

« WÜSTEN UND OASEN IM GESUNDHEITSWESEN »

Dossier zusammengestellt unter der Leitung von:

- Antoine Bailly, Universität Genf

Von den Mitgliedern der Gruppe Forum Santé-Gesundheit:

- Anne-Marie Bollier, SPO Patientenschutz, Satigny
- Martin Bernhardt, sanofi-aventis (schweiz) ag, Meyrin
- Arno Brandt, Rudolf Virchow Institut, Basel
- Carole Chichignoud, Universität Genf (Mitglied bis im August 2008)
- Béatrice Despland, Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne
- Yves Guisan, Alt-Nationalrat und ehemaliger Vize-Präsident FMH, L'Etivaz
- Martin Lysser, Inselspital, Bern
- Chung-Yol Lee, Kantonsarzt, Freiburg
- Philippe Lehmann, Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne
- Enea Martinelli, Spitäler fmi ag, Interlaken

www.forumgesundheit.ch

Forum Santé-Gesundheit ist eine unabhängige Gruppe. Die Mitgliedschaft ist individuell, ohne Honorar oder Sitzungsgelder. Die Meinungen des Forum Santé-Gesundheit sind daher diejenigen einer Gruppe von Personen, die in ihrem Urteil frei sind und zusammenarbeiten, um die Gesundheitspolitik in der Schweiz zu verbessern.

WÜSTEN UND OASEN IM GESUNDHEITSWESEN

1. GIBT ES UNGLEICHHEITEN IM SCHWEIZERISCHEN GESUNDHEITSWESEN?

Die Lage in der Schweiz ist gewiss nicht so ernst wie in einigen Nachbarländern, dennoch sind sich alle darüber einig, dass das medizinische Angebot in der Schweiz grosse Ungleichheiten aufweist. Bereits jetzt ist ein Mangel an medizinischem Fachpersonal in bestimmten Spezialgebieten, an Infrastruktur für ältere Menschen und Langzeitkranke sowie an Hausärzten in ländlichen Gebieten zu verzeichnen. Das Gleiche gilt für Wartelisten für bestimmte Operationen. Hinzuzufügen ist, dass je nach Alter, Geschlecht und sozialer Herkunft ungleiche Möglichkeiten bei der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und stärker noch bei der Vorbeugung von Krankheiten zu Tage treten.

Zu diesen mitunter nicht ganz einfachen Bedingungen kommt noch die Schwierigkeit hinzu, sich am Wochenende, zur Ferienzeit oder nachts behandeln zu lassen, was sich aus dem veränderten gesellschaftlichen Verhalten sowohl der Patienten als auch der Behandelnden heraus entwickelt hat. So variiert das Angebot medizinischer (und sonstiger) Versorgung sehr stark von Region zu Region und je nach Zeitpunkt, beispielsweise am Wochenende oder zur Ferienzeit.

Ärztmangel in bestimmten Regionen und Fachbereichen, Engpässe an Wochenenden, zur Ferienzeit und mitunter auch nachts sowie Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen durch die Patienten in Abhängigkeit von ihrem regionalen und kulturellen Hintergrund sind Zeichen einer Zwei-Klassen-Medizin zwischen Gebieten mit guter Versorgung und Gebieten, die in dieser Hinsicht als Wüsten im Gesundheitswesen zu bezeichnen sind.

In diesem Text bezeichnen wir als **«Wüsten im Gesundheitswesen»** Mangelsituationen jeglicher Ausprägung, insbesondere Situationen mit gehäuften Mängeln; äusserst privilegierte Verhältnisse hingegen, unter denen für die Bevölkerung alles einfach, in ausreichendem Masse und gut aufeinander abgestimmt zugänglich ist und wo die Nutzer auch oft von sehr weit her kommen, um Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die sie in der Wüste nicht finden, bezeichnen wir als **«Oasen im Gesundheitswesen»**. Die Bezeichnungen «Oasen und Wüsten im Gesundheitswesen» weisen ausserdem auf ungleiche Verhältnisse in Bezug auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung (Gesundheitsprofil, Morbidität, Mortalität) hin, also nicht nur auf Unterschiede im medizinischen Angebot.

Der zentrale Gedanke besteht also darin, folgende Frage eingehender zu beleuchten: «Wie kann aus der Schweiz ein einheitlich und zweckmässig aufgebautes Gesundheitsterritorium werden, anstelle einer Wüste im Gesundheitswesen mit einzelnen Gesundheitsoasen?» So ist das Ziel dieser Untersuchung, das Angebot im Gesundheitssystem dahingehend zu optimieren, dass es den Bedürfnissen der Bevölkerung besser entspricht, und zwar in allen Regionen, unabhängig von sozialer Herkunft und gegenwärtiger Lage, heute und nachhaltig für die Zukunft.

Die Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit schlägt in diesem Bericht Lösungsansätze zur Minimierung von Disparitäten und zur Beseitigung von Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen vor, indem auf das medizinische Angebot und die Nachfrage durch die Bevölkerung gleichermaßen Einfluss genommen wird: Einerseits reflektiert sie die **Regulierung hin zu einem liberalen Gesundheitssystem** und andererseits analysiert sie auch **die Verhaltensweisen und Motive der Akteure** des Gesundheitssystems. Dort wo das liberale System aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Gegebenheiten nicht mehr funktioniert, in peripheren und

dünn besiedelten Gebieten, in ländlichen Regionen und in benachteiligten städtischen Ballungsräumen, sieht sie Anpassungsmassnahmen vor.

Die Arbeitsgruppe Forum Santé-Gesundheit möchte die Situation als Ganzes erfassen und Lösungsvorschläge aus den Kantonen, von Seiten des Bundes und von Berufsverbänden erörtern, um daraus umfassende und nachhaltige Empfehlungen zu erarbeiten.

2. RÄUMLICHE UND SOZIALE ZUGÄNGLICHKEIT

2.1 Medizinisches Angebot

Der ungleiche Zugang zur medizinischen Versorgung liegt zum Teil in der geografischen Aufteilung medizinischer Fachkräfte und Einrichtungen begründet. Im Bereich Fachmedizin variiert das medizinische Angebot dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN) zufolge in stärkerem Masse als im Bereich Allgemeinmedizin (Tabelle 1. Angebot nach Ärztekategorien und jeweiligen MS-Regionen).

Tabelle 1:
Angebot an niedergelassenen Ärzten, Allgemeinmedizin und Fachmedizin im Jahr 2004,
nach MS-Regionen (OBSAN, 2007)

MS-Region ¹	Allgemeinmedizin ² VZA ³ /10'000 Einw.	Fachmedizin VZA ³ /10'000 Einw.	Gesamt (Praxismedizin) VZA ³ /10'000 Einw.
Schweiz	6,3	4,3	10,6
Bevölkerungszentren mit Universitätsspital	6,3	6,7	13,0
Städtische Regionen (grössere Städte)	5,8	3,5	9,3
Dienstleistungsagglomerationen	6,7	5,5	12,2
Industrielle Regionen	6,6	3,0	9,6
Touristische Regionen	6,9	3,1	10,0
Ländliche Regionen	6,6	1,9	8,5

(1) MS-Regionen: Regionen der räumlichen Mobilität, definiert durch das Bundesamt für Statistik nach einer Stadt/Land-Typologie

(2) Allgemeinmedizin: Allgemeinmediziner, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, Kinderärzte, Gynäkologen und Gemeinschaftspraxen

(3) VZA: Vollzeitaktivität, Einheit, die sich entsprechend der an die Krankenversicherung fakturierten Vorgänge je Fachbereich errechnet.

Gemäss OBSAN besteht im Bereich Allgemeinmedizin in Randregionen und Zentren zwischen 1998 und 2004 konstant eine annähernd gleiche Versorgung mit niedergelassenen Ärzten (Technische Errechnung aus einem Tätigkeitsvolumen). Demzufolge gäbe es in diesem Bereich in der Schweiz keinen Mangel.

Demgegenüber zeigt das OBSAN jedoch, dass das medizinische Angebot in den Bereichen Allgemein- und Fachmedizin in Bevölkerungszentren und Dienstleistungsagglomerationen insgesamt sehr viel dichter resp. in ländlichen oder industriellen Randregionen deutlich geringer ist. Das Gefälle in der Angebotsdichte betrifft insbesondere die Fachärzte (zumal die ambulante

fachärztliche Versorgung an Spitälern in der Tabelle nicht inbegriffen ist) und weniger die Allgemeinmedizin.

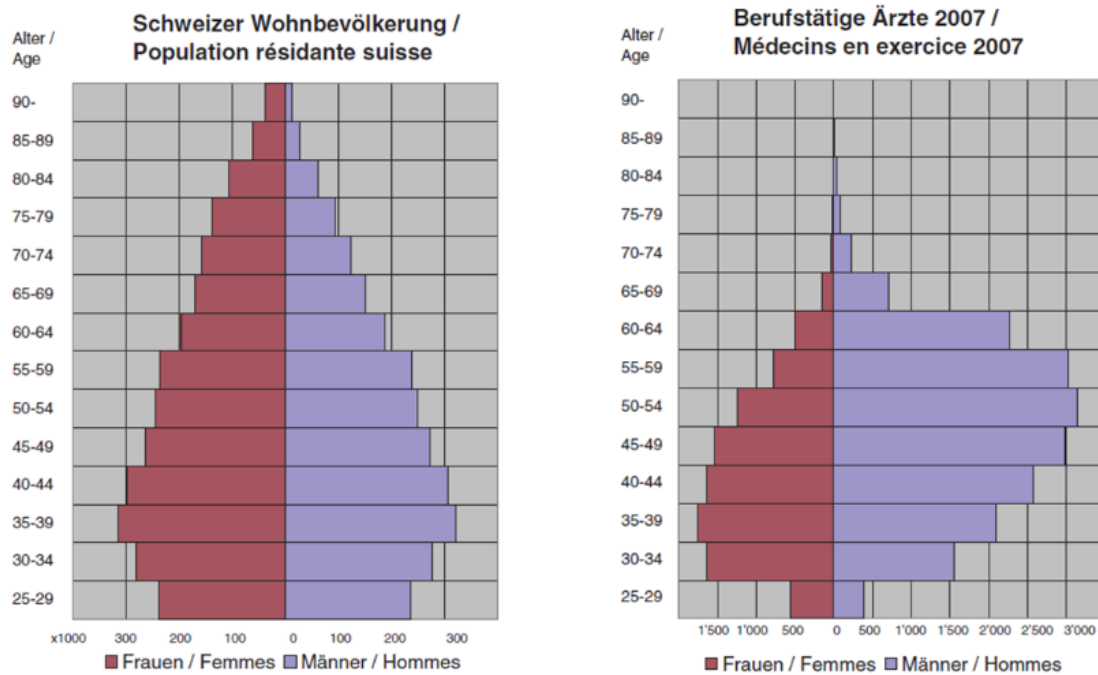
Diese Beobachtungen, so räumt das OBSAN ein, haben jedoch aufgrund der verwendeten Methoden ihre Grenzen:

- Die fehlende Berücksichtigung der Polikliniken der Spitäler sowohl bei der Behandlung von Notfällen als auch bei schwerwiegenden Erkrankungen
- Abgrenzung der Regionen entsprechend den medizinischen und sozialen definierbaren Kriterien, um Vergleiche zu ermöglichen
- Die fehlende Berücksichtigung des Selbstbehalts: die Anrechnung bis zur Höhe des Selbstbehalts wird nicht mitgezählt.
- Die Beschränkung auf die Krankenversicherung, ohne Berücksichtigung der Unfallversicherung
- Fehlende Informationen über Dauer und Inhalt der Konsultationen
- Fehlende Informationen über die tatsächliche Dauer der Arbeit
- Einteilung der Ärzte nach ihrem zuletzt bei der FMH erworbenen Titel und nicht nach ihrer tatsächlichen Tätigkeit

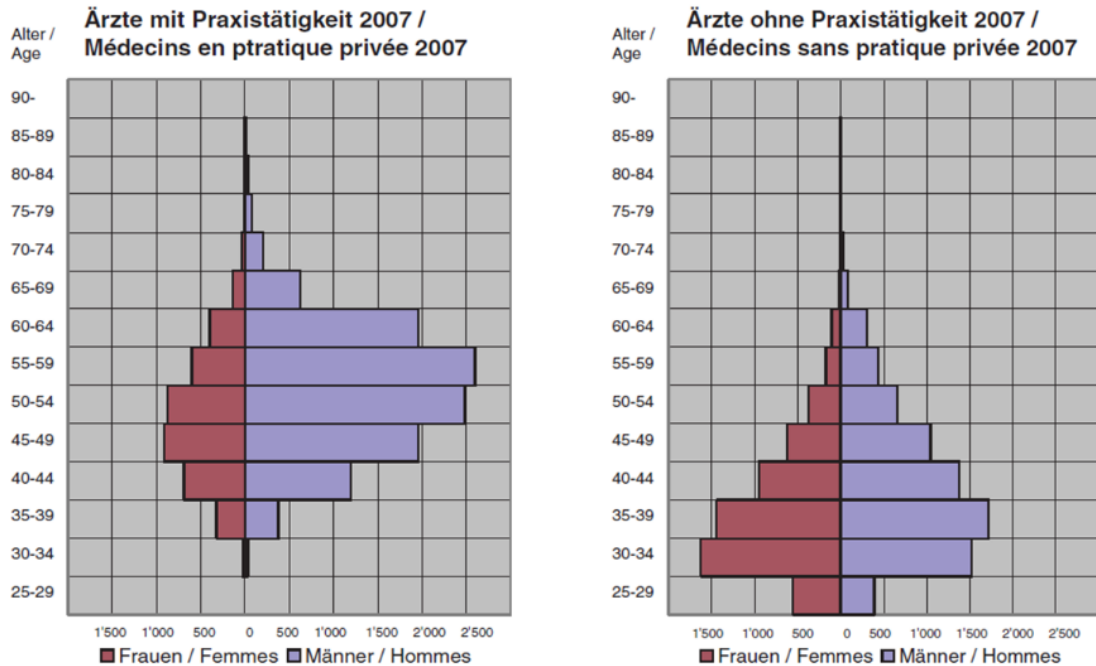
Verschiedene andere Untersuchungen (wie die der Waadtländischen Gesellschaft der Allgemeinmediziner) weisen auf einen weiteren Umstand hin, die sich in mehreren dezentralen oder peripheren Regionen bestätigt findet. Ärzte geben ihre Praxis auf, um in den Ruhestand zu gehen, ohne einen Nachfolger gefunden zu haben (in vielen Regionen des Landes), und zahlreiche Ärzte wollen sich nicht in Randregionen niederlassen.

Tabelle 2:

Verteilung der Ärzte in der Schweiz nach Alter (FMH-Statistik, 2007)



Quelle : <http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/stt14.pdf>



Quelle : <http://www.fmh.ch/shared/data/pdf/stt14.pdf>

Laut einer aktuellen Studie (Buddenberg-Fischer et al, 2008) ist es unumgänglich, die Anzahl an Medizinstudierenden zu erhöhen (wie es bereits in einigen Ländern wie den USA der Fall ist). Die Gründe dafür liegen einerseits in der Überalterung der Ärzteschaft, dem gestiegenen Frauenanteil in Medizinalfachberufen und dem damit verbundenen Wunsch nach Teilzeitarbeit, einem höheren Stellenwert des Familienlebens, sowie andererseits in der Herausbildung neuer Lebensformen.

Hinzuzufügen wären noch unsichere Einkünfte bei einem begrenzten oder saisonbedingtem (Kurorte) Patientenkreis, hohe Praxismieten, die Zurückhaltung seitens der Banken bei Darlehen, die Arbeit als Einzelarzt mit zahlreichen Bereitschaftsdiensten, die Schwierigkeit, Ferienvertretungen zu finden und der mangelnde Idealismus zum Aufbringen dieses Engagements...

Das OBSAN ist kürzlich in einer neuen, im Juli 2008 veröffentlichten Studie (Seematter-Bagnoud 2008) auf seine Schlussfolgerungen zurückgekommen. Diese Untersuchung spricht von einem in Zukunft verringerten Bestand der Ärzteschaft und somit einem Mangel an Ärzten, insbesondere in der Allgemeinmedizin, wo bis im Jahr 2030 40% der erforderlichen Anlaufstellen fehlen könnten. Man kann sich über die Kluft zwischen dieser späten Erkenntnis und den Fakten nur wundern und muss zudem hervorheben, dass die Schweiz immer noch nicht die Absicht hat, den Numerus Clausus vor Aufnahme eines Medizinstudiums abzuschaffen oder herabzusetzen.

Wesentlich ist, dass das, was das Forum Santé-Gesundheit seit 2005 unter dem Titel «La santé: une pénurie programmée» (Gesundheit: Mangel vorprogrammiert, siehe Bailly et al., 2008) bekannt gemacht hat, endlich Anerkennung findet. Des Weiteren müssten die geografischen und gesellschaftlichen Auswirkungen analysiert werden, was in der Studie des OBSAN keine Berücksichtigung findet, worauf wir jedoch in diesem Bericht eingehen wollen.

Textbox 1: Der Ärztemangel im Jahr 2030 (OBSAN, 2008)

«Die vorliegende Arbeit schätzt die Entwicklung des Angebots und der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in den folgenden Jahrzehnten ab. Sie bestätigt die starken Auswirkungen der demografischen Alterung auf die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen, insbesondere in der **Allgemeinmedizin**. Gemäss den Projektionen wird diese Fachrichtung auch am meisten von einer Reduktion des Bestandes an Ärzten betroffen sein. Der Nachfrageüberhang könnte somit rund 40% der zu erwartenden Inanspruchnahme entsprechen. Es ist zu vermuten, dass dieses Ungleichgewicht teilweise eine Abnahme der Inanspruchnahme induzieren wird. Falls diese Anpassung der Inanspruchnahme an das Angebot jedoch präventive Leistungen betrifft, könnte diese Situation langfristig eine Verschlechterung des Gesundheitsprofils der älteren Bevölkerung zur Folge haben; dies würde das zu erwartende Ungleichgewicht noch weiter verstärken.»

Die Zahl der **Fachärztinnen/Fachärzte mit oder ohne chirurgischer Tätigkeit** dürfte um rund 20% zurückgehen, während sich die Inanspruchnahme dieser Fachbereiche erhöhen wird. Da bei diesen Fachärztinnen/Fachärzten selbst bereits eine Mangelsituation herrschen dürfte, wird es diesen auch nicht möglich sein, dem mangelnden Angebot in der Allgemeinmedizin durch die Übernahme bestimmter Behandlungen abzuhelfen.»

Noch zahlreiche weitere Betrachtungen zu aktuellen und künftigen Mangelsituationen schliessen sich an.

Textbox 2: Ein weiteres Erscheinungsbild der Versorgungslücken

Ausländische Ärzte und Pflegekräfte zur Abmilderung bestimmter Mangelsituationen:

- In Psychiatrien und öffentlichen psychiatrischen Ambulatorien ist der Anteil an schweizerischen Ärzten sehr gering. Dies stellt ein gesellschaftliches Problem dar, da die ausländischen Ärzte die Kultur der Patienten nur wenig kennen.
- Diejenigen Allgemeinmediziner, die sich gern in den peripheren Regionen niederlassen, sind ebenfalls oft Ausländer mit besonderer Niederlassungserlaubnis.
- Ebenso sind in Alters- und Pflegeheimen sowie kleinen Landspitälern die Mehrzahl der Pflegefachkräfte und Pflegehelfer Ausländer, während die Patienten bzw. Bewohner noch in der sehr grossen Mehrzahl Schweizer sind. In diesem Zusammenhang stellen die Unterschiede in den Wertvorstellungen und Kulturen grosse Hürden für ein gutes gegenseitiges Verständnis dar.

Eine denkbare Lösung zur Behebung des Ärztemangels besteht darin, die Ärzte bei bestimmten Tätigkeiten durch Pflegefachkräfte zu ersetzen.

Textbox 3: Einsatz von Pflegefachkräften anstelle von Ärzten?

Pflegefachkräfte sind keine kleinen Ärzte

Um die Auswirkungen des Ärztemangels in Randregionen abzumildern, wird mitunter vorgeschlagen, anstelle der Ärzte Pflegefachpersonal einzusetzen, welches erste Triagen und einfache Behandlungen durchführt. Doch macht sich der Mangel an Pflegefachpersonal wie bei den Ärzten im ganzen Land und damit auch insbesondere in den peripheren Regionen bemerkbar. Zudem ist diese Berufsgruppe auch nicht dazu ausgebildet, solchen Erwartungen zu entsprechen. Für solche Lösungen müsste folglich der Inhalt der Ausbildung entsprechend angepasst werden und die Eingliederung in Gruppenarztpraxen entsprechend ihrer Tätigkeiten und Kompetenz erfolgen.

Die Ausbildung im Pflegebereich

Die Ausbildung von Pflegenden unterliegt seit 15 Jahren ständigen Veränderungen, die zahlreiche junge Berufseinsteiger verunsichern oder sie sogar davon abhalten, Teil eines solchen Systems zu werden. Obwohl sich die Zahl der Ausbildungsplätze zwischen 1995 und 2005 nahezu verdoppelt hat, müssen heute immer noch zahlreiche ausländische Pflegekräfte eingestellt werden.

Vermehrt sehen sich Institutionen veranlasst ausländische Fachkräfte anzustellen, um den absehbaren Pflegepersonalmangel entgegenzuwirken.

Diese waren unter anderem die Themen eines Kolloquiums am 27. November 2007 in Chur unter dem Titel «Pflegenotstand: ein Schlagwort oder wird es wieder Realität?»

2.2 Soziale Zugänglichkeit

Abgesehen von der Frage nach dem ausreichenden medizinischen Angebot erzeugen wirtschaftliche Gründe (Armut) sowie soziale und kulturelle Ursachen Disparitäten in der Nachfrage. Die Schweiz verfügt über keine allgemeine Studie zu dieser Frage, sondern nur über einige lokale Untersuchungen im Bereich der Universitätspolikliniken, über die Analyseberichte der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS) und die Arbeiten von Domenighetti und Crivelli und von Bisig et al. Es ist jedoch davon auszugehen, dass der Schweizer Fall in dieser Hinsicht wenig von der Situation in Frankreich abweicht.

Ein Bericht an den französischen Gesundheitsminister vom 28. April 2008 spricht von «Defiziten», welche die «Menschen in einer prekären, schädlichen Lage einschliessen». In der Schweiz sind die Unterschiede möglicherweise ebenso gravierend, und dies sowohl in den traditionell ländlichen Gebieten als auch in den von städtischer Armut geprägten Zonen. Man spricht hier von Bevölkerungsschichten, die soziologisch, kulturell und wirtschaftlich von Versorgungsleistungen ferngehalten werden. Das hohe Prämienniveau der obligatorischen Krankenversicherung, Selbstbehalte und Beteiligungen, von der Versicherung nicht übernommene Behandlungen und die Unsicherheit sind einige Facetten dieses Problems: Einige Bevölkerungsschichten lassen sich seltener behandeln und beugen Krankheiten weniger vor; andere vertreten eine überholte Auffassung über den Umgang mit der eigenen Gesundheit, was dazu führt, dass sie auf eine Behandlung verzichten.

Nach Auffassung von Forum Santé-Gesundheit, welches eine umfassende Betrachtung der Bevölkerungsgesundheit anstrebt, muss an dieses Problem zunächst von sozioökonomischer Seite herangegangen werden. Unsere Gesundheitsbehörden müssen sich der sozialen Schief lagen bewusst werden, insbesondere im soziokulturellen und sozioökonomischen Bereich, die dazu führen, dass bestimmte Menschen auf medizinische Versorgung verzichten und andere Schwierigkeiten haben, sich richtig medizinisch versorgen zu lassen.

Anschliessend muss mit Blick auf die Zukunft die Gesundheitserziehung insbesondere in der Schule und den Unternehmen deutlich ausgebaut werden, indem Stellen für Gesundheitserzieher geschaffen werden. Zudem müssen benachteiligte Gruppen gezielt unterstützt werden. Die Mittel müssen auf Gruppen mit Defiziten bei der Gesundheitsversorgung konzentriert werden, um den Zugang zu Gesundheit und Pflege insbesondere für Bevölkerungsschichten mit anderen Kulturen und medizinischen Praktiken zu verbessern. Dieser erleichterte Zugang geht ebenbürtig mit einer Rationalisierung der Betreuung und soll nicht zu einer Multiplikation der medizinischen Handlungen durch falsche Anreize führen. Eine transparente Verwaltung ist unvermeidlich.

Die Grundversicherung deckt zwar die Kosten für die wichtigsten kurativen Behandlungen ab; jedoch übernimmt sie nur ein Minimum an präventiven Massnahmen und überhaupt nichts im Bereich der Gesundheitserziehung. Die Schweiz ist trotz der Präventionsbudgets der Kantone und des Bundes verglichen mit den anderen europäischen Ländern in diesem Bereich sehr im Rückstand. 2 % der Gesundheitsaufwendungen werden für Prävention verwendet, gegenüber beispielsweise 5 % in den Niederlanden. Und die Situation ist von Kanton zu Kanton unterschiedlich!

Forum Santé-Gesundheit schlägt somit eine Anhebung der Präventionsausgaben vor; diese sollten mit Unterstützung durch Bund, Kantone und Krankenkassen bis zu 5 % der Gesundheitsausgaben betragen. Neben dem Bereich der Schulen und Unternehmen wäre die Prävention insbesondere in Arztpraxen und Apotheken auszubauen, wobei zur Vermeidung von Ungleichheiten eine landesweite Harmonisierung der Massnahmen anzustreben ist.

2.3 Verzicht auf medizinische Versorgung

Für minderbemittelte Versicherte stellen Selbstbehalt und Kostenbeteiligung oft unüberwindliche finanzielle Hindernisse dar. Im Dezember beobachtet man infolgedessen überfüllte Arztpraxen; die Patienten versuchen auf diese Weise, eine Konsultation im Folgejahr zu umgehen und so den Selbstbehalt für das nächste Jahr einzusparen. Diese Situation muss in Zusammenhang mit einem Verzicht auf notwendige medizinische Versorgung gesehen werden. Dabei ist Krankheit nicht planbar!

Der Verzicht auf medizinische Versorgung ist in einem Industriestaat wie der Schweiz nicht akzeptabel. Wenn finanzielle Schwierigkeiten einen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung in Frage stellen, muss gehandelt werden. In Frankreich gibt das Institut de Recherche en Economie de la Santé IRDFS [Forschungsinstitut für Gesundheitsökonomie] im Jahr 2008 an, dass 14 % der Bevölkerung erklärt haben, aus finanziellen Gründen auf medizinische Versorgung verzichtet zu haben... Ist der entsprechende Prozentsatz für die Schweiz bekannt?

Ebenfalls zu untersuchen wäre die Frage um Minderbemittelte und/oder Kostenbewusste, die beispielsweise auf eine kostspielige Hypertonie-Untersuchung und -Behandlung verzichten, zumal diese Krankheit keine Schmerzen verursacht.

Sicherlich gibt es in der Schweiz viele Menschen, die auf medizinische Versorgung verzichten, obgleich jeder versichert ist. Am häufigsten wurde auf Leistungen in den Bereichen Mund- und Zahngesundheit, Sehhilfen und Konsultationen bei bestimmten Fachärzten verzichtet. Je geringer das Einkommen ist, desto ausgeprägter ist der Verzicht. Wenn man die Daten des französischen Beispiels auf die Schweiz überträgt, ist davon auszugehen, dass ein grosser Teil unseres Gesundheitssystems für fast eine Million Einwohner unseres Landes nicht leicht zugänglich ist. Eine Folge der vom Bundesrat unterstützten Politik zur so genannten "Förderung der Selbstverantwortung beim Patienten". Und in den Bereichen Zahnversorgung und Augengesundheit ist die Lage noch kritischer! Die Wüsten im Gesundheitswesen sind auch Armutsgebiete, in denen der Zugang zu niederschweligen Angeboten schwierig ist.

Für Forum Santé-Gesundheit ist der Verzicht auf medizinische Versorgung in einem Industriestaat wie der Schweiz nicht akzeptabel. Eine bessere Unterstützung von Menschen in finanziellen Schwierigkeiten oder prekären Verhältnissen durch «regionale Büros für Gesundheitsinformation» und «Ärztelhäuser» (siehe Kapitel 6 und 7) könnte diese Situation eindämmen. Finanzielle Hilfen wären ebenfalls unerlässlich, insbesondere in den Bereichen Mund- und Zahngesundheit, Seh- und Hörproblemen und sonstigen Behinderungen sowie Langzeiterkrankungen.

3. ZEITLICHE ZUGÄNGLICHKEIT

Unsere Gesellschaften sind mehr und mehr durch Wochenrhythmen von Arbeit und Ferien geprägt, die an die Stelle des Jahreszeitenzyklus treten. Änderungen der gesellschaftlichen Gewohnheiten, die Strukturierung der Arbeitswoche und der Ferienzeiten sind positive Errungenschaften der modernen Gesellschaften, in denen jeder ein Anrecht auf wöchentliche und jährliche Ruhezeiten hat. Jedoch bleibt diese zeitliche Segmentierung nicht ohne Folgen für die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems. Die Zeit, in der der Hausarzt wöchentlich 80 Stunden arbeitete, nachts und am Wochenende erreichbar war und sich während den Ferien vertreten lassen konnte, ist längst vergangen. Wie in anderen Berufen haben Ärzte und Pflegekräfte von Tagesarbeit geprägte Wochenrhythmen, arbeitsfreie Wochenenden und Ferien. Trotz Bereitschaftsdiensten und Notfalldiensten in den Spitälern ist die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen an Werk- und freien Tagen nicht dieselbe...

Krankheiten sind aber nicht programmier- und somit auch nicht entsprechend organisierbar. Was also tun bei einer schweren gesundheitlichen Krise an Weihnachten oder am Neujahrstag? Oder gar an einem Sonntag? Ist die Lösung, sich an den Notfalldienst des nächstgelegenen Spitals zu wenden, effizient? Wüsten im Gesundheitswesen betreffen somit auch Wochenenden und Hauptferienzeiten. Man könnte eine bessere Ferieneinteilung in Betracht ziehen, so dass nicht alle Beschäftigten zur gleichen Zeit abwesend sind. Aber ist dies bei den bestehenden Gegebenheiten im Arbeitsleben und den Verpflichtungen, denen Kinder durch die Schule unterliegen, realistisch?

Lösungsansätze vom Typ «Telemedizin» mit Telefonkontakt zwischen Patient und Arzt (gezahlt durch die Krankenkassen, nach dem Beispiel von MEDGATE) oder vom Typ «SOS Ärzte» in den Grossstädten, damit Hausbesuche bei Patienten nach Sammlung der Anrufe in einer Telefonzentrale durchgeführt werden können, oder auch vom Typ «Einsatzärzte der medizinischen Notdienste», die auf Anrufe von Patienten reagieren (Beispiel des Kantons Wallis), statt dass sich diese direkt an einen Bereitschaftsarzt oder an die Notdienste der Krankenhäuser wenden, sind bereits existierende Lösungsvorschläge, die eine angemessene medizinische Versorgung gewährleisten und eine Überfüllung der Notdienste vermeiden können. Aber ersetzt dies den direkten Kontakt mit dem eigenen Arzt?

Die Lösungen für dieses Problem der zeitlichen Zugänglichkeit sind nicht nur im Gesundheitssystem an sich zu suchen, sondern auch in seiner Organisation, wie wir in den folgenden Abschnitten darlegen werden.

Für Forum Santé-Gesundheit sind umfassende Überlegungen zur zeitlichen Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung unumgänglich geworden. Lösungsansätze im Bereich der Telemedizin, wie SOS Ärzte und Einsatzärzte der medizinischen Notdienste als Ergänzung zur Notdienstversorgung in Krankenhäusern und zur Bereitschaftsmedizin sind systematisch zu prüfen, um diese beiden Bereiche zu entlasten.

4. DER RECHTLICHE KONTEXT: GESUNDHEITSLEISTUNGEN FÜR DIE BEVÖLKERUNG

Laut Bundesverfassung setzen sich Bund und Kantone in Ergänzung zur persönlichen Verantwortung und privaten Initiative des Einzelnen dafür ein, dass jede Person die für ihre Gesundheit nötige Behandlung erhält (Art. 41), und der Bund erlässt Vorschriften über die Krankenversicherung (Art. 117).

4.1 Bundesrecht

Nach Wortlaut des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung ist die Spitalplanung (Spitaleinrichtungen und Alten-, Pflege- und Krankenhäuser) ausschliesslich Sache der Kantone. Das Bundesgesetz beschränkt sich somit auf die Festlegung eines allgemeinen Rahmens (Art. 39 KVG). Die Kantone haben diese Planung auch gemäss den rechtlichen Bestimmungen erstellt. Sie haben insbesondere das Spitalangebot neu bemessen, indem sie die Anzahl der Betten (und der lokalen Spitäler) reduziert haben. In mehreren Fällen haben sie die Steuerungs- und Lenkungsstruktur der Spitäler neu definiert. In den Jahren nach Inkrafttreten des KVG und bis zu seiner jüngsten Revision haben die Massnahmen der Kantone im Bereich der Spitalplanung Anlass zu zahlreichen Beschlüssen des Bundesrates gegeben, der über Klagen gegen kantonale Beschlüsse zu entscheiden hatte. Ebenso ergingen mehrere Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG), das angerufen worden war, um über die Vergütung von Spitalleistungen zu befinden. So wurden die für die Kantone geltenden Kriterien, der Inhalt der Spitalpläne und die Leistungsaufträge, die den verschiedenen Einrichtungen übertragen werden, präzisiert. Ausserdem wurden in der Frage der Spitalplanung im Parlament zahlreiche Eingaben gemacht. Sie betreffen insbesondere die Schaffung von für die Erbringung von Versorgungsleistungen verantwortlichen Regionen, den Übergang zur Leistungsplanung, die Stärkung der interkantonalen Spitalplanung und die Modellierung der Spitalplanung. Die Notwendigkeit der Verbesserung, ja sogar der Änderung des bestehenden Systems war somit bereits Gegenstand zahlreicher Debatten. Die mannigfachen Aufgaben der Kantone, wie sie im KVG vorgesehen sind, erweisen sich mitunter als widersprüchlich: Als Planungs- und Finanzierungsinstanzen sind die Kantone gleichzeitig Eigentümer zahlreicher Spitaleinrichtungen. Bei Rechtsstreiten im Zusammenhang mit Tarifen fungieren sie ausserdem als Schiedsinstanz.

Am 21. Dezember 2007 hat das Parlament die Bestimmungen des KVG zur Spitalfinanzierung verabschiedet. In seiner Botschaft zu dieser Revision hat der Bundesrat zwar die kantonalen Zuständigkeiten bekräftigt, dabei gleichzeitig aber die Notwendigkeit der Kooperation der Kantone im Bereich der Spitalplanung hervorgehoben. Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) ihrerseits hat eine Arbeitsgruppe gegründet, die den Übergang zur Leistungsplanung untersuchen und den Kantonen geeignete Planungsinstrumente zur Verfügung stellen soll. Der von den Räten verabschiedete Text bestätigt in den Hauptbereichen das bestehende System. Er verpflichtet die Kantone jedoch dazu, ihre Planungen zu koordinieren (Art. 39, Abs. 2 KVG) und erteilt dem Bundesrat die Befugnis, einheitliche Planungskriterien zu erlassen (Art. 39, Abs. 2 KVG). Die neue Regelung gilt auch für Geburtshäuser sowie Anstalten, Einrichtungen oder ihre Abteilungen, die der Pflege und medizinischen Betreuung sowie der Rehabilitation von Langzeitpatienten dienen [Alters-, Pflege- und Krankenhäuser] (Art. 39, Abs. 3 KVG).

Das revidierte Gesetz ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Die neuen Bestimmungen zur Planung kommen jedoch nicht mit diesem Datum zur Anwendung, sondern erst nach einer Frist von drei Jahren ab dem Datum der Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen [DRG] (Übergangsbestimmungen, Abs. 3). Diese Pauschalen müssen spätestens am 31. Dezember 2011 eingeführt sein.

Im Bereich der ambulanten Versorgung haben die Kantone Ärzten und sonstigen Leistungserbringern die Zulassung lange Zeit ohne irgendeinen Planungsgedanken erteilt, es erfolgte lediglich eine Prüfung der Fähigkeiten (Zeugnisse) der Bewerber. Erst seit 2002 mussten die Kantone mit Einführung der Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der Krankenversicherung (Art. 55a KVG) eine Rolle bei der Planung der ambulanten Versorgung übernehmen. Laut Bundesverordnung müssen sie «die Versorgungsdichte in den Nachbarkantonen, in der Grossregion, zu welcher sie (...) gehören, und in der Schweiz berücksichtigen (Art. 2 der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung).

4.2 Kantonale Gesetzgebungen

Auch die kantonalen Gesetzgebungen verpflichten die Kantone dazu, für ausreichende Möglichkeiten der medizinischen Versorgung Sorge zu tragen. Davon betroffen sind insbesondere die ambulante medizinische Versorgung durch Privatpraxen (und sonstige Leistungserbringer wie z. B. Apotheken und Physiotherapeuten), medizinisch-soziale Beratungen und Spezialpolikliniken, häusliche Pflegeleistungen und Rettungsdienste, welche durch die Kantone oder im Auftrag der Kantone bereitgestellt werden. Zu erwähnen sind hier auch die von einigen Kantonen eingerichteten Managed-Care-Netzwerke.

Der Praxisstopp ist nur ein – begrenzter – Aspekt dieses Phänomens. Auch die Art und Weise, wie die medizinischen Notdienste auf Kantonsebene organisiert sind (oder nicht) und die vorgesehenen (oder nicht vorgesehenen) Modalitäten der Selbstdispensation gehen in diese Betrachtung ein. Einige Kantone greifen stärker ein, andere weniger stark. Gewagte Neuerungen sind genauso zu finden wie schuldhaftes Laisser-faire...

Unlängst hat die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) in Abstimmung mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH vorgeschlagen, die Kantone sollten mit Ablauf des derzeitigen Zulassungsstopps für neue Praxen die Anzahl der ambulant praktizierenden Ärzte dem Bedarf jeder Region entsprechend festlegen können. Diese Form der Ressourcenverwaltung würde den Kantonen bei Überversorgung erlauben, eine Maximalzahl an Praxen differenziert nach Fachgebiet und Region festzulegen. Ein weiterer Vorschlag ist die Möglichkeit einer Subventionierung der Arztpraxen, um im Falle einer regionalen Unterversorgung (wiederum differenziert nach Fachrichtung) bei einer Praxiseröffnung finanzielle Anreize zu gewähren. Es ist ratsam, in diese Regelung auch öffentliche und private Spitalambulatorien einzubeziehen.

Für eine diesem Vorschlag entsprechende Ressourcenplanung benötigen die Kantone statistische Basisdaten (Ist- und Sollzahlen) zur Aufteilung des vorhandenen medizinischen Leistungsangebots innerhalb der Regionen, Kennzahlen zum Versorgungsbedarf differenziert nach Fachrichtungen sowie Informationen über Patientenströme. So stellen sich folgende Fragen: Wie viele Hausärzte, Kinderärzte, Gynäkologen usw. gibt es in den Regionen, wie gross ist ihr Einzugsbereich und welches sind die regionalen Sollvorgaben für die Versorgung je nach Fachrichtung? Wie lang sind die tatsächlichen Anfahrtswege der Patienten und wie lang ist die effektive Wegstrecke der Ärzte bei Hausbesuchen? Gegenwärtig fehlen die rechtlichen Grundlagen für die Erhebung dieser Informationen. Da auch die Leistungsangebote beidseits der Kantonsgrenzen Patientenströme erzeugen können, ist eine interkantonale Koordination erforderlich, die bisher nicht vorgesehen ist. Das Beispiel von Basel-Stadt und Basel-Land mit seinen interkantonalen Patientenströmen zeigt, dass Versorgungsregionen die Kantonsgrenzen überschreiten und dass die Kantonsregierungen beim Ausbau der Koordination grosse Schwierigkeiten haben.

5. REGIONALE ORGANISATION DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

Der gesundheitspolitische Handlungsbedarf bezüglich der Strukturierung der regionalen Versorgung wird grundsätzlich aus dem Anspruch aller obligatorisch Versicherten auf gleichen Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung und zu Pflegeleistungen abgeleitet. Die Unterversorgung in peripheren und ländlichen Regionen steht mit der Beibehaltung der gegenwärtigen Zulassungsbeschränkung für Arztpraxen in keinem sachlichen Zusammenhang, denn diese wurde 2002 speziell auf Ballungszentren mit Überversorgung zugeschnitten, also nicht vor dem Hintergrund der Unterversorgung in den anderen Gebieten.

Die generelle Frage ist also, ob und wie auf regionale Entwicklungsprozesse bezüglich des Versorgungsangebotes Einfluss genommen werden kann, sei es durch spezielle Organisationsformen wie Netzwerke oder Ärztegenossenschaften, durch gezielte finanzielle Anreize für die Leistungserbringer oder auch spezifische Formen der Investitionsförderung. Die Anforderungen an zukunftsfähige regionale Versorgungsmodelle sollten aus Gründen der Wirtschaftlichkeit auch der Telemedizin eine wichtige Stellung einräumen.

5.1 Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung in allen Regionen

Mit dem Begriff des **regionalen medizinischen Angebotes** verbindet sich ein abgestimmtes Zusammenspiel des Versorgungsangebotes, das sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht ausreichend sein soll. Dieser konzeptionelle Gedanke umfasst alle koordinierten medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten, die in einer Region ausgeführt werden, und er muss eine Qualitätsoptimierung der medizinischen Leistungen und eine Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Personen ermöglichen. Auf anderer Ebene trägt er zur Attraktivität einer Region in Bezug auf die medizinischen Leistungen bei. Man kann bei dieser Form der Organisation von **Gesundheitsterritorien** sprechen.

Über die ausreichende Verfügbarkeit der verschiedenen Versorgungsbereiche und Leistungserbringer hinaus sollten Formen integrierter Versorgung bereitgestellt werden. Die koordinierte Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe vor Ort kommt dem Patienten zugute und erweist sich zugleich als eine notwendige Voraussetzung für die langfristige wirtschaftliche Überlebensfähigkeit der Arztpraxen, Versorgungseinrichtungen und Apotheken, und dies sowohl in den ländlichen Regionen als auch in den Ballungsgebieten.

Das längerfristige Ziel besteht darin, durch eine angemessene Begleitung und durch eine strukturierte Vorgehensweise, schädliche Folgen zu vermeiden, die sich einstellen können, wenn es einer Region nicht gelingt, ein angemessenes Niveau an medizinischer Versorgung sicherzustellen. Wenn eine Region erheblich geschwächt ist und ein «Unbehagen im Gesundheitswesen» (zusätzlich zu den Lücken in anderen öffentlichen Einrichtungen und Wirtschaftszweigen) verspürt, so kann diese schlechte Lage weitere Schäden nach sich ziehen, denn mittelfristig läuft diese Region Gefahr, dass ihre Bevölkerung und ihre Unternehmen ihr den Rücken kehren.

5.2 Zu klärende Grundbedingungen: das Recht auf Zugang zu Versorgung

Auf welche medizinischen Versorgungsleistungen haben die Bewohner einer dünn besiedelten Region ein Anrecht?

Alle Bewohner der Schweiz haben theoretisch das Recht auf alle notwendigen Behandlungen, die ihre Krankheit erfordert, unter Berücksichtigung der Wirksamkeit, der Angemessenheit und der

Wirtschaftlichkeit der Behandlungen, die nach dem gegenwärtigen Stand der Medizin und dem Mittelaufkommen der Gesundheitsinstitutionen bereitgestellt werden können.

Welches jedoch ist der Grad an Nähe des Versorgungsangebotes, den die Bewohner der Schweiz berechtigterweise als notwendig und einforderbar betrachten können? Das hängt natürlich von der Art der Versorgung ab, die ihr Gesundheitszustand erfordert. Das Prinzip, nach dem 80% der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten Zugang zu medizinischer Versorgung im Spital haben sollten, ist eine Empfehlung der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) in ihren Ratschlägen an die Kantone zum konzeptionellen Vorgehen bei der kantonalen Spitalplanung. Dieses Prinzip ist sicherlich nicht überall anwendbar, insbesondere nicht in den Bergregionen. Auch muss festgelegt werden, welche medizinischen Leistungen am wichtigsten sind und für eine Region sichergestellt sein müssen.

Wer ist für die Sicherstellung dieses Zugangs zu Versorgungsleistungen zuständig?

Die Regeln des freien Marktes können nicht auf allen Ebenen funktionieren, und somit auch nicht in allen Regionen. Wenn diese wirtschafts-liberalen Grundsätze dort ohne Nachkorrekturen gelten würden, wäre der Zugang zu ortsnaher medizinischer Versorgung ernstlich in Gefahr. Das bedeutet, dass regulierende Elemente und motivierende Faktoren miteinander verknüpft werden müssen, um »Wüsten im Gesundheitswesen« zu vermeiden.

Das Erreichen eines qualitativ und quantitativ guten Niveaus an medizinischer Versorgung in allen Regionen sollte eines der Ziele gesundheitspolitischer Massnahmen sein.

Damit die Gesamtbevölkerung der Schweiz medizinisch angemessen versorgt ist, müssen nach Auffassung von Forum Santé-Gesundheit in den Bereichen, in denen der freie Markt nicht funktioniert, regulierende und motivierende Elemente und Infrastrukturen für die Niederlassung von Gesundheitsfachkräften miteinander verknüpft werden, insbesondere in Randregionen.

5.3 Steuerung eines regionalen Gesundheitsangebotes

Eine grundsätzliche Frage stellt sich: sollen wir soweit gehen, die Einrichtung eines **«medizinischen Service public»** in Betracht zu ziehen, um den unzureichend gedeckten Versorgungsbedarf besser als gegenwärtig decken zu können? Oder aber wir stellen **regulierende Vorschriften und Instrumente** bereit, um allen ein besseres Versorgungsmodell anzubieten, das besser koordiniert ist, besser auf der Kenntnis des Bedarfs basiert, besser zwischen den verschiedenen Leistungserbringern abgestimmt ist und in höherem Masse bestimmten Qualitätskriterien entspricht, die mit einem wirtschaftlichem, medizinischem und gesundheitspolitischem Liberalismus nicht erreichbar sind.

In diesem Sinne müssen Versorgungszentren, wie sie zum Beispiel in Château-d'Oex und Ste-Croix bereits existieren, unterstützt und in ihrer Weiterentwicklung gefördert werden.

Unzulänglichkeiten im Bereich von Kommunikation, Koordination und Steuerung gefährden bekanntermassen die Ergebnisse der Gesundheitsleistungen ebenso wie die Lebensqualität der Patienten. Bei Patienten mit chronischen Erkrankungen und insbesondere bei Krebs hat die unzureichende regionale Dichte an spezialisierten Leistungserbringern negative Auswirkungen.

Versorgungslücken und partielle Verknappung beim medizinischen Angebot und deren Auswirkungen auf die Ergebnisse der Versorgungsleistungen, zusammengefasst also der ungleiche Zugang zu angemessener und qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung, können zu einer Destabilisierung des Gesundheitssystems führen, und zwar entweder infolge von Überversorgung bzw. einem Überangebot oder aber umgekehrt infolge eines unzureichenden Angebots.

Zur Erreichung dieser Ziele ist es erforderlich, dass unsere Behörden einige aktuelle Grundbedingungen ändern können, die wir im Folgenden anführen.

Das Gesundheitssystem und insbesondere die Versorgung der älteren Bevölkerung erfordern eine praxisgerechte regionale und überregionale Zusammenarbeit zwischen den Erbringern ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen und zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen.

- In den Randregionen wie auch in den Ballungsräumen muss die ambulante Grundversorgung durch in einer Praxis oder in Gruppenstrukturen niedergelassene Ärzte gewährleistet bleiben. Diese Ärzte beteiligen sich an ambulanten Bereitschaftsdiensten für Notfälle in ihrer Region (koordinierte oder gemeinnützige Dienste) und sind darüber hinaus bereit, ein Minimum an Hausbesuchen durchzuführen.
- Fachärzte, die in Regionalnetzwerken vom *Managed Care*-Typ organisiert sind, sind ebenfalls der ambulanten Grundversorgung zuzurechnen, insbesondere auch dann, wenn sie die Rolle von «Gatekeepern» übernehmen und die Patienten an ein Spital oder einen anderen Leistungserbringer überweisen.
- Die ambulante Grundversorgung, insbesondere in Form der Hausarztmedizin, ist derzeit in ländlichen Gebieten und Randregionen gefährdet. Um einer Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Randregionen entgegenzuwirken, müsste die Tätigkeit des ambulanten Grundversorgers in diesen Regionen gefördert werden, beispielsweise über differenzierte Tarife. Die Bildung von Gemeinschaftspraxen ist in dünn besiedelten Gebieten wegen mangelndem Patientenaufkommen schwer zu realisieren, aber es sind andere Formen gemeinsamer Strukturen denkbar; die Bildung von Gemeinschaftspraxen sollte auch ausserhalb von städtischen Zentren über geeignete Mittel gefördert werden.
- Unter Telemedizin versteht man die medizinische Fernbehandlung. Informationen und medizinische Daten werden nicht im persönlichen Kontakt von Person zu Person, sondern über elektronische Medien ausgetauscht. Der grosse Vorteil der Telemedizin für die regionale Gesundheitsversorgung ist natürlich die Tatsache, dass man die räumliche Distanz zwischen Personen durch den Einsatz technischer Kommunikationsmittel überwindet. Das Hauptaugenmerk der Telemedizin liegt auf der Interaktion Patient-Arzt (Telekonsultation) in Zusammenhang mit der Diagnose oder Behandlung; darüber hinaus dient sie auch der Beratung unter Ärzten (Consilium). Die Telemedizin dient in erster Linie der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit, sie kann aber zudem zu einer Anhebung der Qualität und Effizienz medizinischer Behandlungen beitragen, wenn sie auf validierten Prozessen beruht. Dennoch bleibt das Risiko einer Zwei-Klassen-Medizin, denn die Patienten, besonders jene in den Randgebieten, sind nicht alle über elektronische Medien erreichbar oder mit diesen nicht vertraut oder aber ihr Kommunikationsvermögen ist unzureichend. Darüber hinaus ist sicherzustellen, dass der Datenschutz hinreichend gewährleistet ist und es bleibt nachzuprüfen, ob die Angebote der Telemedizin in den peripheren Gebieten tatsächlich von den Patienten angenommen werden.

Im Wissen um die Notwendigkeit einer besseren Planung von Gesundheitsleistungen vertritt Forum Santé-Gesundheit den Gedanken einer Regulierung der medizinischen Versorgung in allen Regionen, für den Fall, dass der freie Markt nicht funktioniert, und zwar im Sinne eines Service public für alle Gesundheitsterritorien. Dieser Service public betrifft die Spitalplanung genauso wie die Förderung von Netzwerken aus Ärzten und anderen Gesundheitsberufen und kann bis zur Einrichtung von Ärztehäusern und regionalen Büros für Gesundheitsinformation und -orientierung gehen.

5.4 Staffelung des Taxpunktwertes

Die Leistungstarife sind heute in der gesamten Schweiz einheitlich, mit Schwankungen auf kantonaler Ebene, unabhängig von der Tatsache, ob die Leistung in städtischem oder ländlichem Gebiet erbracht wurde. Nun wäre es aber im Bereich der medizinischen Grundversorgung zweckmässig, differenzierte Tarife je nach Region und entsprechend der medizinischen Versorgungsdichte vorzusehen, um die Aufrechterhaltung eines ausreichenden Angebotes zu begünstigen; dies entspräche im Übrigen auch den Regeln des Marktes.

Zwar ist offenkundig, dass die Ausgestaltung unterschiedlicher Tarifzonen kein leichtes Unterfangen sein wird. Hier sei jedoch bemerkt, dass die Krankenkassenprämien in ein und demselben Kanton zu unterschiedlichen Sätzen erhoben werden und bis zu drei unterschiedliche Zonen umfassen.

Forum Santé-Gesundheit unterstützt die Ansicht, dass in Regionen, in denen das medizinische Angebot begrenzt ist, die Entschädigung für eine medizinische oder pflegerische Leistung höher ausfallen kann als in Regionen, in denen ein äusserst umfangreiches Angebot zu verzeichnen ist.

Darüber hinaus sollten für Leistungserbringer in benachteiligten Regionen spezifische Leistungsaufträge vorgesehen werden, mit «Direktzahlungen» dieser Leistungen, wie es auch im Agrarbereich der Fall ist (Aufrechterhaltung des sozialen Gleichgewichts, Schutz der sozialen und wirtschaftlichen Umgebung, Sicherung dezentraler Lebensräume, dezentrale Anbindung bei Notfällen usw.)

Als Beispiel dafür, wie nicht vorgegangen werden sollte, sei der gänzlich unverständliche Fall des Kantons Zürich genannt, in dem unlängst die Selbstdispensation durch Praxisärzte sowohl in den Städten Winterthur und Zürich als auch in den Randgebieten, in denen Apotheken rar sind, genehmigt wurde. Diese Genehmigung schafft für die Ärzte einen zusätzlichen Anreiz, sich in der Stadt niederzulassen. Wenn Leistungserbringer in der Stadt und auf dem Land identisch vergütet werden, ist derjenige, der in der Stadt praktiziert, klar im Vorteil.

5.5 Infrastruktur und Steuern

Die Wirtschaftsförderung sieht bei der Neuansiedlung von Unternehmen Steuererleichterungen vor, und dies insbesondere in den Randgebieten. Warum sollte eben dieses Prinzip nicht auch häufiger auf die medizinischen Dienstleistungen in bestimmten Regionen angewandt werden?

Forum Santé-Gesundheit ist der Auffassung, dass dieses System der Steuererleichterungen zum Ausbau des medizinischen Grundangebotes in peripheren und dünnbesiedelten Regionen angewandt werden kann. Ausserdem sollten regionale Kooperationsmodelle den Fachkräften im Gesundheitswesen Infrastrukturen und weitere wirtschaftliche Vorteile zur Verfügung stellen können, um die Standortattraktivität zu fördern.

6. AUSGESTALTUNG EINER REGIONALEN VERSORGUNGSSTRUKTUR

In Randregionen praktizierende Ärzte sollten dabei unterstützt werden, sich in Netzwerke einzubringen, die die medizinische Versorgung zentralisieren, und dies sowohl um die gegenseitige Ergänzung unter Spezialisten zu fördern als auch um Bereitschafts- und Notfalldienste zu organisieren.

Über diese Kooperation hinaus müssen also weitere Massnahmen in Betracht gezogen werden, um ein koordiniertes Versorgungsangebot zu fördern:

- *Gründung von patientennahen, medizinischen Versorgungszentren für die Grundversorgung und bestimmte Versorgungsfachbereiche, nach dem Modell der «Ärztehäuser»*
- *Öffnung der regionalen Krankenhäuser in Fällen unzureichender Versorgung im ambulanten Bereich*
- *Integrierung der regionalen Krankenhäuser in die ambulanten Programme zum «Disease Management», zur Prävention und Rehabilitation, mit integrierter Finanzierung;*
- *Intensivierte Verhandlungen zwischen Kostenträgern (Kantone, Gemeinden, Versicherer) und Leistungserbringern, um eine effiziente und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung in allen Regionen aufzubauen.*

Forum Santé-Gesundheit empfiehlt, medizinische Bereitschafts- und Notfalldienste auf der Ebene grosser Regionen (wie beispielsweise die Notrufzentrale im Wallis) zu organisieren und in Zusammenarbeit mit Kantonen und Gemeinden gruppenorientierte Infrastrukturen zu fördern, die an die lokalen und regionalen Gegebenheiten angepasst sind.

Eine derartige Umgestaltung der medizinischen Versorgung auf Regionsebene impliziert einen forcierten Ausbau der Zusammenarbeit nach dem «Managed-Care»-Modell, mit dem Ziel, dass die Leistungserbringer gemeinsam die Verantwortung für die Patientenversorgung in einer Region übernehmen. Diese Art der Organisation stellt im Vergleich zum Status Quo eine grosse Herausforderung dar und bietet gleichzeitig eine Chance für eine nachhaltige regionale Entwicklung der medizinischen Versorgung. Im Unterschied zum momentan gültigen, leistungsabhängigen Finanzierungsmodell, bei dem der finanzielle Anreiz eine Ausweitung der Leistung begünstigt, steht das «Managed Care»-Prinzip für den umgekehrten Grundsatz: Je effektiver die Leistungen sind, desto grösser ist das verfügbare Budget für weitere Massnahmen, beispielsweise im Präventionsbereich.

7. REGIONALE AGENTUR ZUR GESUNDHEITSINFORMATION, FÜR BEVÖLKERUNG UND PATIENTEN

In der Schweiz fehlen verständliche und für Bevölkerung und Patienten leicht zugängliche Informationen über das Angebot an Gesundheitsleistungen und deren Qualität. Menschen in Randregionen benötigen nicht nur ein ausreichendes medizinisches Angebot, sondern auch einen Ort, an dem sie verlässliche Informationen über das Angebot und die Qualität der Gesundheitsleistungen erhalten. Einen Ort, an den sie sich im Falle akuter oder chronischer Krankheiten wenden können, um Fragen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu stellen oder um Informationen zu bestehenden Angeboten zu erhalten (beispielsweise bezüglich der Betreuung von Senioren). Das Ganze muss an einem leicht zugänglichen Ort stattfinden, an dem auf man ein aufmerksames Ohr trifft und qualifizierten Rat in Anspruch nehmen kann. An diesem Ort muss man auf verlässliche Informationen zu Leistungserbringern, Krankenkassen, Selbsthilfe und zu Einrichtungen im Bereich Gesundheitsvorsorge und Rekonvaleszenz zugreifen können. Genau dies ist eine der möglichen Funktionen einer regionalen Gesundheitsagentur.

Nun stellt sich eine weitere grundsätzliche Frage: Muss eine klare Organisationsstruktur geschaffen werden, mit dem Status eines Service public, oder aber müssen lediglich bestimmte Informationsfunktionen besser zugänglich gemacht werden, insbesondere der Zugang zu Informationen über das Gesundheitssystem? Seit mehreren Jahren arbeitet Forum Santé-Gesundheit an der Idee einer «regionalen Gesundheitsagentur» oder zumindest eines Informationsbüros zu Gesundheitsfragen und Gesundheitsdienstleistungen.

Das Internet stellt ein weiteres, für Computernutzer zweckdienliches Informationsmittel dar. Zahlreiche Informationen sind dort jederzeit verfügbar und können abgerufen und verwendet werden. Doch ist bei Gesundheitsfragen die Sicherstellung qualitativ hochwertiger Informationen erforderlich. Bei den Vermittlern der Information muss es sich um Personen handeln, die die Normen zu Qualität und Umsetzung der medizinischen Versorgung sowie die Leistungserbringer wie Ärzte und Apotheker gut kennen und die gleichzeitig «gute Ratgeber» sind.

Forum Santé-Gesundheit empfiehlt, regionale Agenturen zur Gesundheitsinformation als Stätten der Information und Beratung zu schaffen. Derartige Agenturen unterstützen im Auftrag des Staates die Patienten, die ein ganzheitliches Management ihrer Krankheit anstreben, und sind im Rahmen der Überlegungen zu einem regionalen Gesundheitsnetzwerk zu sehen. Diese Agenturen sollten auch im Bereich der Prävention tätig sein und bei der Verbesserung von Unternehmens-, Schul- und Gemeindeprogrammen zur Erhaltung der Gesundheit mitwirken.

8. DIE BEDARFSKLAUSEL: EINE RISIKOBEHAFTETE MASSNAHME...

Die Bedarfsklausel zur Eröffnung neuer, zu Lasten der Krankenversicherung praktizierender Arztpraxen wurde 2002 eingeführt einerseits aus Furcht vor einer exzessiven Einwanderung von Ärzten aus EU-Ländern nach der Einführung der Bilateralen I, andererseits um den Kantonen die Kompetenz zu geben für eine ausreichende, aber nicht übermässige Versorgungsdichte bei medizinischen Behandlungen und sonstigen Gesundheitsleistungen sorgen können. Diese Regelung betrifft das medizinische Angebot, während die «Bedarfsklausel» nur die Behandlungen zu Lasten der Krankenversicherung betrifft. Hier sehen wir den Konflikt zwischen zwei Leitzielen, einerseits dem der Versicherer, mit der Eingrenzung der ihnen zufallenden Kosten, und andererseits dem Leitziel einer ausreichenden medizinischen Versorgung (vom Standpunkt der Ärzte, der Patienten usw.).

Die Bedarfsklausel, ursprünglich für drei Jahre eingeführt und zweimal verlängert (2005 und 2008), ermöglicht den Kantonen, die Eröffnung neuer Arztpraxen zu steuern. Diese Massnahme war infolge des befürchteten Anstiegs der Anzahl privat praktizierender Ärzte in den Städten getroffen worden, in denen die medizinische Versorgungsdichte als ausreichend beurteilt wird. Jedoch betrifft diese Massnahme, die auf Gebiete mit hoher Dichte an Gesundheitspersonal abzielt, auch einige periphere Regionen, die oft unter einem Mangel an praktizierenden Ärzten leiden. Das Fehlen einheitlicher, genau festgelegter Vorschriften führte zu kantonal unterschiedlichen Vorgehensweisen. Die Massnahmen wurden teilweise mit grosser Freizügigkeit oder eben Strenge durchgeführt. Unter diesen Bedingungen treffen zwei Ideologien aufeinander: soll man die Massnahme abschaffen und in diesem Fall hinnehmen, dass sieben Jahre der Nicht-Niederlassung wettgemacht werden (die Schätzung liegt bei 600 neuen Praxen)? Oder soll man weiterhin eine restriktive kantonale Planung verfolgen, die einige Ausnahmen einräumt?

Die Krankenkassen haben vorgeschlagen, den Vertragszwang abzuschaffen, d. h. sie könnten dann selbst die durch sie zu vergütenden Ärzte aussuchen. Nach der Abstimmung vom 1. Juni 2008 werden die Kassen vorsichtiger, da sie weitere Reaktionen aus der Bevölkerung fürchten; ihre Ziele aber haben sich kaum verändert. Die Krankenkasse Helsana beispielsweise schlägt je nach gewähltem Selbstbehalt des Versicherten eine mehr oder weniger eingeschränkte Auswahl an Ärzten vor. Die Kantone würden eine obligatorische Vergütung aller Allgemeinmediziner vorziehen, sprechen sich jedoch für eine Abschaffung des Vertragszwangs bei den Fachärzten im Rahmen der Grundversicherung aus. Die Priorität würde Ärzten in Netzwerken gegeben.

Für Forum Santé-Gesundheit regeln diese Vorschläge nicht das Problem der räumlichen, sozialen und zeitlichen Mangelsituation. Zu planen sind nicht negative Massnahmen, sondern positive Schritte. In den Randgebieten, in denen die Mängel ausgeprägt sind, sollten Anreize zur Niederlassung eingeführt werden (von den Gemeinden zur Verfügung gestellte Räumlichkeiten, bei Niederlassung zinslose Darlehen durch die Kantonbanken, Anpassung des TarMed-Taxwerts usw.). In den benachteiligten Stadtteilen der grossen Städte, die oft ohne Ärzte sind, wären ähnliche Massnahmen zu treffen. Ferner wäre ein System vom Typ «SOS Ärzte» zu unterstützen, bei dem alle praktizierenden Ärzte die Zulassung erhalten, die bereit sind, für eine bestimmte Dauer (z. B. 5 Jahre) in diesen Regionalnetzwerken zu arbeiten.

Im Vorfeld dieser positiven Massnahmen müssen Fragen zur Ausbildung von Ärzten und Gesundheitspersonal in den Bereichen, in denen Mängel zu verzeichnen sind (Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Psychiater usw.) der aktuellen Lage entsprechend gestellt und beantwortet werden.

Einige Spezialisierungen sollten gefördert, andere dagegen, in denen ein «Überhang» besteht, einem Numerus clausus unterworfen werden. Studienfördergelder könnten jenen Fachkräften gewährt werden, die sich in Randregionen niederlassen wollen, vorausgesetzt, sie beabsichtigen dort auch einige Jahre zu arbeiten.

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Beim Lesen dieses Dokumentes stellt man fest, dass Forum Santé-Gesundheit das Gesundheitssystem als eine ganzheitliche Einheit versteht, in der der Staat (Bund, Kantone, Gemeinden) die Verantwortung für regulierende Massnahmen trägt. Wir analysieren das medizinisch-gesundheitliche Angebot in seiner Gesamtheit und schlagen dessen Regulierung durch gezielte Massnahmen vor, damit bestimmten Kriterien entsprochen werden kann, wenn der freie Markt nicht funktioniert. In diesem Fall dürfte sich die Regulierung auf dem Wege des Prinzips des freien Unternehmertums durchsetzen.

Dem Staat obliegt bereits seit langem eine Verantwortung zur Regulierung, beispielsweise im Hinblick auf Zulassungen, Anerkennung eidgenössischer Diplome, das Praxis- und Spitalangebot, das medizinisch-soziale Angebot, die Kranken- und Unfallversicherungssysteme usw. Wir möchten ihm gern eine zusätzliche Befugnis übertragen, damit das System verbessert wird und vor allem «Wüsten» wie auch «Oasen» im Gesundheitswesen in räumlicher, sozialer, zeitlicher und soziokultureller Hinsicht vermieden werden und der Staat auf koordinierte Weise die Qualität der medizinischen Versorgung für alle fördert.

Unsere Vorschläge zielen somit darauf ab, im Rahmen eines kontrollierten Wettbewerbs eine bessere räumliche, zeitliche und soziale Organisation unseres Gesundheitssystems zu fördern. Sie zielen weiterhin darauf ab, eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung in dünnbesiedelten Gebieten zu gewährleisten und Gesundheitsberufen Anreize für eine Niederlassung in diesen Regionen zu bieten. Der Ausbau der Gesundheitsinformationen und die Ausgestaltung einer besseren Regulierung müssen vorrangige Ziele unserer Behörden sein. Ohne diese Regulierung und eine Vermehrung der Anreize werden sich die «Wüsten und Oasen im Gesundheitswesen» vergrössern, in der gesundheitlichen Prävention ebenso wie in der medizinischen Versorgung... was sicher niemand möchte.

BIBLIOGRAPHIE UND INTERNETSEITEN

Bailly A, Bernhardt M., Gabella M. (2008). **Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz**, Verlag Hans Huber, Bern (2008). Diese 2., revidierte und erweiterte Auflage räumt der aktuellen Situation des Gesundheitssystems in der Schweiz mehr Platz ein und entwickelt neue Vorschläge zu seiner Reform.

Bertschi M (2007). **Obsan-Studie: Die ärztliche Versorgung ist (noch) überall gewährleistet.** *Infosantésuisse* 2007;(5):18-19.
http://www.santesuisse.ch/icms/pubinhalte/uploads/de_arztregionen.pdf

Bétrisey C, Jaccard Ruedin H (2007). **Entwicklung des ärztlichen Aktivitätsgrads in der ambulanten Medizin zwischen 1998 und 2004.** (nur in französischer Sprache erhältlich)
Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007.
<http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.Document.102483.pdf>

Bisig B (2004). **Gesundheitswesen Schweiz: Gibt es Unter- oder Überversorgung? Die Bedeutung von Sozialschicht, Wohnregion, Nationalität, Geschlecht und Versicherungsstatus. [Zusammenfassung].** Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2004. http://www.sozialstaat.ch/global/projects/results/bisig_kurzfassung.pdf

Buddeberg-Fischer B & al. (2008). **The new generation of family physicians – career motivation, life goals and work-life balance.** *Swiss Med Weekly* (2008: 138 (21-22): 305-312)

Jaccard Ruedin H, Bétrisey C (2007). **Entwicklung des Aktivitätsgrads der Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktiker.** *Primary Care* 2007; 7(49-50):737-742.
<http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-49/2007-49-534.PDF>

Kissling B (2007). **Kommentar der Redaktion : Evolution du taux d'activité des médecins «généralistes»: eine OBSAN-Analyse.** *Primary Care* 2007; 7(48):712-713. <http://www.primary-care.ch/pdf/2007/2007-48/2007-48-522.PDF>

Kocher GE, Oggier W (2007). **Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009 : Eine aktuelle Übersicht.** 3. Auflage, Verlag Hans Huber. Bern (2007).

Seematter-Bagnoud L (2008). **Etude de l'OBSAN : Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse – Projections à l'horizon 2030**. Document de travail 33, (nur in französischer Sprache erhältlich), http://www.iumsp.ch/Unites/uss/raprevimed_obsan.pdf

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften [Ed. (2007). **Rationierung im Schweizer Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen [elektronisches Dokument]**. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), 2007: -97 http://www.samw.ch/docs/Publikationen/d_BERICHT_Ratio_compr.pdf Teil 2: Einschätzung. [...] - Santos-Eggimann B: Gibt es Evidenz für implizite Rationierung im schweizerischen System der Gesundheitsversorgung? IUMSP 2005 (Das Wesentliche)

CPME (Comité Permanent des Médecins Européens - Standing committee of European doctors) (2008). CPME adopted the following policy documents at its Board meeting on 25 October 2008 in London: **CPME statement on the global and European shortage of physicians: proposals for a common European Strategy** (in englischer Sprache), http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2008/CPME_AD_Brd_251008_097_EN.pdf

Verbindung der Schweizer Ärzte (2007). **FMH-Ärzttestatistik**. Berne: FMH, 2007. http://www.fmh.ch/ww/de/pub/fmh/mitgliederstatistik/fmh_rzttestatiken_1930_20.htm

Organisation for Economic Co-Operation and Development, World Health Organization (2006). **OECD Reviews of Health Systems - Switzerland**. Paris: OCDE, 2006. http://www.oecd.org/document/10/0,3343,en_2649_33929_37561819_1_1_1_37407,00.html

INHALTSVERZEICHNIS

1. Gibt es Ungleichheiten im schweizerischen Gesundheitswesen?	2
2. Räumliche und soziale Zugänglichkeit	3
2.1 Medizinisches Angebot	3
2.2 Soziale Zugänglichkeit	7
2.3 Verzicht auf medizinische Versorgung	8
3. Zeitliche Zugänglichkeit	10
4. Der rechtliche Kontext: Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung	11
4.1 Bundesrecht	11
4.2 Kantonale Gesetzgebungen	12
5. Regionale Organisation der medizinischen Versorgung	13
5.1 Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung in allen Regionen	13
5.2 Zu klärende Grundbedingungen: das Recht auf Zugang zu Versorgung	13
5.3 Steuerung eines regionalen Gesundheitsangebotes	14
5.4 Staffelung des Taxpunktwertes	16
5.5 Infrastruktur und Steuern	16
6. Ausgestaltung einer regionalen Versorgungsstruktur	17
7. Regionale Agentur zur Gesundheitsinformation, für Bevölkerung und Patienten	18
8. Die Bedarfsklausel: eine risikobehaftete Massnahme...	19
9. Schlussfolgerungen	20
 Bibliographie und Internetseiten	 21
 Inhaltsverzeichnis	 23