

G. Egidi

Hausarzt-Medizin in Dänemark – ein Bericht aus dem Professionalisierungskurs der DEGAM

General Medicine in Denmark – A Report of the Course of Professional Development of the German College of General Practice and Family Medicine (DEGAM)

Zusammenfassung

Zur Verbesserung der akademischen Qualifikation ihrer Mitglieder führt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) seit einigen Jahren so genannte Professionalisierungskurse durch. Obligater Bestandteil dieser Kurse ist ein einwöchiges Auslands-Praktikum. Der Autor studierte eine Woche lang in Kopenhagen die dänische Hausarzt-Medizin. Ergebnis: die dänische Hausarzt-Medizin ist hoch qualifiziert und zugleich sehr preiswert. Die Ausbildung von Studierenden und AssistenzärztInnen erfolgt auf wesentlich höherem Niveau und systematischer als in Deutschland. Dänische HausärztInnen arbeiten weniger als ihre deutschen KollegInnen und haben mehr Zeit für ihre PatientInnen, werden zugleich aber ausreichend honoriert.

Schlüsselwörter

Hausarztmedizin · Dänemark · Professionalisierungskurs · Ausbildung · Arbeitszeiten · Kosten

Abstract

Starting some years ago the German College of General Practice and Family Medicine (DEGAM) is conducting courses of professional development for higher academic qualification of German general practitioners. Part of this course is a one week elective in a foreign country with a well established primary care system. Result: general practice in Denmark offers high quality at a modest price. The level of education of students and young doctors seems to be better and more structured than in Germany. General practitioners in Denmark are working less than their German colleagues and have more time for their patients but are fairly paid as well.

Key words

General practice · Denmark · academic professional development · students education · working time · costs

Ablauf des Auslandspraktikums

Obligater Bestandteil des Professionalisierungskurses der DEGAM ist ein einwöchiges Praktikum in einem Land mit einer gut etablierten Allgemeinmedizin. Ein solches Praktikum absolvierte ich in der Zeit vom 5. bis 9. September 2005 in Kopenhagen/Dänemark. Die Kontaktaufnahme erfolgte via Internet über den dänischen Hausärzteverband (Praktisierende Lægers Organisation – PLO). Jens-Åge Stauning, Arzt der Hausarztpraxis an der Kopen-

hagener Universität, stellte einen kleinen Besuchsplan zusammen und ermöglichte diverse Kontakte.

Besichtigt wurden neben der Universitäts-Praxis zwei weitere hausärztliche Gemeinschafts-Praxen, eine Apotheke, der Studentenunterricht an der Universität, die allgemeinmedizinische Forschungseinheit an der Kopenhagener Universität, zwei Altenpflegeheime, die hausärztliche Laborgemeinschaft und die Kopenhagener Notdienst-Zentrale.

Institutsangaben

Facharzt für Allgemeinmedizin, Bremen

Korrespondenzadresse

Günther Egidi, Facharzt für Allgemeinmedizin · Huchtlinger Heerstr. 41 · 28259 Bremen ·
E-mail: familie-egidi@nord-com.net

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 11–17 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-921352
ISSN 0014-336251

Die Verständigung erfolgte in den meisten Fällen – völlig problemlos – auf Englisch. Von den KollegInnen der allgemeinmedizinischen Universitätsabteilung erhielt ich ein Buch über Allgemeinmedizin in Dänemark [1], aus dem die meisten Angaben in diesem Aufsatz entnommen sind.

Gesundheitswesen und Praxisorganisation

Es gibt in Dänemark zzt. 3 595 HausärztInnen in 2 200 Praxen. Im Jahr 2003 waren 64% der 2 216 Praxen Einzelpraxen und 36% Gruppenpraxen. Der Anteil der Einzel- und Gruppenpraxen betrug 1973 noch 73% resp. 27%. 45% der männlichen, aber nur 30% der weiblichen Ärzte arbeiten allein. 22% der Einzel- und 9% der Gruppenpraxen waren Teil eines Netzwerks für Urlaubs- und Fortbildungsververtretungen (netværkspraxis). In Gegenden mit hohem Urbanisierungsgrad (z. B. Kopenhagen) arbeiten 62% der ÄrztInnen alleine, in dünn besiedelten Gegenden wie Ringkøbing Amt nur 39%.

Im Jahr 2003 betreute eine durchschnittliche Allgemeinpraxis 1 514 gesetzlich Kranken-Versicherte (nicht gleichzusetzen mit tatsächlich konsultierenden Patienten!). Eine Praxis kann bei Überschreiten einer Zahl von 1 600 den Zugang zur Praxis sperren (32% der Praxen machten hiervon Gebrauch). Für eingeschriebene Personen soll die Wartezeit bis zu einem Konsultations-Termin 5 Werktage nicht überschreiten. Mehr als 2 500 Patienten sollen nicht auf einer Liste eingeschrieben sein.

Staatliche Krankenversicherung

Nahezu alle Patienten werden von der staatlichen Krankenversicherung „Sygesikring“ versorgt. Praxisgebühren werden nicht erhoben (allerdings wird über dieses Thema diskutiert). Bislang ist man in Dänemark stolz darauf, dass man damit ein Ziel der WHO erfüllt: eine frei zugängliche, mit wenig Technologie versehene „Frontlinien-Funktion“ mit der Möglichkeit, von dort aus Spezialisten aufzusuchen.

Praxisbudgets

Eine Budgetierung wie bei uns gibt es nicht (die Angelegenheit ist aber im Fluss). Die Krankenversicherung besitzt ja alle statistischen Daten – liegt eine Praxis mehr als 25% über dem Durchschnitt des Bezirkes, wird sie wie bei uns zum Gespräch in ein gemeinsames Gremium aus Hausärzterverband (dieser vertritt automatisch alle Kassenärzte) und Krankenversicherung geladen. Hat die Praxis keine plausiblen Argumente, wird ihr sehr deutlich eine Änderung nahe gelegt – genauso im Übrigen, wenn sie mit bestimmten Leistungen wesentlich unter dem Durchschnitt liegt.

Medikamenten-Budget

Die Verantwortung für das Arzneimittelbudget liegt nicht beim Arzt, sondern beim Apotheker, der verpflichtet ist, das jeweils preiswerteste wirkstoffgleiche Medikament herauszusuchen.

Analog-Präparate (Beispiel: Glibenclamid anstelle von Glimepirid) darf er aber nicht substituieren. Da die Patienten die ersten 520 DKR (dänische Kronen) ohnehin selbst zahlen müssen, haben sie meist selbst ein Interesse daran, möglichst preiswerte Medikamente zu bekommen. Sind sie damit nicht einverstanden, müssen sie die Differenz zuzahlen. Der Apotheker bekommt wie seit 2004 bei uns einen festen, vom Medikamenten-Preis unabhängigen Betrag von der Krankenversicherung. Überschreitet er sein Budget wesentlich, kann er in Regress genommen werden. Mittellose Personen können bei der Kommune eine Bescheinigung erhalten, dass bestimmte oder auch alle Medikamente von der Zuzahlung ausgenommen werden.

Ein typischer Tagesablauf in einer dänischen Hausarztpraxis

Landesweit sind die meisten Praxen von 8.00–16.00 Uhr geöffnet. Wenn man seinen Hausarzt sprechen möchte, ruft man täglich von 8.00–9.00 Uhr in der so genannten „Telefontid“ an – in dieser Zeit finden in einer Praxis durchschnittlich 15–20 telefonische Konsultationen statt. Für jede persönliche Konsultation werden zwischen 10 und 15 Minuten angesetzt, für eine Kinder- oder Schwangeren-Vorsorge 20–30 Minuten.

Um 13.00 Uhr ist für alle dänischen Hausarztpraxen „Frokost-Tid“ – das Praxisteam sitzt zusammen und isst gemeinsam. Dieser Umstand ist den dänischen PatientInnen bekannt. In dieser Zeit ruft man seinen Hausarzt nicht an. Nach 16.00 Uhr ist der ärztliche Notdienst zuständig.

Im Durchschnitt behandeln dänische HausärztInnen 24 Patienten täglich und führen 3 Hausbesuche pro Woche durch. Die durchschnittliche Zeit je persönliche Konsultation beträgt 14 Minuten.

Leistungs-Spektrum dänischer Hausarzt-Praxen

Die HausärztInnen führen so gut wie keine apparativen Schwangeren-Untersuchungen durch. Es wird gewogen, Blutdruck und Symphysen-Fundus-Abstand gemessen, der Bauch wird von außen palpirt, eine Urinprobe untersucht und der fetale Herzschlag auskultiert (evtl. eine Doppleruntersuchung vorgenommen). Ein Labor-Screening für Schwangere findet auf Parvovirus, Toxoplasmose, Hepatitis B und Röteln statt, zudem wird die Blutgruppe untersucht. Einen Mutterpass gibt es wie bei uns. In der 11.–13. Schwangerschaftswoche (SSW) wird je nach Alter der Schwangeren und je nach β -HCG-Wert in der Klinik auf Neuralrohrdefekte und M. Down untersucht, in der 18. SSW findet ein „full check“ statt, beidesmal mit sonographischen Kontrollen. Die diesbezüglichen Qualitäts-Kontrollen sind extrem streng – entsprechende Sonographie-Befunde werden per E-mail zu einem Spezialisten in Großbritannien (!) gesandt. Bei Neugeborenen wird auf Toxoplasmose, Hypothyreose und Phenylketonurie untersucht.

In Kopenhagen werden in den Praxen kaum EKGs geschrieben – die Patienten werden hierfür wie auch oft zur Blutentnahme in die hausärztliche Laborgemeinschaft überwiesen. Dort arbeiten mehrere Kardiologen, die die EKGs umgehend auswerten und be-

Tab. 1 Ausstattung der Praxen (aus Daten von Århus Amt aus 2003)

	Häufigkeit in den Praxen in %
biochemische Analysen	
INR	24,3
CRP	77,9
Kreatinin	1,1
photometrische Blutzuckermessung	96,4
photometrische Hb-Bestimmung	98,2
Schwangerschaftstest	99,6
Streptokokken-A-Test	98,9
Stuhl-auf-Blut-Test	34,4
BSG	86,2
Zentrifuge für Vorbereitung von Blutproben	89,1
physiologische Untersuchungen	
Peakflow-Meter	80,8
Spirometrie	84,4
EKG	83,3
Tympanometrie	55,4
Audiometrie	61,2
Pricktest	0,0
Blutdruckgeräte zum Mitgeben für Selbstmessungen	93,1
biologische Untersuchungen	
Urin-Resistenzbestimmungen	75,7
Bakterien-Bestimmung im Urin	87,3
Pilz-Bestimmung	14,9
Mikroskopie	
Lichtfeld-Mikroskop	23,2
Phasen-Kontrast-Mikroskop	66,3
Leukozytenzählung	5,1

darfsweise auch Ergometrien durchführen. Auch Langzeit-Blutdruckmessungen werden eher selten durchgeführt. Die Patienten bekommen oft Blutdruck-Geräte leihweise mit nach Hause.

Impfungen

Kinder bekommen Impfungen gegen Polio, HIB, Keuchhusten. MMR und nach der Grundimmunisierung alle 5 Jahre gegen Tetanus/Diphtherie. Gegen Hepatitis B wird nicht geimpft

Erwachsene bekommen keine Impfungen – in einigen Landkreisen wird die Grippe-Impfung für über 65-Jährige diskutiert.

Folgende Durchimpfungsraten wurden erreicht:

- 95–98% für alle 3 TDPert-Polio- sowie HIB-Impfungen
- 96% erste MMR-Impfung
- 88% zweite MMR-Impfung

Vorbeugung vor kardiovaskulären Erkrankungen

Eine spezielle Vorsorgeuntersuchung wird ab einem kardiovaskulären 10-Jahres-Risiko von 20% finanziert. Ein Bevölkerungsbezogenes Screening wie bei uns mit der Gesundheitsvorsorge-Untersuchung gibt es in Dänemark nicht.

Screening

Es gibt weitaus weniger Screening-Programme als in Deutschland.

In Dänemark werden staatlich angeboten und organisiert:

- Neonatologisches Screening
- Schwangeren-Screening
- Zervix-Abstriche für alle 43–59-jährigen Frauen alle 3 Jahre
- Mammographie alle 2 Jahre gibt es in 4 von 17 Landkreisen für 50–69-jährige Frauen
- In 2 Landkreisen gibt es die Vorsorge-Koloskopie.

Es gibt keine

- rektale Krebs-Vorsorge-Untersuchung
- Gesundheits-Vorsorge-Untersuchung mit BZ- und Cholesterin-Kontrolle
- PSA-Messung
- Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl.

Papierlose Praxis

Rezepte werden für die Patienten ausgedruckt (können aber auch – mit Vorbehalt – von den Schwestern erstellt werden). Die Apotheke fragt dann online bei den Ärzten an, die – ebenfalls online – das Rezept verändern, streichen oder bestätigen können.

Überweisungen werden fest adressiert – meist gehen sie ohnehin an eine Klinik bzw. Klinik-Ambulanz (beispielsweise gibt es kaum niedergelassene Urologen). Das eigentliche Formular wird dem Patienten ausgedruckt mitgegeben – auf dem Umschlag stehen Name und Adresse des jeweiligen Spezialisten. Die meisten Praxen arbeiten komplett ohne Papier-Dokumentation. Es wird streng darauf geachtet, die elektronischen Kartei-Einträge so knapp wie möglich zu halten. Angeforderte Laborwerte kommen vom Labor online auf den PC-Schirm – die Ärzte setzen ein Zeichen, dass sie sie zur Kenntnis genommen haben. Es wird ein elektronischer Terminkalender geführt, in den die ÄrztInnen während der Konsultation selbst Folgetermine eingeben und diese den Patienten auf einem kleinen Blanko-Zettel ausdrucken. Eine Foto-Dokumentation habe ich nicht gesehen (sie ist wohl auch nicht üblich).

Die meisten Praxis-Software-Systeme sind DOS-basiert. Die Benutzung der ICPC-Kodierung im PC ist nicht obligatorisch, aber verbreitet. Inzwischen benutzen 16% der Allgemeinpraxen diese Kodierung mit steigender Tendenz. 2003 waren 93% der Praxen mit EDV ausgestattet. Die 6 größten Programmanbieter versorgen 80% des Marktes. 86% haben einen Internet-Anschluss, fast die Hälfte benutzt ihn täglich. 83% betreiben eine tägliche Datensicherung, 90% haben ein Antivirusprogramm installiert, 61% eine Firewall.

Über den dänischen Hausärzterverband werden Leitlinien-Empfehlungen herausgegeben, die bei Anwählen einer Diagnose im Praxis-PC über Aktivierung einer Makro-Funktion auf dem Bildschirm erscheinen und systematisch abgearbeitet werden können. Inhaltlich war ich mit einigen Leitlinien aber nicht unbedingt einverstanden – so wurde bei Diabetikern beispielsweise unabhängig von ihrem individuellen kardiovaskulären Risiko ge-

nerell eine Statin-Behandlung empfohlen. Die Ärzte haben – ohne Budget-Verantwortung – dagegen nicht viel einzuwenden.

Verhältnis zu Spezialisten

Das dänische Gesundheitswesen ist komplett auf die hausärztliche Versorgung zentriert – es gibt fast keine ambulant tätigen SpezialistInnen. Kinder-, Schwangeren- und gynäkologische Krebsvorsorgen werden selbstverständlich in den Hausarzt-Praxen mit durchgeführt.

Jede/r in der staatlichen Krankenversicherung Versicherte trägt sich bei einem Hausarzt in die Liste ein – es gibt nur sehr wenige Patienten, die nicht an diesem System beteiligt sind. Name und Telefonnummer des Hausarztes sind Bestandteil der Angaben auf der Krankenversicherungs-Karte.

Das Selbstbewusstsein dänischer HausärztInnen kommt u.a. auch darin zum Ausdruck, dass man von SpezialärztInnen für Allgemeinmedizin spricht.

Die Überweisung zur spezialistischen Versorgung an den Krankenhausambulanzen ist für Hausarzt-Patienten leicht möglich (während hierzulande etliche Spezial-Ambulanzen Überweisungen von den entsprechenden Spezialisten verlangen).

Ein- bzw. Überweisungen finden insgesamt in 10% der Konsultationen statt.

- zu Spezialisten (meist in einer Krankenhausambulanz) 5%
- zum Laboratorium (auch für EKG, Blutentnahme...) 2,5%
- zum Röntgen 2%
- Einweisung ins Krankenhaus 1%

Obwohl die HausärztInnen nur selten die Behandlung an SpezialistInnen abgeben und damit für einen erheblich größeren Anteil der ambulanten Versorgung verantwortlich sind als in Deutschland, liegen die Ausgaben für die hausärztliche Versorgung in Dänemark mit 150 € pro Versicherten und Jahr auf einem sehr niedrigen Niveau.

Allgemeinmedizinische Forschung

In den 90er-Jahren begann die dezentrale Forschung mit drei Abteilungen an den drei medizinischen Fakultäten des Landes (Århus, Odense und Kopenhagen). 2500 Allgemeinmediziner sind in der dänischen Schwester-Organisation der DEGAM, der DSAM (Dansk selskab for almen medicin) organisiert – zudem auch noch 500 Weiterbildungsassistenten. 74% der HausärztInnen sagten in einer Befragung, sie würden gegen Honorar an Forschungs-Vorhaben teilnehmen. Um den an den drei Hochschulen tätigen Allgemeinmediziner eine kontinuierliche Patientenversorgung zu ermöglichen, wurden an allen drei Standorten Uni-Praxen für Allgemeinmedizin eröffnet – in Kopenhagen war dies nach langen Verhandlungen mit dem Hausärzteverband erst Anfang 2005 möglich (auch in Dänemark gibt es ein Behandlungsmonopol der niedergelassenen Ärzteschaft). Die Kopenhagener Uni-Praxis liegt in einem alten Klinik-Gebäude auf dem Gelände des städtischen Krankenhauses.

Die zentrale Bedeutung der Allgemeinmedizin in Dänemark kommt auch darin zum Ausdruck, dass dieses große Gebäude neben der Praxis das Sekretariat der DSAM, die allgemeinmedizinische Forschungsabteilung mit 50 (!) ForscherInnen beherbergt sowie Räume für die allgemeinmedizinische Lehre enthält.

Die DSAM hat bislang 12 Leitlinien herausgegeben. Die Diabetes-Leitlinie erschien mir ähnlich wie die des Hausärzteverbandes recht unkritisch. Besser gefielen mir die über vorgeburtliche Gentests, kardiovaskuläres Risiko, Demenz usw. In Dänemark wird nicht groß über Leitlinien diskutiert – so selbstverständlich ist es, dass sie da sind und benutzt werden. Es sind weit über 100 Patienten-Ratgeber von der dänischen Ärztevereinigung unter Federführung der Allgemeinmediziner im Umlauf. Das anfänglich etwas gespannte Verhältnis zwischen Hausärzteverband und wissenschaftlicher Gesellschaft für Allgemeinmedizin hat sich mittlerweile stark entkrampft. Nahezu 70% der HausärztInnen sind Mitglied in der DSAM.

Tab. 2 Ausgaben im dänischen Gesundheitswesen (Quelle: Dänisches Sozial- und Gesundheitsministerium)

Ausgaben im dänischen Gesundheitswesen 2003 in DKR	Ausgaben	%	Ausgaben pro Einwohner (DKR)
Sektor im Gesundheitswesen			
ambulante Versorgung	16 101 800 000	25,5	3 021
Hausärzte	5 699 000 000	9,0	1 069
Spezialisten (zumeist in Krankenhaus-Ambulanzen)	1 956 600 000	3,1	367
ambulant verordnete Medikamente	6 070 100 000	9,6	1 139
sonstiges	2 376 100 000	3,8	446
stationäre Krankenhaus-Versorgung	46 980 995 000	74,5	8 814
somatische Abteilungen	39 161 413 000	62,1	7 347
psychiatrische Kliniken und Gemeinde-Psychiatrie	5 143 423 000	8,2	965
Krankenhausapotheken	260 100 000	0,4	49
sonstiges (Hebammen, Dienste etc.)	2 416 059 000	3,8	453
gesamt	63 082 795 000	100,0	11 834

Gespräch mit Niels de Fine Olivarius

Niels de Fine Olivarius ist Allgemeinmediziner und einer der führenden Diabetologen Dänemarks.

In Dänemark wird kein populationsbasiertes Screening betrieben, sondern ein case-finding. Auch Olivarius ist der Ansicht, dass die DSAM-Leitlinie Diabetes, obwohl von Allgemeinmedizinern geschrieben, an der hausärztlichen Situation vorbei geht. Vorrangige Ziele der Leitlinie sollten nicht normale Blutzucker-, Blutdruck- oder Cholesterin-Werte sein, sondern v. a. eine verbesserte Lebensqualität der Betroffenen. Darum sei jede Leitlinie vom Ansatz her falsch, die generelle Zielwerte empfehle. Vielmehr solle man zu einer individuellen auf das persönliche Risiko eines Patienten passenden Beratung und Intervention kommen.

Olivarius führte über 6 Jahre eine randomisierte kontrollierte Studie durch [2, 3], in der das hier beschriebene Verhalten mit einer „konservativen“ Behandlung verglichen wurde. Mit über 1400 eingeschlossenen Patienten und 500 teilnehmenden HausärztInnen handelt es sich um die größte in Hausarztpraxen durchgeführte Diabetes-Studie überhaupt (die UKPDS sei keine hausärztliche Studie gewesen – die Hausärzte hätten nur die Patienten an die universitären Zentren überwiesen. Es sei dabei völlig unklar, wie viele Patienten aus der Randomisierung ausgeschlossen worden seien und warum). Die Ergebnisse bezüglich HbA1c und Blutdruck-Senkung waren in der dänischen Studie mit denen der UKPDS vergleichbar, möglicherweise durch den vermehrten Einsatz von Metformin kam es aber im Unterschied zur gegenläufigen Entwicklung in der UKPDS zu einer Gewichts-Abnahme.

Studium und Weiterbildung

Es gibt nicht mehr sehr viele große Vorlesungen – zumeist wird in Kleingruppen gearbeitet. In den Prüfungen wird 50:50 zwischen Fallvorstellungen und schriftlichen theoretischen Prüfungen gewichtet. Multiple-Choice-Prüfungen werden überhaupt nicht genutzt – stattdessen beispielsweise 10 Fragen gestellt, die frei auf jeweils ca. 1/3 DIN-A-4-Seite beantwortet werden sollen. Die Prüfungen der ersten 3 Jahre in Chemie, Biochemie und Physiologie haben eine starke Filter-Funktion mit Durchfall-Quoten bis zu 20–30%. Wer diese Prüfungen durchsteht, schafft auch zumeist das Examen. Es gibt einen Numerus clausus, den zu umgehen beispielsweise über einen Gesundheitsberuf möglich ist.

Die Studierenden arbeiten 10 Tage in verschiedenen Praxen. Wesentlicher Teil dieser Arbeit sind selbst gesteuerte Videoaufnahmen – dies wird bereits seit den 90er-Jahren so praktiziert. Als Minimum sollen 2 Video-Sequenzen aufgenommen werden. Alternierend wird gearbeitet und das Gefilmte in der Semestergruppe evaluiert. In den Praxen betreuen die Studierenden 5–10 Patienten/Tag. Die Studierenden eines Semesters sind in 4 Gruppen aufgeteilt, diese Gruppen wiederum in 2–3 Gruppen, die sich wieder in zwei 10er-Gruppen teilen – in denen findet dann die gegenseitige Video-Evaluation statt.

Die Staatsexamensprüfung in Allgemeinmedizin basiert im Wesentlichen auf der Vorstellung und Diskussion einer Video-Se-

quenz. Es werden dabei sowohl soft skills als auch theoretisches Wissen (beispielsweise: wie überbringt man eine schlechte Nachricht?) abgeprüft. Das Video-basierte Examen gibt ein sehr gutes Bild von den Prüflingen, aber die Studierenden fühlen sich dabei nicht selten ausgeliefert.

Nach dem 6-jährigen Studium gibt es für alle ÄrztInnen drei Pflicht-Halbjahre, die in der Chirurgie, der Inneren Medizin und in einer Hausarztpraxis zu absolvieren sind. Die Ausbildungs-ÄrztInnen werden hier als „Reservelæge“ bezeichnet. Die Finanzierung dieser AssistentInnen erfolgt unterschiedlich, meist durch die Kommunen. Die Stadt Kopenhagen bezahlt beispielsweise umgerechnet gut 3 000 € im Monat.

An diese 1 1/2 Jahre schließen sich 1/2 Jahr Einführungs-Zeit in einer Hausarzt-Praxis und 4 1/2 Jahre Weiterbildung an verschiedenen Krankenhäusern sowie in Hausarzt-Praxen (genannt „blok“) an. Nach 2 1/2 Jahren im Krankenhaus kehren die Weiterbildungs-ärztInnen für ein weiteres halbes Jahr in die erste Ausbildungs-Praxis zurück. In der Krankenhaus-Zeit kommen sie ebenfalls jeden Monat für einen Tag in „ihre“ Praxis. Anschließend absolvieren sie noch 1/2 Jahr in einer anderen Praxis. Während der Krankenhaus-Phase wird durch bei den Landkreisen beschäftigte Hausärzte an 9 Tagen Theorie vermittelt – der 2. Halb-Jahres-Turn in der „Stamm-Praxis“ ist durch weitere 14 Tage Kursus unterbrochen. Weil nahezu alle HausärztInnen in Dänemark ausbilden, gehört die Ausbildung von WeiterbildungsassistentInnen selbstverständlich zum Alltag einer Hausarzt-Praxis. Täglich müssen die WeiterbildungsassistentInnen theoretische Übungen online evaluieren.

Es gibt für die Ausbildung ein hervorragendes Logbuch – unter dem Titel „109 things the doctor has to see“ werden alle wichtigen Probleme der Hausarztpraxis dargestellt. Alle 109 Themen müssen im Lauf der Weiterbildung vom Praxis-Inhaber als vom Auszubildenden gesehen und gelernt bestätigt werden. Während der Krankenhaus-Zeit wird das Logbuch elektronisch geführt – die AssistenzärztInnen können selbst eingeben, was sie bereits gesehen haben und können auch für die Fortbildung ihrer KollegInnen interessante Fälle aus ihrem Alltag schildern.

Fertige ÄrztInnen bekommen aus einem Fortbildungs-Fond pro Jahr 13 000 DKR für Fortbildungs-Aufwendungen, Fahrtkosten zu Veranstaltungen, Teilnahmegebühren etc. – für uns nahezu unvorstellbar.

Honorare

Es gab in Dänemark viele Jahre ein den Niederlanden vergleichbares Einschreibe-System – die ausnahmslos in Privatpraxen tätigen HausärztInnen bekamen ihr Honorar unabhängig von ihren Leistungen je eingeschriebenem Patienten. Als sich eine Tendenz zeigte, dass die HausärztInnen zu rasch an SpezialistInnen überwiesen, wurde eine Einzelleistungs-Vergütung eingeführt – deren Anteil liegt inzwischen bei 76% der Gesamt-Honorare.

Das durchschnittliche Basishonorar für jeden eingeschriebenen Patienten liegt bei 66,60 DKR pro Quartal, im Jahr bei 403 000 DKR pro Arzt (knapp 60 000 €, 1 € = ca. 6,8 DKR). Das

durchschnittliche Praxiseinkommen liegt bei 1,5 Mio. DKR/Jahr, also gut 200 000 € jährlich. Die durchschnittlichen Ausgaben liegen bei 650 000 DKR jährlich, davon ca. 50% für Personal. Das durchschnittliche Nettoeinkommen beträgt 843 633 DKR. 90% der HausärztInnen verdienen über 558 000 DKR, 25% mehr als 969 000 DKR (annähernd 145 000 €).

Dänische HausärztInnen arbeiten im Durchschnitt 42 Stunden pro Woche. Da es eher zu wenige als zu viele HausärztInnen gibt und eine Obergrenze für die Patientenzahl je Praxis gilt, herrscht zwischen den dänischen HausärztInnen so gut wie keine Konkurrenz.

Atmosphärisches

In den von mir besuchten Praxen herrschte eine ungemein ruhige Atmosphäre.

Die Praxen waren sehr gemütlich und wohnlich eingerichtet. Alle Beschäftigten sprachen sich selbstverständlich mit Vornamen an, nicht selten wurde dies auch den Patienten gegen-

über so gehandhabt. Man zeigte deutlich: man hat Zeit für die Patienten.

Ich wurde in allen von mir besuchten Einrichtungen sehr freundlich und interessiert aufgenommen. Nicht zuletzt die gemeinsam eingenommenen Mahlzeiten schaffen ein hohes Maß an Gemeinschaftsgeist.

Zusammenfassende Wertung

Aus meinem Bericht sollte deutlich werden, wie sehr mich das dänische Hausarzt-System begeistert hat. Dieses kleine Land hat ein sehr gut entwickeltes Modell entwickelt, von dem wir in Deutschland sehr viel lernen können.

Einige kritische Gedanken können meinen positiven Gesamteindruck nicht wirklich trüben:

- Die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung erscheint mir problematisch.
- Die dänischen HausärztInnen scheinen mir nicht genügend auf Notfälle vorbereitet zu sein.

Tab. 3 Internationaler Vergleich I (Quelle: WHO und OECD)

Gesundheitsangaben in verschiedenen europäischen Ländern						
	Dänemark	Norwegen	Finnland	Schweden	Niederlande	Großbritannien
öffentliche Gesundheitsausgaben pro Einwohner (US\$)	2580	3083	1943	2517	2643	2160
Eigenanteil an den gesamten Gesundheitsausgaben (%)	17,6	14,5	24,4	14,8	36,7	17,8
Anteil Medikamente an den Gesundheitsausgaben	9,2	9,2	15,9	13,1	10,4	15,8
HausärztInnen als Gatekeeper	ja	ja	z. T.	nein	ja	ja

Tab. 4 Internationaler Vergleich II (Quelle: WHO und OECD)

Charakteristika von Hausarztpraxen in verschiedenen europäischen Ländern 1995						
	Dänemark	Norwegen	Finnland	Schweden	Niederlande	Großbritannien
Anzahl eingeschriebener Patienten pro Arzt	1587	304	1241	486	2335	2124
Patienten ohne Einschreibung	44	1462	2340	2770	65	156
Patientenzahl pro Arzt	1631	1766	3581	3256	2400	2280
persönliche Patientenkonsultationen/Tag	24	19	18	15	31	33
Minuten pro Patientenkonsultation	14	19	18	25	10	8
Hausarztpraxen mit Sekretärin (%)	94	93	98	94	98	100
Praxen mit Krankenschwester (%)	31	47	92	88	3	95
Praxen mit Laborantin (%)	17	71	76	79	16	5
Ärzte mit Festgehalt (%)	0	41	99	99	7	1
selbständige Vertrags-ÄrztInnen (%)	100	55	1	1	82	92
Teilnahme am Notdienst (%)	3	1	0	0	3	12
nehmen nicht am Notdienst teil	14	19	18	25	10	8
Konsultationen pro Tag	24	19	18	15	31	33

- Die systematische Versorgung von Diabetikern erscheint weiterentwicklungsfähig.
- Umfragen zur Patientenzufriedenheit und Fehler-Management-Verfahren könnten systematisierter durchgeführt werden, Praxisbesuche (Visitationen) häufiger erfolgen, zumal in Dänemark ein relativ großer Anteil von HausärztInnen in Einzelpraxis arbeitet.
- Die Medikamenten-Budget-Verantwortung beim Apotheker stellt m.E. dann eine Gefahr da, wenn Pharma-Firmen den Kliniken teure Analog-Präparate billig anbieten, der Hausarzt (wenn er nicht viel nachdenkt) sie weiterverordnet, der Apotheker aber nicht substituieren darf, weil es keine Wirkstoff-identischen Präparate gibt.
- Die nur sehr wenigen Hausbesuche verhindern bei immobilen Patienten das Erleben der Anamnese durch die Hausärzte
- Schließlich bleibt offen, wie Dänemark den drohenden Ärztemangel abwenden will.

Auf der Plus-Seite bleibt aber erstaunlich,

- wie viel Gleichheit das dänische Gesundheitssystem gewährleistet,

- auf welcher hoher Qualität gearbeitet wird,
- wie gut die angehenden HausärztInnen auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden und
- wie kostengünstig (durchschnittlich 150 € jährlich pro Versicherte/r) die HausärztInnen arbeiten, die doch einen viel größeren Anteil an PatientInnen versorgen als bei uns.

Interessenkonflikte: keine angegeben

Literatur

- ¹ Vedsted P, Olsen F, Hollnagel H, et al. Almen Lægepraksis i Danmark. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. København 2005. (Das 150-seitige Buch ist auf Dänisch geschrieben. Der Inhalt war leicht zu erschließen – in Zweifelsfällen halfen mir die Kopenhagener KollegInnen bei der Übersetzung.)
- ² Olivarius NdF, Beck-Nielsen H, Helms Andreasen A, et al. Randomised controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. BMJ 2001; 323: 1 – 9
- ³ Olivarius NdF. Diabetes care today: not everyone should have intensive multipharmacological treatment. Scand J Prim Health Care 2004; 22: 67 – 70

Zur Person



Günther Egidi
 49 Jahre, verheiratet, Vater von 3 Kindern.
 Seit 1999 in Gemeinschaftspraxis in einem Arbeiterquartier am Stadtrand von Bremen als Allgemeinmediziner tätig.
 Mitarbeit an der Leitlinie Kardiovaskuläre Prävention der DEGAM, Zuständigkeit für Diabetes und KHK.
 Leidenschaftlicher Fahrradfahrer und (gesundheits-)politisch engagiert.