sogar 2008 eine neue Behörde gegründet! Nur Wettbewerb kann es so gar nicht geben, warum dann Hunderte von Kassen?

Allerdings gibt es in Deutschland einen Wettbewerb zu den privaten Krankenkassen, der erkennbar zu einer Bewusstseinsveränderung (2-Klassen Medizin) in der Bevölkerung führt. Der Anteil der Vollkostenversicherung liegt bei ca. 10%. Daneben gibt es eine Unzahl verschiedener Zusatzversicherungen für Krankenhausbehandlung, Brillen, Zahnbehandlungen, etc.

In Norwegen sind überall alle Leistungen gleich, aber man leistet sich, wenn man es so nennen mag, nur eine Kasse. Der behandelnde niedergelassene Arzt muss nicht schauen, wo ist der Patient versichert, welche Abkommen hat seine Kasse, mit welchem Pharmahersteller hat seine Kasse z.B. ein „Disease Management Programm“ (DMP z.B. für Diabetes) abgeschlossen usw. Der private Anteil steigt allerdings auch in Norwegen, hat allerdings bei weitem nicht das Niveau wie in Deutschland. Muß eine Behandlung „privat“ durchgeführt werden, weil das staatliche Gesundheitswesen dies nicht oder nicht zeitnah anbietet, zahlte „syketrygd“ einen Zuschuss zur privaten Behandlung.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

### Kennzahlen / nøkkeltall

**Öffentliche Gesundheitsausgaben (am BIP): 8,1 %**  
**Öffentliche Ausgaben für Bildung und Erziehung (am BIP): 7,7 %**  
**Öffentliche Ausgaben für Altersversorgung (am BIP): 10,7 % (2003)**  
**Medizinische Versorgung** Ärzte: 3,1/1000 Einw./iht. *Norsk Legeforening: 4,17/1000*  
**Krankenhausbetten:** 3,8/1000 Einw.  
**Säuglingssterblichkeit:** 3/1000 Geb.  
**Müttersterblichkeit:** 7/100 000 Geb.  
**Lebenserwartung:** Männer 78 J. , Frauen 83 J.



**Öffentliche Gesundheitsausgaben (am BIP): 8,2 %**  
**Öffentliche Ausgaben für Bildung und Erziehung (am BIP): 4,7 %**  
**Öffentliche Ausgaben für Altersversorgung (am BIP): 13,2 % (2003)**  
**Medizinische Versorgung** Ärzte: 3,4/1000 Einw.  
**Krankenhausbetten:** 8,9/1000 Einw.  
**Säuglingssterblichkeit:** 4/1000 Geb.  
**Müttersterblichkeit:** 4/100 000 Geb.  
**Lebenserwartung:** Männer 75,9 J. , Frauen 81,6 J.



Quelle: OECD & Spiegel online

Wolfgang Wannoff. Panacea **4U Hamburg**

Welche Kennzahlen generieren nun die beiden Systeme in Norwegen und in Deutschland?

(Bildung u. Erziehung ist rein informativ aus aktuellem Anlass aufgeführt)

Bei fast gleicher Ausgabenquote, etwas unterschiedlicher Performance in der Ärztedichte und KH-Betten-Dichte erreicht Norwegen eine deutlich höhere Lebenserwartung und sicher auch eine geringere Morbiditätsrate.



Dieses Poster der einzelnen deutschen Gesundheitskostenverursacher zeigt die völlig unübersichtliche Komplexität des Systems.

Die beste Darstellung des Posters erzielen Sie im Internet unter [www.imedo.de](http://www.imedo.de). Dort können Sie die einzelnen „Kostenstellen“ zoomen.

Die erreichte Komplexität ist wahrscheinlich der unrühmliche Garant für das nicht reformierbare System.

An dieser Stelle sollte nicht verschwiegen werden, dass insgesamt die Strukturen des norwegischen Systems flacher und transparenter sind. Die Delegation der unterschiedlichen Servicebereiche und damit die Finanzierung auf Landes-, Fylkes- und Kommunalebene macht diesen Teil des Gesundheitssystems in Norwegen sehr kompliziert. In der Kürze der Zeit gelang es mir leider nicht eine einfache schematische Darstellung zu erarbeiten.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Norwegens Gesundheitsbudget sinkt i.V.z. BSP/ Norge bruker stadig mindre på helse av BNI

OECDs helsestatistikk viser at Norges andel av BNI til helse har utviklet seg negativt de seneste årene:

2003 10,0 %  
2004 9,7 %  
2005 9,1 %  
2006 8,7 %

OECD Ø for 2006 = 8,9%

Utviklingen i Norges går i motsatt retning av andre land. Ingen andre OECD-land har en slik nedgang i helseutgiftenes andel av BNI. Sverige lå på samme nivå som Norge i 2005. I Sverige har det vært et politisk mål å bruke 10 % av BNI på helse, slik Norge gjorde i 2003.

BNI for Norge var i 2006 2.133.950 i overkant av 2,1 billioner kr. Dersom andelen av BNI brukt på helse hadde vært den samme i 2006 som i 2003, tilsvarer dette at vi hadde brukt 27,7 milliarder kr. mer i 2006 enn det vi faktisk gjorde. Da ville vi altså fortsatt brukt 10 % av BNI på helse, altså **ca 213,4** mrd. kr., i stedet for **ca 185,7** mrd. kr. som vi altså brukte i 2006. *COMPRENDE??*

Wolfgang Wannoff. Panacea *4U* Hamburg

Bitte beachten Sie den letzten Absatz. Auch die norwegische Bürokratie baut interessante Satzstellungen ;-)) Könnte vielleicht auch ein Satz von Lorient sein, aber den gibt es nur in Deutschland. Andererseits ist Norwegen reich an wirklich guten Komikern.

Norwegen liegt damit heute knapp unter OECD Schnitt, Deutschland noch etwas niedriger.

Wie sieht es nun mit den Leistungen aus?



## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Tilfreds, misfornøyd / Zufriedenheitsanalyse

13.08.2007 (Innovation Report  
Analyse in den neuen WSI-Mitteilungen)  
(Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut  
(WSI) der Hans-Böckler-Stiftung)

In den meisten Ländern der EU-15 ist die Zufriedenheit der Bürgerinnen und Bürger mit ihrem jeweiligen Gesundheitssystem seit Mitte der 90er Jahre drastisch gesunken. In Deutschland fiel der Rückgang überdurchschnittlich aus.

Neste bildet viser en mer differensert undersøkelse på forskjellige helsesystemer

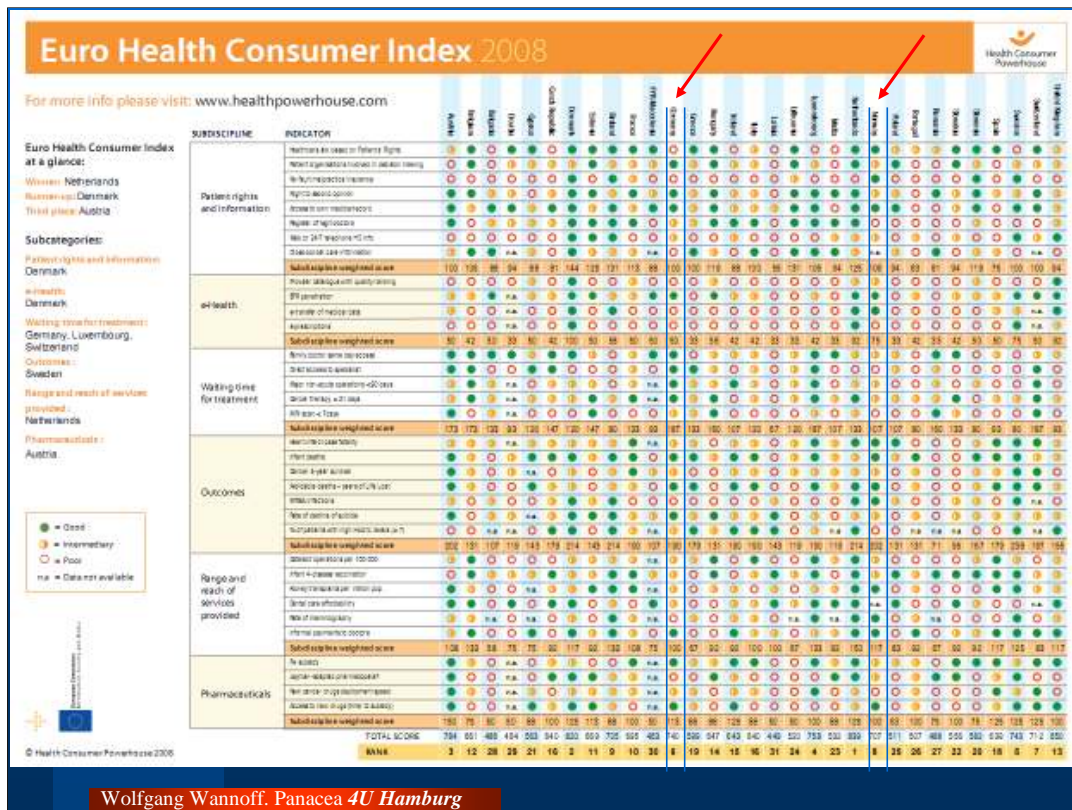


Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Weil fast überall das Gesundheitssystem in die nationalen öffentlichen Debatten mit den Vorzeichen „zu teuer“ und „zu wenig effizient“ geraten ist, bekommen die Bürger sicher mehr und mehr das (trügerische) Gefühl es stimmt etwas mit dem eigenen System nicht.

Dennoch steht die Masse der Bürger mehrheitlich dem eigenen System positiver als einem fremden System gegenüber. Deutschland ist eventuell hier auf einem anderen Weg. Die überwiegend positive Einstellung hat auch etwas mit Sicherheit und Vertrauen zu tun.

Interessant ist eine britische Untersuchung zum Thema: Die Bevölkerung ist mit übergroßer Mehrheit mit dem NHS in GB sehr zufrieden. Die gleiche Umfrage unter Beschäftigten des NHS ergab jedoch, dass sich nur eine Minderheit mit großem Vertrauen im eigenen System behandeln lassen möchte.



Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Nach dieser Studie der EU liegt Norwegen auf dem 8., Deutschland auf dem 6. Platz. Also auch hier stehen sich doch beide Länder sehr nah und könnten sich noch etwas verbessern. ([www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com))

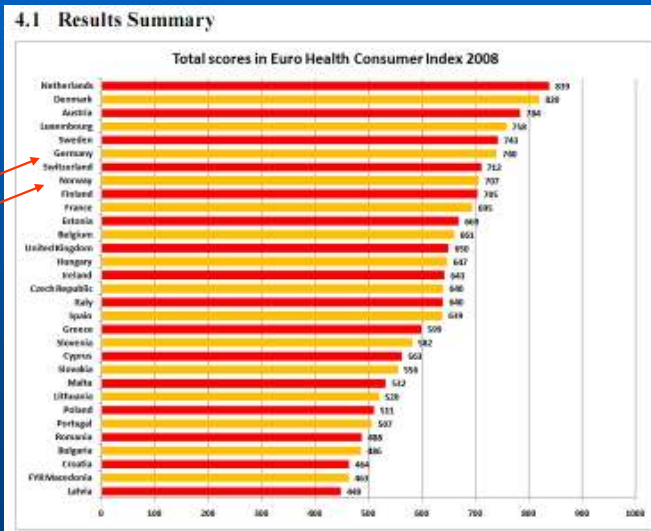
Interessant sind auch die einzelnen Positionen, die die Stärken und Schwächen des eigenen Systems beschreiben.

So hat Norwegen z.B. einen der vorderen Plätze im Bereich Nieren-Transplantation und einen der letzten Plätze bei der Einführung neuer onkologischer Medikamente.

Deutschland liegt gut bei der Erreichbarkeit von Fachärzten und eher schlecht beim Mamma screening.

# Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Objektive Platzierung / hvor står vi objektivt



Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Die Übersicht zeigt die objektive Platzierung als Zusammenfassung. Hierbei wird auch deutlich, dass die Gesamtabweichung der auf den vorderen Plätzen gesetzten Länder nicht so groß ist. Ausnahme die beiden Erstplatzierten, Niederlande und Dänemark.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Kommentarer fra Norge

### Norsk helse på syvendeplass i Europa

2007-10-02

Det norske helsevesenet er slett ikke blant Europas beste, viser en ny sammenligning av helsetilbudet i vår verdensdel. Land som Frankrike, Tyskland og Sverige får en bedre vurdering.

Dagens Medisin 10. Febr. 2007

### Hvorfor er norsk helsevesen dyrest?

GRETE BOTTEN-

professor, Institutt for helseledelse, Universitetet i Oslo HELSEØKONOMI.

Hverken mer sykdom eller bedre kvalitet kan forklare at helsetjenesten er så mye dyrere i Norge enn i de andre nordiske landene.

Aftenposten 7. Febr. 2008

Wolfgang Wannoff. Panacea 4U Hamburg

Die Kommentare sollen das Bild in einer Öffentlichkeit widerspiegeln.

Der 2007er Kommentar aus „Dagens Medisin“ gibt das Bild Norwegens wider: Medizin gehört nicht zu den Besten, andere sind besser. Wenn man die EHC Statistik der vorigen Seite betrachtet, sieht das Bild differenzierter aus.

Der 2008er Kommentar aus „Aftenposten“ von Prof. Botten impliziert, dass Norwegen eine sehr teure medizinische Versorgung hat. Die OECD Statistiken bestätigen dies so nicht.

Wenn man die öffentliche Presse und Diskussion in Deutschland verfolgt, erlangt man fast identische Erkenntnisse.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Kommentare aus Deutschland

### Jeder kämpft gegen Jeden

So langsam wird es unerträglich, was sich in unserem Gesundheitssystem abspielt. Das Motto lautet: Jeder kämpft gegen jeden. 2006 deutschlandweite Großdemos der KH-Ärzte, nun protestierten die Hausärzte gegen die Kassen und die Bundesregierung; es folgten die niedergelassenen Fachärzte, die aus – berechtigter – Furcht vor einer Praxis-Pleite mobil machten.

Quelle: Frankenpost 28.03.2009 Werner Mergner

In diesem Artikel drückt sich der Frust der Ärzte in Deutschland aus.

Siehe auch Jette Pahlke's Vortrag und Buch über Handlungskompetenz in Norwegen und kulturelle Unterschiede zwischen Norwegen & Deutschland

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

In diesem Kommentar spiegelt sich tatsächlich das subjektive Empfinden der Hauptakteure wider. Trotz einer Ausschüttung von fast € 3 MRD zusätzlich an die niedergelassenen Ärzte in diesem Jahr, bekommt man das Gefühl man muss sich um die wirtschaftliche Existenz seines Arztes ernste Sorgen machen. Warum ist das so?

Bei ca. 137500 niedergelassenen Ärztinnen u. Ärzten macht das rein rechnerisch ca. € 21.800,00 je Arzt. (Natürlich wurde aus ordnungspolitischen Gründen nicht gleichmäßig verteilt)

Die Verteilung der Gelder geht nicht von der Regierung direkt an die Ärzte, sondern über die KV'en (Kassenärztliche Vereinigungen) Dies ist eine paritätisch von Ärzten und Kassen besetzte Clearingstelle.

Allerdings ist der gesamte Verteilungsprozess so komplex und partiell auch von der Politik verschuldet, dass kaum ein einzelner Mensch den Überblick hat.

Trotzdem muss man sich fragen „Reden die dort miteinander“, siehe Vortrag Jette Pahlke von März 2009 bei Peer Gynt. Wenn man die öffentlichen Diskussionen zwischen Politikern und Verbänden, und Verbänden mit Verbänden verfolgt, gelangt man eher zu der Erkenntnis eines gegenseitigen Hauens und Stechens. Dies würde wahrscheinlich in Norwegen anders gelöst.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Fastlege ordning versa freie Arztwahl

### Einer der größten Systemunterschiede stellt sich in der Primärversorgung da.

Fastlegeordnung. Jeder Einwohner Norwegens hat seinen „fastlege“. Auf deutsch umgesetzt bedeutet dies ein fest zugeordneter Hausarzt nach freier Wahl der auch „gate keeper“ für alle weiteren Gesundheitsdienstleistungen ist. Dies wurde vor Jahren in Deutschland unter dem Stichwort „Lotsenfunktion“ diskutiert und verworfen.

In Deutschland gibt es die freie Arztwahl zu Haus- und Fachärzten und für Krankenhausbehandlung. Größter Kritikpunkt an dieser schönen Möglichkeit ist das sog. „Arzt-Shopping“. Dies führt sicher zu immensen zusätzlichen Kosten unbekannter Größe

Norwegen kennt traditionell eine Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten, die limitiert sind. Deutschland kennt seit 2004 die Praxisgebühr einmal / Q. € 10,00 ggf. auch für Z-Arzt und im KH gelten weitere Regelungen

Wolfgang Wannoff. Panacea 4U Hamburg

Ist jemand in Deutschland mit der Aussage seines (eines) Arztes nicht einverstanden, geht er zum nächsten, auch zum Facharzt. Ggf. fallen erneut Laborkosten und weitere teure „Apparate Diagnostik“ an, eventuell auch Medikamente doppelt und dreifach. Hier entstehen vermeidbare Kosten.

Bei der norwegischen fastlege ordning wird dies vermieden.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

### Performance des deutschen Gesundheitswesens

Tabelle A Versorgungsniveau der 14 Länder mit Gesundheitsleistungen nach Höhe des Versorgungsindex

Land	Versorgungsindex: Gesundheitsleistungen
Deutschland	119
Österreich	116
Belgien	112
Schweiz	108
Niederlande	104
Japan	102
Frankreich	102
Dänemark	100
Durchschnitt	100
Schweden	98
Kanada	96
Italien	94
Großbritannien	89
Australien	80
USA	77

Quelle: igsf, 2005, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System Forschung - Kiel

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Land	Effizienz
Italien	62
Belgien	70
Kanada	83
Deutschland	86
Großbritannien	86
Frankreich	89
Australien	91
Schweden	95
Japan	95
Österreich	99
Durchschnitt	102
Niederlande	105
Dänemark	118
Schweiz	122
USA	228

Quelle: Eigene Berechnung und Zusammenstellung, Kursiv: Länder mit unzureichenden Daten

Nur Italien, Belgien und Kanada setzen nach dieser Aufstellung Finanzmittel zur Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheits- und Geldleistungen effizienter ein. Diese Länder haben allerdings auch eine unzureichende Gesundheitsberichterstattung, wobei insbesondere die Kosten für das Gesundheitswesen zu gering ausgewiesen werden.

Dessen ungeachtet hat Deutschland ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen. Bei einer realistischen Angabe der Ausgaben in allen Ländern hätte Deutschland im Vergleich der 14 Länder vermutlich sogar das effizienteste Gesundheitswesen überhaupt.

Das Fritz Beske Institut hat eine interessante Studie z.T. auf der Grundlage von OECD Erhebungen gemacht. Leider wurde Norwegen nicht explizit gefiltert.

Es zeigt jedenfalls eine erstaunliche Performance des deutschen Gesundheitssystems. Bestleistung bei unterdurchschnittlichen Kosten. Die gefühlte Performance war auch 2005 eher wie heute.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem ist schlecht & teuer ....

„Deutschland hat im internationalen Vergleich nachweislich ein umfassendes, ein preiswertes und damit ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen“, so das Urteil von Prof. Fritz Baska, Leiter des renommierten Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung, IGSF, bei der Vorstellung des 479-seitigen Gutachtens mit dem Titel

### Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich.<sup>†</sup>

<sup>†</sup> Die Studie „Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich“ von Prof. Baska ist als Band 104 in der Schriftenreihe des Fritz Baska Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel in zwei Bänden erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 15 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel, Tel. 0431 - 800 60 - 0, Fax: 0431 - 800 60 - 11, E-mail: [info@igsf-stiftung.de](mailto:info@igsf-stiftung.de).

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Die Hardcopy ist im Institut vergriffen. Wer sich interessiert, kann die Studie als PDF Dokument bestellen. ([www.igsf-stiftung.de](http://www.igsf-stiftung.de))



## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

~~Der Mensch steht im Mittelpunkt – und damit immer im Weg.~~

### Zu wenig Zeit für Patienten

In keinem anderen Land Europas nehmen sich Ärzte weniger Zeit für ihre Patienten als in Deutschland - und der Nutzen der medizinischen Maßnahmen bleibt häufig unklar.

Bereits seit längerer Zeit mahnt Sawicki, man müsse mehr Geld im Gesundheitswesen für die menschliche Zuwendung ausgeben und weniger für Diagnostik, neue Technik oder neue Therapien, die vor allem der Pharmaindustrie oder den Geräteherstellern nützen. Die aktuelle IQWiG-Studie unterstützt nun seine Kritik. Auch der Arzt **Harald Kamps** hatte kürzlich in der *Süddeutschen Zeitung* berichtet, dass Gespräche zwischen Patient und Hausarzt in Deutschland im Schnitt acht Minuten dauern. Um mehr als 50 Menschen kümmert sich der Mediziner in seiner Praxis manchmal - am Tag. Das IQWiG berichtet im BMJ sogar von **56 Patienten**, die in **Deutschland** an einem Tag einen Termin beim selben Arzt bekommen. In **Norwegen**, wo Kamps zuvor gearbeitet hatte, waren es etwa **halb so viele**.

Quelle: SZ 18.11.2008 Nach einer Studie des IQWiG

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Ein ganz wichtiges Unterscheidungsmerkmal in der Primärversorgung von Patienten ist, dass der deutsche Hausarzt mehr als doppelt so viel Patienten sieht per Tag als der norwegische Hausarzt. Dies hat nicht nur mit der Tagesarbeitszeit zu tun. Die Zeit, die sich ein Arzt in Deutschland einem Patienten widmet, ist deutlich geringer als in Norwegen, zum Vorteil der Apparatemedizin.

Dies hat wahrscheinlich auch seine Ursache in den Gebührenkatalogen, wo die Beratungsleistung (Gespräche) in Deutschland deutlich schlechter bewertet wurden als die „Apparatemedizin“.

IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Ltr. Prof. Sawicki.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

### Einkommensunterschiede Ärzte / lønnsforskjell leger

Deutschland / Norwegen				
		Facharzt Urologie West (12h/Woche)	Facharzt N (auf 52h/Woche)	Differenz
Stufe 1		4.890	7.840	-2.950 (60,3%)

Quelle: HEDIG, Facharztentlohnung Norwegen

gültig ab: 01.01.2008

Einkommensgruppe	Mit Beginn des ... Jahres der Tätigkeit				
	Stufe 1 01.1.2008	Stufe 2 01.2.2008	Stufe 3 01.3.2008	Stufe 4 01.4.2008	Stufe 5 01.5.2008
A1 A1E	3.800,00	3.720,00	3.660,00	4.000,00	4.380,00
Wohnzuschlag	180,00	180,00	180,00	180,00	180,00
A2 Facharzt	4.800,00	4.800,00	5.800,00	6.400,00	6.800,00
Wohnzuschlag	280,00	280,00	280,00	280,00	280,00
A3 Oberarzt	3.800,00	3.800,00	4.800,00		
Wohnzuschlag	180,00	180,00			
A4 Leitender Oberarzt	5.800,00	6.800,00			
Wohnzuschlag	280,00				
A5 Leitender Oberarzt	8.800,00	9.800,00			
Wohnzuschlag	380,00				

Ved lønnsforskjell i ulike land må det i tillegg tas hensyn til forskjell på leveomkostnader og levestandard

Einkommensvergleiche in verschiedenen Ländern sollten die Unterschiede in den Lebenshaltungskosten und Lebensstandard berücksichtigen

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Kommen wir der Frage „...warum mögen deutsche Ärzte Norwegen“ jetzt auf die Spur?

Die Einkommensunterschiede zwischen deutschen & norwegischen Ärzten sind schon gravierend, allerdings müssen die unterschiedlichen Lebenshaltungskosten berücksichtigt werden, die in Norwegen bekanntermaßen höher als in Deutschland sind.

Weiterhin ist aber zusätzlich zu bewerten, dass in Norwegen selbstverständlich jede Überstunde auch bezahlt wird.

Ein besonders starkes Beispiel ist z.B. in Deutschland das PJ (praktisches Jahr; in Norwegen = turnus)

Nach dem III. und letzten Staatsexamen „rotiert“ der / die junge Mediziner/in durch verschiedene KH-Abteilungen, macht dabei selbständig Patientenaufklärungen, Anamnese Erhebungen, etc. Verdienst z.B. in allen Hamburger KH's € = 0,00 per Monat und p.a., in Norwegen ca. € 3.500,00 p. Monat.

## Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Woher kommen die Ärzte in Norwegen / hvorfra kommer legene i Norge

Leger i Norge <67 år etter statsborgerskap

Statsborgerskap →	13.08.2001	12.08.2002	11.08.2003	16.08.2004	15.08.2005	07.08.2006	13.08.2007	05.08.2008	% 2001-2008
Norge eller ukjent	13.849	14.170	14.569	15.047	15.340	15.748	16.252	16.789	21
Tyskland	540	593	620	663	661	685	731	779	44
Totalt Norden utenom Norge	1.191	1.173	1.200	1.226	1.135	1.057	1.098	1.145	-4
Totalt EU-land før 1.5.2004, utenom Norden	775							1.066	38
Totalt de 10 nye EU-land fra 1.5.2004	105							272	159
Totalt utenom Norden og dagens EU og Sveits (dvs utenom totalt 29 land+1+1)	456							906	99
Totalt utenlandske	2.511							3.172	26
Totalt	16.360							19.961	22

**Tagesaktuell v. 30.03.2009 arbeiten 803 dt. Ärztelinnen in Norwegen. D stellt immer noch die am stärksten wachsende Gruppe. Durchschnittsalter 42,7 J. Frauenanteil 38% Die Gruppe der Fachärzte steigt.**

24,55 %

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Der Anteil deutscher Ärzte in Norwegen ist sehr hoch und noch immer stellt Deutschland die Gruppe mit dem stärksten Wachstum. Der Anteil von Fachärzten steigt.

Ca. jeder 25. Arzt in Norwegen ist Deutscher. Es wird wohl nur wenige KH's geben, in denen kein deutscher Arzt tätig ist.

Nach Auskunft des Norwegischen Ärztevereins sind z.Zt. 29 norwegische Ärzte/Ärztinnen registriert in deren Vereinsregister, die z.Zt. in Deutschland tätig sind. Diese Zahl könnte noch durch nicht-Vereinsmitglieder etwas erhöht werden. Die Gruppe der deutschen Mediziner ist ziemlich genau bekannt s.o.

In den 60er und 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts studierte eine sehr große Zahl von Norwegern in Deutschland. Viele blieben danach in Deutschland oder kamen später wieder. Diese Quelle ist leider versiegt. Warum? Norwegische Schüler lernen kaum noch Deutsch. Eine Uni Krakau wird teilweise höherrangig gestuft als eine Uni Hamburg und viele weitere Gründe. Siehe hierzu auch den Peer Gynt Vortrag von Christian Myklestad 2008.

## „Tyske leger trives i Norge“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

#### Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland

Arztgruppe	Abgang 2007 bis 2012	Abgang 2007 bis 2017
Krankenhausärzte	7 598	17 827
Hausärzte	15 376	27 338
Fachärzte	18 158	31 820
Summe	41 132	76 975

Quelle: BÄK / KBV Dr. Th. Kopetsch 2007  
verlässliche Zahlen für Norwegen liegen ebenfalls nicht vor.

Wolfgang Wannoff. Panacea 4U Hamburg

Die Abgänge deutscher Ärzte durch Erreichen der Altersgrenzen. Für niedergelassene Ärzte wurde die Altergrenze gerade wieder aufgehoben, nicht jedoch für KH-Ärzte.

In Schleswig-Holstein hat eine Hausarzt, der bereits seit Jahren im Ruhestand war, als 71-jähriger seine Landarztpraxis wieder eröffnet. Leider wird uns auch dieser mutige Schritt eines einzelnen Arztes nicht retten.

Ich empfehle den Erwerb und das Studium des Buches „Der kleine Hausarzt – do it your self im Küchen OP“

## „trives tyske leger i Norge og hvorfor?“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Warum gehen deutsche Ärzte nach Norwegen / hvorfor går tyske leger til Norge



Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg

Der Kreis ist fast geschlossen. Die Bilder am Ende des Vortrages gleichen denen vom Anfang.

## „trives tyske leger i Norge og hvorfor?“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

Warum gehen deutsche Ärzte nach Norwegen / hvorfor går tyske leger til Norge



Wolfgang Wannoff. Panacea 4U Hamburg

Es ist schwer ein hervorragendes Merkmal zu finden, warum deutsche Ärzte so gern nach Norwegen gehen möchten. Es gibt meines Wissens auch keine nachprüfbaren Untersuchungen hierüber.

Wahrscheinlich ist, dass es eine Mischung aus mehreren Faktoren gibt, die zu diesem Ergebnis führen.

- Norwegen hat in Deutschland grundsätzlich ein positives Image
- Die Einkommenssituation ist, auch Kaufkraft bereinigt, günstiger
- Das Norwegen familienfreundlich ist, lässt sich wahrlich nicht bestreiten
- Die Arbeitsbedingungen sind deutlich besser
- Die Quality of Life ist höher, auch nach einer OECD Studie

Für mich ist allerdings immer wieder erstaunlich, wie viele deutsche Ärzte den Wunsch haben in Norwegen tätig zu werden ohne jemals auch nur als Tourist im Land gewesen zu sein. Auch das ist wohl letztlich ein Positivum.

Asklepios erscheint jetzt wieder mit Kopf, wie er im Louvre weilt. Das kommt den Norwegern wohl zugute. Der Asklepios ohne Kopf steht im Pergamon Museum in Berlin, na wenn das kein Zeichen ist.

## „Tyske leger trives i Norge“

### Das norwegische und das deutsche Gesundheitssystem

En stor takk til alle som ha vært med å hjelpe til å få tallene og fakta på plass, spesielt:



#### Christian Myrstad

turnuslege i Levanger hat mir geholfen meine Kenntnisse zum norwegischen Gesundheitssystem zu aktualisieren.



#### Jette Katrin Pahlke

forfatter "Beruflich in Norwegen" Als angelegener Norweger habe ich vieles zwischen Norwegern u. Deutschen erst nach Ihrem Vortrag bei Peer Gynt und der Lektüre Ihres Buches begriffen

#### Anders Taraldset

statistik sjef i Legeforeningene konnte mir die richtigen Pfade in den Wirrungen der vielen Studien zeigen.

Wolfgang Wannoff, Panacea 4U Hamburg, [hw@panacea.de](mailto:hw@panacea.de)



Danke für die Geduld. Für Anregungen und Kritik habe ich immer ein offenes Ohr. Das zweite Ohr dient...