

## « WELCHE MEDIZIN FÜR DIE DRITTE GESUNDHEITSREVOLUTION? »

**Dossier zusammengestellt von den Mitgliedern der Gruppe Forum Santé-Gesundheit:**

A. Bailly, A. Brandt, Rudolf Virchow Institut, Basel  
R. Darioli, UNIL Lausanne  
M. Deppeler, Allgemeinpraktiker, SalutoMed AG, Zollikofen  
Y. Guisan, Honorarkonsul, Gibraltar  
C.-Y. Lee, Kantonsarzt, Freiburg  
P. Lehmann, Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé, Lausanne  
M. Lysser, Inselspital, Bern

**unter der Leitung von:**

Antoine Bailly, Universität Genf, Präsident Forum Santé-Gesundheit

[www.forumsante.ch](http://www.forumsante.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.

# Welche Medizin für die dritte Gesundheitsrevolution?

## Die dritte Gesundheitsrevolution

Welches Gesundheitssystem wollen wir, um den Bedürfnissen der Schweizer Bevölkerung zu Beginn des 3. Jahrtausends Rechnung zu tragen? Jede Zeit hat ihr eigenes Gesundheitssystem. Die Systeme der letzten Jahrhunderte verfolgten andere Ziele als diejenigen, welche die Patienten, die Angehörigen der Gesundheitsberufe, Behörden und die Bevölkerung heute in der Schweiz fordern. Im 19. Jahrhundert waren die Spitäler noch für Sterbende bestimmt, und die medizinische Versorgung war selbst für die Wohlhabenden äusserst begrenzt. Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts liess der medizinische Fortschritt auf eine Senkung der Sterblichkeitsrate hoffen: Mit der Eröffnung zahlreicher Regionalspitäler, die kleine Versorgungsregionen abdecken und sich um Notfälle und die laufende Gesundheitsversorgung kümmern, beginnt die Zeit der „ersten Gesundheitsrevolution“. In dieser Epoche entsteht auch ein Netz von Allgemeinmedizinern, die Dienstleistungen für die gesamte Bevölkerung anbieten. Der Rückgang der Sterblichkeitsrate zeugt vom Erfolg dieses Systems.

Mit dem Wissensausbau und einem kurativen wissenschaftlichen Ansatz im Bereich der Gesundheit fand am Ende des 20. Jahrhunderts die „zweite Gesundheitsrevolution“ statt, geprägt durch die starke Zunahme der Spezialisierungen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Medizin und die Schaffung grosser Spitäler .

Dies Erbe bedeutet für uns ein auf drei Ebenen leistungsfähiges Gesundheitssystem: zunächst das der Primärmedizin in der Nähe des Patienten, basierend auf einem Netzwerk von Praxisärzten und kleinen Hospitälern, zweitens die Medizin der Regionalhospitäler, die kantonale Versorgungsregionen abdecken, und schliesslich die dritte Ebene der Spezialkliniken der Universitäten für einen grösseren Bevölkerungskreis. Hieraus ergeben sich die heutige Ärztedichte in den Städten und die Vernetzung der Spitäler, wodurch Lebensqualität und Lebensdauer gesteigert werden.

Im 21. Jahrhundert stellen sich neue Herausforderungen, die nach der „dritten Gesundheitsrevolution“ verlangen: Wie sollen die von den vorangegangenen Systemen geerbten Kosten gesenkt werden? Wie kann mit den durch die Überalterung der Bevölkerung bedingten chronischen Erkrankungen angemessen umgegangen werden? Wie kann gleichzeitig die gesamte Bevölkerung in jedem Lebensalter und bei jeder Pathologie so geschult und versorgt werden, dass keine Abstriche bei Lebensqualität und -dauer gemacht werden müssen? Dieses Versorgungssystem bedarf somit einer höheren Kohärenz und muss an neue gesellschaftliche und wirtschaftliche Gegebenheiten angepasst werden. Dies beinhaltet auch eine Umgestaltung des Bereichs Krankheitsbehandlung und eine umfangreiche Förderung der Prävention, welcher bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Ziel dieser Umgestaltung ist, diese Bereiche leistungsfähiger und rationeller zu gestalten.

Es gibt zahlreiche Antworten auf diese Frage: Weiterentwicklung der Grundversorgung bei der Durchführung einer ersten Triage und der späteren Versorgung der Patienten; Gesundheitsprävention und –förderung innerhalb des Gesundheitssystems und darüber hinaus in Familie, Schule, Betrieb usw.; Einrichten von berufs- und fachübergreifenden Managed-Care-Netzwerken; bessere Aufteilung zwischen ambulanter und Spitalmedizin; Verzicht auf unnötige und ineffiziente Versorgung; Versorgungsbeschränkungen je nach Alter oder Pathologie; Schliessung der Regionalspitäler, Kontrolle der Arztzulassungen usw. Es gibt zahlreiche Modelle: Das

schweizerische und deutsche System, in denen der die Grundversorgung gewährleistende Arzt über wirksame Instrumente zur Beurteilung der Gesundheit des Patienten verfügt (Labors); das französische System, in dem der gleiche Arzt in seiner Praxis mit wenig Ausstattung (einem Kugelschreiber, einem Stethoskop und Rezepten) arbeitet; oder das britische NHS-System, in dem ausschliesslich die Allgemeinmediziner die ambulante Medizin und die Triage übernehmen – nur Spitalärzte sind hier spezialisiert.

Forum Santé-Gesundheit möchte die Vor- und Nachteile dieser Systeme im Hinblick auf die Bedürfnisse der Schweizer Bevölkerung analysieren und Ansätze für zweckmässige und wirksame Reformen erarbeiten. Welche Gesundheitsmodelle wollen wir und welche Bedürfnisse und Erwartungen sollen sie abdecken? Können die Erbschaften der früheren Gesundheitsrevolutionen aus dem Weg geräumt werden, ohne die Lebensqualität der Bevölkerung zu mindern? Welches werden die neuen Funktionen der Akteure des Gesundheitssystems sein, da sich die Berufsbilder in Abhängigkeit von Technik, elektronischer Datenverarbeitung und kulturellen Veränderungen ja rapide wandeln? Braucht die Schweiz in ihrem föderalen und liberalen Kontext ein erneuertes Modell, das die neuen Bedürfnisse abzudecken vermag, ohne die medizinischen Errungenschaften vom Ende des 20. Jahrhunderts zu beschneiden? Dies sind die Herausforderungen unserer neuen Gesundheitspolitik für die nächsten 20 Jahre.

Forum Santé-Gesundheit möchte in Anbetracht des Ausmasses und der Bedeutung dieser Fragen die Überlegungen auf übergeordnete Massnahmen richten und sich dabei auf das System der Grundversorgung (santé de premier recours, primary care) konzentrieren. Es geht insbesondere um eine partnerschaftliche Medizin, welche für dieses System nicht nur im Versorgungs-, sondern auch im Präventionsbereich erforderlich ist. Die Fragen der Gesundheitsversorgung, der Ziele des Systems, der Erwartungen der Bevölkerung und der zur Verfügung zu stellenden Mittel sind zentrale Punkte einer Analyse unter Berücksichtigung ihrer Einbettung in einen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext. Der Übergang von der bio-medizinischen zur bio-sozialen Betrachtungsweise ebnet den Weg für eine Reflektion über die Entwicklung der Gesundheitsberufe und die Wahrnehmung seitens der Bevölkerung in Gesundheitsfragen.

### **Ein nicht angepasstes Gesundheitssystem**

Offensichtlich ist das schweizerische Gesundheitssystem nicht mehr an die gegenwärtigen Erfordernisse angepasst. Wir haben es hier mit dem nicht enden wollenden Drama der Konflikte zwischen den Fachkräften im Gesundheitswesen, den Krankenversicherungen und Behörden und jüngst insbesondere mit den Allgemeinmediziner\*innen zu tun. Die konstante und unkontrollierte Erhöhung der Prämien mit einem erneuten Anstieg von beträchtlichem Ausmass stellt nun ein erneutes Warnsignal dar.

Das schweizerische Gesundheitssystem ist ein bunt zusammengewürfeltes Modell, das im Wesentlichen auf Akutmedizin ausgerichtet ist. Strukturell beruht es in weiten Teilen auf den Erbschaften des 19. und 20. Jahrhunderts mit Versorgungseinrichtungen, die infolge religiöser, lokaler und regionaler Initiativen entstanden und Arztpraxen, die aufgrund individueller Initiativen errichtet wurden. Es gab keine Koordination und keine vernünftige Ausrichtung auf die Bedürfnisse. Der wesentliche Impuls wurde in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts durch die gesellschaftlichen Erfordernisse oder grosse Seuchensituationen wie die Tuberkuloseepidemie gegeben.

Bei der finanziellen Verwaltung herrscht die gleiche Zerstückelung mit unterschiedlichen Modalitäten bei der Kostenübernahme, je nachdem ob es sich um Krankenversicherung, den ambulanten oder den stationären Bereich, die obligatorische Unfallversicherung der Arbeitnehmer usw. handelt. Diese Unterschiedlichkeit trägt zur Entwicklung besonderer Vorrechte und zu Interessenkonflikten bei.

Das KVG hat die obligatorische, solidarische Krankenversicherung eingeführt. Dies ist ein unbestreitbarer gesellschaftlicher Fortschritt, welcher der helvetischen Tradition entsprechend im Geiste des Kompromisses erfolgte. Das Gesetz enthält eine Anzahl nicht eindeutig formulierter, aber sehr bedeutsamer Ansprüche, wie den Zugang zur Versorgung für alle und den Grundsatz der Gleichbehandlung. Die Wirtschaftlichkeit der Behandlung wird im Gesetz angeführt, trifft aber auf Interpretations- und insbesondere Anwendungsschwierigkeiten.

Das KVG beinhaltet darüber hinaus das Prinzip der Marktwirtschaft, das in der Gesetzgebung nicht explizit angeführt ist, aber das eine Kostenoptimierung durch wirtschaftlichen Wettbewerb ermöglichen sollte. Genau diese Mechanismen fördern auch das Streben nach Profit und vernachlässigen das Ziel einer Rationalisierung im Sinne des Allgemeinwohls. Das System der Einzelleistungsvergütung fördert unbestreitbar die Mengenausweitung der Leistungen. Zwar existiert eine Regulierungseinrichtung, da ja die Tarife für die Leistungen in Verhandlungen festgesetzt werden. Die Kontrolle der Tarife erfolgt durch den Vertrauensarzt, jedoch im Nachhinein und mit einer zeitlichen Verzögerung, die im Regelfall mehrere Monate beträgt. Auch die Rechnungsführung der Krankenkassen unterliegt einer Kontrolle und die Anträge auf Prämienhöhung erfolgen nach einem äusserst anspruchsvollen Verfahren. Aber insgesamt gesehen verliert sich die Wirksamkeit dieser Regulierungsinstrumente in den komplexen Windungen des Systems und seiner Strukturen, ganz zu schweigen von den Lücken im System. All dies führt allzu oft zu wenig fundierten oder sogar willkürlichen Entscheidungen.

Wie soll man sich in diesem Kontext einen wirtschaftlichen Wettbewerb vorstellen? Jedes Mal, wenn Schwierigkeiten auftraten, wurde die Ursache hierfür in einem unzureichenden Wettbewerb gesehen. Der einzige tatsächliche wirksame wirtschaftliche Wettbewerb besteht zwischen den Versicherungen. Diese unterliegen jedoch zugleich solchen Zwängen, dass die einzige Auswirkung jeden Herbst in einem Wechsel von etwa 8 bis 9 % der Versicherten von einer Kasse zur anderen besteht, um sich bei der günstigsten Kasse ihres Kantons zu versichern. Die Versicherungen haben tatsächlich keine Möglichkeit, die Höhe der ihnen gestellten Rechnungen zu beeinflussen, ausser dass sie hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Behandlung Kritik äussern können.

Um diesen Zwängen entgegenzuwirken, haben die Krankenversicherungen das System der Vertragsfreiheit vorgestellt. Dieses würde den Versicherungen die Möglichkeit geben, sich vertraglich mit wirtschaftlich arbeitenden Leistungserbringern zu verbinden, um den Rahmen der von ihnen zu übernehmenden Leistungen abzustecken. Auf diese Weise wären insbesondere die Ärzte mehr an die eine und weniger an eine andere Kasse gebunden. Ein solches System hätte den Vorteil einer erhöhten Wirtschaftlichkeit, aber auch eine ganze Reihe potenziell nachteiliger Konsequenzen. Die erste Folge für den Versicherten wäre die Abschaffung der freien Arztwahl. Der Versicherte wäre an die mit seiner Versicherung unter Vertrag stehenden Ärzte gebunden. Wenn der Arzt des Versicherten nicht mehr mit dessen Versicherung unter Vertrag steht, müsste der Patient die Versicherung wechseln, um bei diesem Arzt bleiben zu können. Dieses System würde es den Versicherungen ermöglichen, auf Behandlungsrichtlinien basierte Regeln für die Kostenübernahme aufzustellen und so die Therapiefreiheit des Arztes in Frage zu stellen. Dies wäre die schwerwiegendste Konsequenz: die Versicherung hätte die Möglichkeit, über die Vorgehensweise bei der Behandlung zu entscheiden und nicht mehr der Arzt im Auftrag des Patienten. Damit würde die flächendeckende Versorgung insbesondere in peripheren Regionen zufallsabhängig und die Kantone wären gezwungen, Zwangsmassnahmen zu ergreifen, um die Versorgung sicherzustellen. Schliesslich könnten die Versicherungen bestrebt sein, eine Politik der konstanten Angebotsausweitung zu betreiben, um ihren Kunden die bestmöglichen Leistungen anzubieten. Dies würde jedoch dem Ziel einer erhöhten Wirtschaftlichkeit völlig entgegenstehen. Wie dem auch sei, die mannigfaltigen Unsicherheitsfaktoren und die grundlegende Infragestellung des bisher Erreichten haben dazu geführt, dass die Schweizer Bevölkerung eine in diese Richtung gehende Änderung bei der Abstimmung am 1. Juni 2008 klar abgelehnt hat.

Die Versuche, dem Patienten mehr Verantwortung zu übertragen, sind ebenfalls gescheitert. Wie dies im Einzelnen aussehen sollte, war im Übrigen nie genau festgelegt worden. Ist es gerecht, das Opfer einer Krankheit oder eines Unfalls finanziell zu bestrafen? Hat derjenige eine freie Wahl getroffen wie bei irgendeinem anderen Konsumartikel? Die Antwort hierauf lautet klar nein. Die mögliche künftige Vorausbezahlung des Arztbesuchs in Höhe von CHF 30.-, eine sozial ungerechte Massnahme, dürfte keine Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (ausser für die völlig Mittellosen) und auf die Gesamtkosten in der Gesundheitsversorgung haben.

#### **Textbox Nr. 1: Stabilisierung der Gesundheitskosten: der Standpunkt des Bundesrates**

Der gegenwärtige Kostenanstieg und die sich daraus ergebende zweistellige Prämienentwicklung sind im Grunde für viele Schweizer nicht akzeptabel. Aus diesen Gründen sind durchgreifende Massnahmen notwendig. Im Folgenden einige vom Bundesamt für Gesundheit vorgeschlagene Massnahmen:

- Einführung einer Behandlungsgebühr von 30 Franken pro Konsultation beim Arzt oder im Spitalambulatorium,ausgenommen sind Konsultationen für Kinder, bei Mutterschaft und Teilnehmer an kantonalen Impfprogrammen. Im Gegenzug wird der maximale Selbstbehalt von 700 Franken auf 600 Franken reduziert.
- Erteilung einer Kompetenz an den Bundesrat zur Senkung der Tarife im ambulanten Bereich bei überdurchschnittlicher Kostensteigerung.
- Verpflichtung der Kantone zur Regelung der Tätigkeit der Spitalambulatorien in den Leistungsaufträgen, mit dem Ziel, die Leistungsmenge zu begrenzen.
- Gewährung eines zusätzlichen Beitrages zur individuellen Prämienverbilligung, deklariert als Konjunkturmassnahme.

Eine nachhaltige Massnahme wäre nur eine Kompetenzerteilung an den Bundesrat die Ausgaben- bzw. Kostenentwicklung für ambulante wie stationäre Gesundheitsleistungen an die Entwicklung des Volkseinkommens zu binden. Die Steuerung könnte über Tarifierpassungen erfolgen, z.B. über TARMED-Taxpunktweite im ambulanten Bereich. Das Ziel wäre z.B. eine Budgetierung der Gesundheitskosten als fixer Anteil am Volkseinkommen.

Die Diskussion von Lösungsansätzen wird durch die institutionellen Verflechtungen nicht gerade erleichtert. Die Kantone sind im Gesundheitsbereich souverän. Der Bund erstellt jedoch ein Rahmengesetz in Bezug auf Grundsätze und Funktionsweise. Dieses Rahmengesetz ist derart detailliert und fachlich anspruchsvoll geworden, dass der Handlungsspielraum der Kantone immer mehr auf denjenigen von ausführenden Organen reduziert wurde. Hieraus ergibt sich ein von allseitigen Erheiferungen unterbrochenes Kompetenzgerangel, ohne dass letztendlich irgendeine Entscheidung getroffen wird.

Hinzu kommen die Reaktionen der Partner im Gesundheitssystem, Krankenversicherungen, Unfallversicherung, Spitäler, Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie, die das Parlament zu Kompromissen treiben, mit denen versucht werden soll, die Interessen aller zu berücksichtigen. Dies endet entweder darin, dass die Tragweite des Ergebnisses zu vernachlässigbar gering ist oder aber die Durchführung extrem komplex wird. Der einzige wirkliche Durchbruch in der Gesetzgebung aus jüngerer Zeit besteht in der Spitalfinanzierung mit einer einheitlichen mittelfristigen Tarifmethodik (ab 2011) im gesamten Bundesgebiet und der (zumindest theoretischen) Möglichkeit der freien Spitalwahl unabhängig vom Kanton des Wohnsitzes.

Es ist unter diesen Umständen tragisch, dass es den politischen Autoritäten (Bund und Kantone) und den Partnern nicht gelingt, zusammen Bilanz zu ziehen, Arbeitsgruppen zu gründen und in einer schwierigen Situation einmütig nach Lösungen zu suchen. Zumindest ist offensichtlich, dass eine grundlegende Umstrukturierung des Systems unumgänglich ist.

### **Ist das Versorgungssystem effizient?**

Die Betrachtung einiger Daten kann helfen, traditionelle Auffassungen zu hinterfragen. Auffällig ist beispielsweise, dass die Gesamtkosten im Gesundheitsbereich von 1996 bis 2006 gemessen am BIP (1996 = 100) um 40,8 Prozentpunkte gestiegen sind, während die Prämien um 77 Prozentpunkte erhöht wurden. Dieser Unterschied von fast 30 Prozentpunkten wirft Fragen auf, für die es gegenwärtig keine Erklärung gibt.

Auch besteht keinerlei Parallelität zwischen der geschätzten Lebenserwartung bei der Geburt oder der beobachteten Lebenserwartung und der Summe der Gesundheitsausgaben. Die Lebenserwartung in allen westlichen Staaten ist vergleichbar. Sie ist in Grossbritannien, Spanien oder Italien nicht niedriger, obwohl es sich um Länder mit Gesundheitssystemen von schlechtem Ruf handelt.

Umgekehrt und trotz des gleichförmigen Anstiegs der Gesundheitsausgaben seit 1991 stieg die Anzahl der behandelten Diabetiker in der Bevölkerung stetig und sehr gleichmässig. Dies deutet darauf hin, dass unsere massgeblich auf Akutmedizin ausgerichtete Gesundheitssystem nicht mit Entwicklungen in der Gesellschaft konform geht. Es ist an der Zeit, viel entschlossener Anstrengungen hin zu einer umfassenderen Gesundheitsversorgung zu unternehmen, einschliesslich Prävention und Erziehung zu einem Lebensstil, der eine derartige Entwicklung weitestgehend vermeiden hilft.

Jedoch erfolgt gerade diese Information und Erziehung der Öffentlichkeit gegenwärtig in äusserst unkoordinierter Art und Weise. Eine in den USA vom Health Institute von PricewaterhouseCooper's durchgeführte Umfrage belegt, dass fast 70 % dieser Erziehung und Schulung über die behandelnden Ärzte, 45 % via Internet, 30 % durch Familie und Bekannte und kaum etwas mehr als 20 % über Zeitungen und Zeitschriften erfolgen. Die Situation in der Schweiz und in Europa ist möglicherweise nicht völlig identisch, aber die Entwicklung ist gewiss ähnlich.

Die gleiche Umfrage hat sich mit den Massnahmen beschäftigt, die am besten geeignet sind, Personen zu veranlassen, mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Erziehung/ Information erscheinen weit vorn mit 45 %, während Regierungsmassnahmen mit 9 % der Befragten hinten liegen, und sogar nur 5 % der Befragten sprechen sich für finanzielle Anreize aus. Dennoch gibt das Eidgenössische Department des Inneren bisher letzterer Vorgehensweise den Vorzug.

### **Der vergessene Patient**

Vor 5 Jahren wurde eine Gruppe von Hausärzten der Universität Bern vom damaligen Dekan der Medizinischen Fakultät Prof. E. Bossi gefragt: „brauchen wir in 10 Jahren noch Hausärzte?“. Anstatt diese bewegende Frage mit einem einfachen und trotzigem „Ja klar“ zu beantworten, stellte sich die Gruppe, damals unter dem Namen „swissdoc“ dieser Frage und nahm sie zum Anlass, sich selber in Frage zu stellen, aber auch das kränker werdende Gesundheitswesen zu hinterfragen. Dabei geschah etwas Schmerzhaftes, aber Heilsames: in zwei halbtägigen Workshops wurden in der Masse all der „Players“, der Problemdefinitionen sowie ersten Lösungsansätzen immer wieder die Patienten vergessen. Aus dieser Erkenntnis entstand ein einzigartiges Projekt, das wie das Forum Santé-Gesundheit neue Lösungswege im immer komplexeren Gesundheitswesen sucht ([www.dialog-gesundheit.ch](http://www.dialog-gesundheit.ch)). Dabei zeigte sich, dass die Bevölkerung oft ganz andere Sorgen und Bedürfnisse betreffend ihrer Gesundheit hat, also sich die Profis (BAG, SGAM, SGIM, FMH, SantéSuisse etc.) vorstellen. Hier ist ein „bottom up“ Prozess für ein besseres Gleichgewicht zu all den „top-down“ Aktionen, Verordnungen und Entscheiden, die oft sehr praxisfern sind, notwendig. Werden die Patienten zukünftig am Anfang eines solchen Artikels oder eines Symposiums stehen? Das Gesundheitswesen beschäftigt sich im Wesentlichen mit sich selbst, der Patient ist meist nur Objekt, vor allem für Verwaltungen und Funktionäre. In den Entscheidungsgremien sind Patienten nicht wirklich vertreten.

So ist z.B. seit Jahren ist bekannt, dass Bevölkerungsgruppen, die sozial besser gestellt sind und/oder eine höhere Schulbildung haben, eine tiefere Mortalität aufweisen und weniger erkranken. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus Grossbritannien (Prof. Wilkinson) zeigen nun, dass in Ländern, wo die Schere zwischen Arm und Reich immer weiter aufgeht, die Lebensdauer der gesamten Bevölkerung wieder abnimmt, also dass auch die sozial starken Bevölkerungsschichten häufiger krank werden oder früher sterben. Zu diesen Ländern gehören nicht nur die USA oder GB sondern auch die Schweiz. Hier nimmt die Mittelschicht immer mehr ab, neben einer kleinen Zahl immer reicheren Schweizern (Millionären) steigt dafür die Schicht der Working Poor. So müssen heute fast 50% der Krankenkassenprämien subventioniert werden, obwohl meist beide Elternteile arbeiten müssen. Die Kinder sind dann oft die Leidtragenden und auf sich alleine gestellt. Ein Leben vor dem Bildschirm und mit „fast food“ ist nicht gesundheitsfördernd; es fehlen Tagesschulen, KITA's und andere Betreuungsmöglichkeiten.

Wenn wir eine einigermaßen gerechte Grundversorgung erhalten oder (wieder) erreichen wollen, dann müssen wir uns vermehrt um diese Patientengruppen konzentrieren, die zur „zweiten Klasse“ von Patienten gehören: dies sind alte, sterbend Menschen, Menschen aus fremden Kulturen, insbesondere auch deren Kinder, psychisch Kranke, Langzeitarbeitslose oder chronisch kranke Menschen. Sie brauchen einen anderen Ansatz. Sie brauchen eine integrierte Grundversorgung.

Diese integrative Medizin bringt klar definierte Strukturen, Abläufe sowie Rollen mit zum Teil neuen Berufsgruppen. Diese Medizin braucht eine geführte Koordination mit geteilter Verantwortung also eine klare Steuerung unter der Führung einer vernetzt denkenden Institution, aktuell eignen sich hier (noch) die fortschrittlichen Hausarztnetzwerke wie Medix oder Argomed. Neue Modelle sind in Anlehnung an das Chronic-Care-Modell von Wagner sind gefragt. Im Zentrum steht das biopsychosoziale Menschenbild, wo zunehmend auch kulturell, religiös-spirituelle Fragen wichtig werden, gerade in Krisenzeiten. Dazu gehört auch – immer wichtiger – die Prävention mit niederschweligen Informations- bzw. Bildungsangeboten (Schule, Erwachsenenbildung, Lernen im Alter etc.) mit den verschiedenen Formen des Wissens, wo gerade auch die Erfahrung der älteren Menschen wieder aufgewertet werden sollte: Das Schlagwort heisst hier: use it or loose it  
Gleichzeitig entstehen so wieder attraktivere Berufsfelder und Kooperationen, welche die Nachwuchsförderung verbessern helfen, weil immer wieder Lehrstellen bzw. Aus-Weiter –und Fortbildungsmöglichkeiten angeboten werden können.

Die Fokussierung auf den Nutzen aller Patienten und auf Ihre Bedürfnisse könnte eine Zielvorgabe für das Gesundheitssystem 2020 sein

**Textbox: Zollikofen – alles so nah**

Als Agglomerationsgemeinde ist Zollikofen mit seiner Nähe zu Bern sowie den optimal erschlossenen Verkehrswegen sehr privilegiert, dafür können hier neue Modelle einfacher geübt oder regionale Zentren aufgebaut werden, wo diese „integrierte Grundversorgung“ gelebt werden kann. Sie kann so auch Modelle für Randregionen werden. Aktuell wird in Zollikofen ein grosses Alters- und Demenzzentrum geplant, wo nicht nur alle Wohnformen für das Alter Platz haben, sondern wo auch ein Teil eines neuen Dorfzentrums entstehen soll. Neben Einkaufsmöglichkeiten, Restaurants sollen auch Arztpraxen, SPITEX, Therapien, aber auch Kinderkrippe und Fitnesszentren Platz finden. Damit kann sowohl die horizontale aber auch die vertikale Vernetzung optimiert werden. In einem erweiterten Grundversorgungszentrum wird auch die Notfallversorgung besser abgedeckt und Formen der Übergangspflege zur Entlastung der Akutspitäler oder Pflegeheime werden einfacher möglich werden.

Neben dieser horizontalen Vernetzung wird auch die vertikale Vernetzung einfacher werden, nicht zuletzt auch, weil gemeinsame Aus-Weiterbildungsprogramme angeboten werden.



### **Allgemeinmediziner: Stand der Problematik**

Die Schweiz ist sehr gut mit Arztpraxen versorgt. Pro Einwohner sind hier 28% mehr praktizierende Ärzte tätig als in den Ländern der OECD. Bei der ärztlichen Grundversorgung ist das Gegenteil der Fall: Die Staaten der OECD verfügen im Durchschnitt pro Kopf über doppelt so viele Hausärzte wie die Schweiz. Die gegenwärtige und mehr noch die zukünftige Versorgung durch Hausärzte ist unzureichend, was in Zukunft aufgrund der demographischen Tendenzen noch stärker der Fall sein wird.

Eine kürzlich in Swiss Medical Weekly publizierte Studie macht das Problem deutlich: Von 515 jungen Schweizer Ärzten, die nach drei Weiterbildungsjahren nach ihrem Karriereziel gefragt wurden, hatten sich nur gerade 9,7 % für den Hausarztberuf entschieden. Heute sind etwa 42 % der frei praktizierenden Ärzte in der Grundversorgung tätig. Damit ist demografisch offensichtlich, dass sich bei den Hausärzten bald ein akuter Nachwuchsmangel ergeben wird. So stellen unsere politischen Verantwortungsträger Couchepin und Dürri fest „dass mit Blick auf die Bedeutung der Grundversorgung für die Erhaltung der Gesundheit der Schweizer Bevölkerung diese Entwicklung nicht wünschenswert ist“. Dies obwohl die gesundheitspolitischen Aktionen in den letzten Jahren eher in die Gegenrichtung deuten: die drohende Aufhebung des Vertragszwangs, die Praxis-Eintrittsgebühr, die Senkung der Labortarife und zunehmende administrative Anforderungen...

### **Allgemeinmediziner: Schwierigkeiten und Lösungen**

Die Schwierigkeiten, mit denen ein Grundversorger konfrontiert ist, sind bekannt:

- Überwiegend Einzelpraxen, isoliertes Arbeiten, alleinige Verantwortung;
- Lange Arbeitszeiten, wenig Freizeit, hohe Belastung;
- Zunehmende Anforderungen an das Fachwissen;
- Zunehmender administrativer Aufwand;
- Mässige Bezahlung und finanzielles Risiko;
- Wenig zeitliche Ressourcen für Weiterbildung
- Steigende Ansprüche seitens der Patienten (Wellness);
- Unattraktives Berufsbild.

Ausserdem ist die Hausarztmedizin im Medizinstudium untervertreten; die Spezialisierung zum Facharzt wird im Spitalbereich vorgezogen.

Die Frage ist also, wie die Hausarztmedizin aufgewertet und mehr junge Mediziner für diesen Aufgabenbereich interessiert werden können. Zwei Schlussberichte der Arbeitsgruppe „Unterstützung und Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ der GDK und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), sind Ende Oktober 2006 von Bund und Kantonen verabschiedet worden.

Im Bericht „Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen“ sind die bestehenden Probleme im ambulanten Notfalldienst beschrieben:

- Überalterung der Grundversorger,
- zeitliche Überlastung der Grundversorger,
- kleinräumige Organisation,
- steigende Ansprüche der Bevölkerung.

Als Massnahmen zur Problemlösung werden u.a. vorgeschlagen:

- eine Optimierung der Notfalldienstleistungen,
- die Triagierung über eine einheitliche Notfallnummer,
- eine bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes.

Der Bericht zur Finanzierung einer spezifischen Weiterbildung Hausarztmedizin schlägt eine praktische Weiterbildung in der Praxis in Form einer Praxisassistenten bei Lehrärzten vor (analog zum „Arzt im Praktikum“ in Deutschland). Diese Art der Weiterbildung existiert in der Schweiz zwar bereits, ist aber an eine solidarische Finanzierung durch die Verbindung der Schweizer Ärzte und das ehrenamtliche Engagement interessierter Allgemeinmediziner geknüpft, und dies, sofern ihre Tätigkeit und Infrastruktur den erforderlichen Kriterien entspricht. Es geht also darum, diese Weiterbildung wirklich zu institutionalisieren. Das impliziert einen entsprechenden Zeitaufwand auf Seiten der Lehrärzte, die hierfür vergütet werden müssten. Wenn aber eine Praxisassistenten als das beste Instrument gilt, um jungen Ärzten das hausärztliche Berufsbild nahe zu bringen, dann müssten auch die Praxisassistenten von der öffentlichen Hand durch subventionierte Löhne gefördert werden.

### **Textbox Nr. 3: Drei Organisationsformen der medizinischen Grundversorgung**

Stellen wir zunächst fest, dass der Begriff „freie Arztwahl“ verwirrend sein kann.

Das heutige System kennt nämlich nur die Wahlfreiheit im Bereich der ambulanten Konsultation; im Spitalbereich herrscht keine Wahlfreiheit. Einzig die Privatversicherung ermöglicht diese Wahlfreiheit. Im Facharztbereich haben die Patientinnen und Patienten grundsätzlich Wahlfreiheit bezüglich ihres Gynäkologen oder Ophthalmologen und mit den genannten Einschränkungen im Spitalbereich des Chirurgen.

Aber ansonsten kennen sie die Fachärzte in der Regel nicht und sind überaus froh, wenn ihr behandelnder Arzt sie an die richtige Adresse verweist! Betrachten wir nun einmal die 3 Organisationsformen der medizinischen Grundversorgung.

**Klassischer Hausarzt.** Der Hausarzt ist selbstständiger, unabhängiger Unternehmer. Dieses Modell ist immer noch der Normalfall für die Mehrheit der Patienten. Dieses Modell gewährt die freie Wahl des behandelnden Arztes, mit dem sich die Schweizer Bevölkerung sehr verbunden fühlt. Ein guter Hausarzt verfügt über ein Netzwerk von ausgewiesenen Spezialärzten und paramedizinischen Dienstleistern, die er konsultieren kann und an die er falls nötig seinen Patienten zur Weiterbehandlung oder Zusatzbehandlung empfehlen kann.

Die Patienten sind aber frei in der Wahl, sie können direkt zum Spezialisten ihrer Wahl gehen, mit all den Kohärenz- und Koordinationsproblemen bei der Behandlung, die dies mit sich bringen kann. Der klassische Hausarzt ist nur seinem Patienten und nicht einer Krankenkasse verpflichtet. Die Abrechnung mit den Krankenkassen erfolgt über die allgemein geltenden Tarmed-Tarife. Einen Prämienrabatt für die Patienten gibt es nicht. Durch Ausweitung der medizinischen Leistungen kann der Arzt sein Einkommen erhöhen.

**Managed-Care-Hausarzt.** In diesem Modell ist der Hausarzt selbstständiger Unternehmer, der als „gate-keeper“ funktioniert. Die freie Arztwahl durch die Patienten kann eingeschränkt sein. Die Patienten verpflichten sich, immer zuerst den gewählten Hausarzt zu konsultieren - ausser in Notfällen. Der Hausarzt entscheidet, ob er das gesundheitliche Problem selber behandeln oder eine Überweisung an einen Spezialisten oder ein Spital vornehmen will. Somit gibt es keine völlig freie Arztwahl mehr.

Die Managed-Care-Hausärzte schliessen über eine gemeinsame Organisation (zum Beispiel einen Hausärzteverein) mit einzelnen Kassen oder Kassenorganisationen Verträge ab. Im Gegensatz zum Zweiverhältnis zwischen klassischem Hausarzt und seinem Patienten entsteht so ein Dreiecksverhältnis durch Einbezug der Krankenkasse. Je nach Vertragsgestaltung erhalten die Kassen ein mehr oder weniger grosses Mitspracherecht. Ihre finanziellen Verpflichtungen werden

über statistische Daten zur Tätigkeit der Managed-Care-Organisation definiert (vor allem Anzahl der Fälle und Klassifizierung der Patientenschaft). Im Gegenzug erhalten die Patienten einen Prämienrabatt von bis zu zehn Prozent.

**Health Maintenance Organization.** Im Gegensatz zu den beiden anderen Modellen sind die Health Maintenance Organization (HMO) Unternehmen, die ihre Patienten mit den Leistungen angestellter Ärztinnen und Ärzte versorgen. Die Patienten verzichten grundsätzlich auf die freie Wahl ihres behandelnden Arztes. Die Ärzte sind als Arbeitnehmer von ihrem Arbeitgeber abhängig, der auch Behandlungsrichtlinien bzw. Behandlungspfade vorgeben kann. Diese Gesundheitszentren finden sich zumeist in grösseren Städten. Durch feste Arbeitszeiten und die Möglichkeit der Teilzeitarbeit kann diese Organisationsform der Versorgung für junge Ärzte und Ärztinnen trotz der potenziellen Einschränkung der Therapiefreiheit attraktiv sein.

Die Patienten können in der Regel innerhalb des HMO-Zentrums ihren Arzt wählen, der sie im Rahmen seiner Arbeitszeit betreut. Durch Ausweitung der medizinischen Leistungen über das notwendige Mass hinaus kann der Arzt sein Einkommen nicht erhöhen. Die HMOs werden im Allgemeinen von den Kassen oder kassennahen Stiftungen geführt. Ihr Einfluss ist merklich grösser als im Rahmen des Managed-Care-Hausarztmodells. Der Prämienrabatt ist entsprechend höher und beträgt bis zu 20 Prozent.

### Zusammenspiel von Lösungen

Nach dieser Darlegung der gravierenden Probleme in der ärztlichen Grundversorgung müssen wir nun zu einer globalen Betrachtung des Versorgungssystems übergehen und Ziele und Umfang eines solidarischen, obligatorischen Sozialsystems abstecken. Kernbedürfnisse müssen abgedeckt werden, jedoch keine Komfortbedürfnisse ohne fundierten Bezug zur Morbidität. Diese Definition der Sozialversicherung, mit anderen Worten des Morbiditätsmanagements, ist eine unerlässliche Basis für die gewissenhafte Verwaltung des Systems. Darüber hinaus funktioniert der Wettbewerb allein nicht als umfassendes Regulierungsinstrument, wie wir ja bereits gesehen haben. Wie ist es zu erklären, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung bei ungefähr konstanter Morbidität und ohne ein grosses Seucheneignis steigen? Als Erklärung können nur externe Faktoren (Reservenverwaltung) sowie strukturelle Probleme im Finanzierungssystem (Ausbau der ambulanten Chirurgie und Zunahme der ambulanten Behandlungen im Spital, komplett von den Krankenkassen getragen) und die Honorierung in Abhängigkeit von der Leistungsmenge dienen.

Ein erster Lösungsansatz könnte darin bestehen, einen globalen Finanzrahmen festzulegen, der aus den Beiträgen des Bundes, der Kantone und den Krankenversicherungsprämien gebildet wird, um der Morbidität und den sie bedingenden Faktoren in geeigneter Weise Sorge zu tragen. Die Schwankung dieses Finanzrahmens würde dann von einer bestimmten Anzahl Faktoren abhängen, die leichter identifizierbar und besser kontrollierbar sind, wie beispielsweise dem Verbraucherpreisindex, dem Lohnindex, der Entwicklung neuer Medizintechniken (obgleich diese nicht zwangsläufig zu höheren Kosten führen), der Einführung neuer Medikamente, der Demographie usw.

Die Morbidität müsste Gegenstand einer systematisierten Pauschalfinanzierung sein. Dies ist im Spitalbereich mit der Einführung des allgemeinen DRG-Systems ab 2011 bereits der Fall. Die Alters-, Pflege- und Krankenhäuser erhalten ebenfalls eine Pauschalfinanzierung, wenn auch der administrative Aufwand des gegenwärtigen Systems sehr komplex ist. Im ambulanten Bereich fördert die Einzelleistungsfinanzierung die Ausdehnung der Leistungsmengen und müsste durch das System einer Kopfpauschale, also der Zahlung einer mittleren Jahrespauschale pro Versichertem, ersetzt werden. Die Allgemeinmediziner erhielten so eine Pauschale in Abhängigkeit von der Grösse ihrer Patientenschaft. Die Vergütung nach Kopfpauschale verpflichtet dazu, die wirksamste und

wirtschaftlich günstigste Versorgung sowie gleichzeitig die Qualität der Leistungen sicherzustellen. Ein gutes Patientenverhältnis ist anzustreben, um über einen stabilen und festen Kundenstamm zu verfügen und so das Einkommen zu optimieren. Zur Wahrung einer ausgleichenden Gerechtigkeit und um zu vermeiden, dass die Praxen ihre schweren Fälle nicht mehr behandeln, würden eine Staffelung der Pauschale nach Geschlecht und Alter sowie einfache Kriterien in Abhängigkeit von der Schwere der Erkrankung und vom Umfang der erforderlichen Versorgung das System abrunden.

#### **Textbox Nr. 4: Vorteile der Prävention**

##### **Contribution of Primary care to Health Systems and Health**

"The evidence shows that primary care helps prevent illness and death... The evidence also shows that primary care (in contrast to specialty care) is associated with a more equitable distribution of health in population, a finding that holds in both cross - national and within – national studies".

Starfield B., Shl L., Macinko J. 2005, The Milbank Quarterly, vol. 83, n° 3.

##### **Preventive services and primary and primary care.**

"To fully satisfy the US Preventive Services Task Force recommendations, 1773 hours of physician's annual time, or 7,4 hours per working day, is needed for the provision of preventive services".

Kimberly S.H. et al. [www.ajnk.org/cgi/93](http://www.ajnk.org/cgi/93).

Et J.P. Assal ajoute dans la Revue Médicale Suisse (n° 2353) :

„Kein Geld für die Prävention in der Praxis..., bei grossen Budgets für Schnell- und Ferndiagnosen ist die Medizin beständig auf Akutinterventionen ausgerichtet... Vor diesem Hintergrund... müssen Ärzte funktionieren.“

Die Vergütung der Fachärzte, Labore und Radiologieinstitute muss übergangsweise weiterhin je Einzelleistung erfolgen, bis sich eine hinlängliche Umstrukturierung des Versorgungsangebots entwickelt haben wird. Die Kopfpauschale wird die Umstrukturierung der ambulanten Medizin unbestreitbar fördern. Einzelpraxen werden zugunsten einer zunehmenden Verbreitung von Gruppenorganisationen (Managed Care und integrative Grundversorgung) aussterben. Es ist nicht ausgeschlossen, dass unter diesen Voraussetzungen diese Organisationen mittelfristig über ihre eigenen Fachärzte, ihr eigenes Labor (oder einen Vertrag mit einem Grosslabor) und ein Institut für bildgebende Diagnostik verfügen. Die Kopfpauschalen werden dann entsprechend angepasst. Ebenfalls nicht ausgeschlossen sind Verträge zwischen Managed-Care-Organisationen und Spitälern.

Die Einführung dieser beiden Pauschalvergütungssysteme (DRG und Kopfpauschale) unterdrückt nicht den Wettbewerb. Dieser wird sich im Zuge des vorab festgelegten Finanzrahmens, den die staatlichen Stellen und die Versicherten tragen, im Wesentlichen auf die Qualität auswirken. Leistungsfähige Spitälern werden für Patienten attraktiver sein als andere Spitälern, wenn genügend Transparenz hergestellt wird. Im ambulanten Bereich werden leistungsfähige Ärzte und Angehörige des Gesundheitswesens mehr Patienten haben und somit besser vergütet werden.

Dieses neue Vergütungsverfahren würde auch die Unterschiede in der Finanzierung stationärer Behandlungen, die zur Hälfte von den Kantonen und zur anderen Hälfte von den Krankenkassen getragen werden, abschaffen. Die ambulante Behandlung hingegen geht vollständig zu Lasten der Versicherer. Diese Unterschiede sind Keimzelle von Interessenkonflikten, die die Verwaltung des

Gesundheitssystem erschweren. Paradoxiertweise führt gegenwärtig eine vermehrte Inanspruchnahme ambulanter, kostengünstigerer Behandlungen zu einem Prämienanstieg!

Eine Vereinheitlichung des Finanzierungssystems unabhängig vom Erbringer der Versorgungsleistung oder vom Versicherer ist genauso unabdingbar. Ebenso ist eine rigorose Trennung zwischen Privat- und Sozialversicherung geboten. Obgleich dies bereits im KVG gefordert ist, ist die Abgrenzung unscharf, denn die private Versicherung ist im Wesentlichen die Ergänzung zur obligatorischen Versicherung. Diese Verflechtung führt zu einer unklaren Rollenverteilung und zu Interessenkonflikten, denn ein und derselbe Versicherer bietet beide Versicherungsarten gleichzeitig an.

Und schliesslich ist auch eine räumliche Umstrukturierung notwendig, denn die Kantone müssen eine flächendeckende Versorgung gewährleisten. Leider verfügen sie gegenwärtig nicht über eine hinreichende gesetzliche Grundlage, um Auflagen in Bezug auf die geographische Lage auszusprechen und so Randregionen ausbauen zu können. Nun müssten sie hier aber regulierend eingreifen können, wie sie dies ja bereits bei den Spitälern und Alters- und Pflegeheimen tun. Das Gemeinschaftsprojekt Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz/ Schweizerische Ärzterverbindung (SDK/FMH), das vom Parlament nicht für gut befunden wurde, muss wieder aufgenommen und überarbeitet werden. Die Bedürfnisklausel mit variabler Geometrie und der Differenzierung Allgemeinmediziner/ Fachärzte (Niederlassungsfreiheit für Allgemeinmediziner, Beibehaltung der Bedürfnisklausel für Fachärzte), so wie vom Parlament vorgesehen, stellt in keiner Weise eine Alternative zu dieser wichtigen Komponente einer partnerschaftlichen Planung dar. Sie wird im Gegenteil die Fachärzte dazu zwingen, im Spitalbereich zu bleiben (nach dem „Consultant“-Modell in Grossbritannien) und zu einer weiteren Konzentration der Niederlassung von Allgemeinmediziner in den Städten beitragen, ohne dabei den Bedürfnissen der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

Die beträchtliche Entwicklung der chronischen Morbidität wie Diabetes, Adipositas oder kardiovaskuläre Erkrankungen, um nur die verbreitetsten zu nennen, muss auf sehr viel strukturiertere und konsequentere Art und Weise berücksichtigt und das Übel an der Wurzel gepackt werden. Mit einer Behandlung der symptomatischen Folgen darf man sich nicht zufrieden geben. Hierzu kommen kurz- und mittelfristig die Entwicklungen in der Genomik. Dies wird neue Überlegungen im Bereich der Versorgung und auch auf ethischer Ebene anstossen, mit nicht unerheblichen praktischen Auswirkungen. Mittel und Infrastruktur der Stiftung für Gesundheitsförderung sind völlig unzureichend. Die wenigen Mittel, über die sie verfügt, sind auf zahlreiche Projekte, insbesondere im Bereich der epidemiologischen Forschung verteilt. Präventionsmassnahmen im eigentlichen Sinn jedoch bleiben auf diskrete Kampagnen beschränkt. Die Einrichtung einer wirklichen nationalen Agentur für Prävention und Information ist somit absolut notwendig. Die Mission dieser Agentur wäre die Aufstellung umfangreicher Programme zur Gesundheitsförderung und Information. Dennoch könnten parallel hierzu telefonisch zugängliche oder persönlich konsultierbare Informationsschalter auf dem gesamten Schweizer Gebiet geschaffen werden. Eine systematische Unterweisung zum Thema Gesundheit müsste Teil der Schulprogramme sein. Die Tätigkeit dieser Agentur beschränkt sich nicht auf breit angelegte Informations-/ Erziehungsmassnahmen, sondern sollte im Bereich der chronischen und genetisch vorhersehbaren Erkrankungen auch eine Präventionspolitik umfassen.

Damit eine solche Einrichtung effizient ist, sollte sie unter partnerschaftlichen Bedingungen mit Kantonen, Spezialistengesellschaften, kantonalen Ärztesgesellschaften, Spitälern, dem Pflegepersonal, häuslichen Pflegediensten, den Alters- und Pflegeheimen usw. zusammenarbeiten. Ein Teil der Finanzierung müsste über den globalen Finanzrahmen erfolgen, wie dies im Übrigen über die Prämien bereits in sehr bescheidenem Ausmass der Fall ist. Weitere Mittel müssten über Steuern (beispielsweise auf Tabak) und über einen zusätzlichen Beitrag staatlicher Stellen hinzukommen. Dieses Vorgehen ist eine Langzeitmassnahme und ein wichtiges Element in Punkto Lebensqualität

und dem damit zusammen hängenden Gesundheitsmanagement, das in kurzer Zeit eine wirkliche Sensibilisierung der Gesellschaft bewirken kann.

Im Hinblick auf Steuerung und Lenkung überträgt das gegenwärtige System die wesentliche Verantwortlichkeit den Krankenkassen unter der Führung des Eidgenössischen Departments des Inneren. Nun ist Eile geboten, um alle Partner zusammenzubringen so dass diese am gleichen Strang ziehen, mit dem Ziel der gemeinsamen Optimierung von Gesundheitsversorgung und -verwaltung. Eine Reform des Leitungs- und Lenkungssystems ist also unerlässlich. Es geht nicht darum, die institutionellen Regeln zu ändern, wenngleich eine Verbesserung der Schnittstelle Kanton-Bund mit einer adäquaten gesetzlichen Basis unabdingbar ist. Das Verwaltungssystem müsste geändert werden, wobei das Modell der AHV/ IV gut als Anregung dienen kann. Durch die Schaffung einer partnerschaftlichen Verwaltungskommission (wie wir sie bereits bei der AHV und der IV kennen) könnten alle Akteure im Gesundheitswesen im Sinne dieser gemeinsamen Sache an einen Tisch gebracht und ihr Verantwortungsbewusstsein gegenüber Regierung, Parlament und Bevölkerung geschärft werden. In diesem neuen Gefüge würde Kantonen und Bund die Rolle eines Vermittlers zukommen, wobei ihre Stimme den Ausschlag gäbe, wenn in Konfliktsituationen eine Entscheidung getroffen werden muss oder keine klare Mehrheit zustande kommt.

Die Verwaltung der Krankenversicherung, einer obligatorischen, solidarischen Sozialversicherung, muss als ganzheitliches Unternehmen konzipiert werden, das drei wichtige Leitsätze berücksichtigt: Zunächst den der Mobilisierung der Akteure nach der Festlegung gemeinsamer Ziele in der Gesundheitsversorgung, sodann den Grundsatz der partnerschaftlichen Struktur in Netzwerken und schliesslich den Leitsatz des „Service publique“, der öffentlichen Gesundheit als einen Dienst an der Bevölkerung versteht.

## **BIBLIOGRAPHIE und INTERNET-SEITEN**

Health Council of Canada, *Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadians*, Toronto, Health Council, 2009.

<http://www.healthcouncilcanada.ca/teamsinaction.pdf>

KPMG Healthcare Issues monitor 2009

<http://www.kpmg.com/Global/en/WhatWeDo/Industries/Healthcare/Pages/Succeeding-in-turbulent-times.aspx>

Assal J.-Ph., « Edito: Le long fleuve tranquille et ses sables mouvants. » *Revue Médicale Suisse* N° 2353. 27/06/2001

<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=21503>

Atun R., « What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? » *World Health Organization Europe, Health Evidence Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe*, 2004.

<http://www.saphirdoc.ch/permalien.htm?saphirid=64490>

[http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115\\_15?language=French](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/primaryvsspecialist/20040115_15?language=French)

Bodenmann P., Jackson Y, Bischoff T., Vaucher P., Diserens E.-A., Madrid C., Althaus F., Wolff H., Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? » *Revue Médicale Suisse* N°199. 15/04/2009

Bovier P., Künzi B., Stalder « Qualité des soins en médecine de premier recours : «à l'écoute de nos patients». *Revue Médicale Suisse* N° 80. 27/09/2006

<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=31671>

Bugnon O., Niquille A, Repond C., Curty C., Nyffeler R., « Les cercles de qualité médecins-pharmaciens: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale » *Revue Médicale Suisse* N° 499. 2004

<http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=24083>

Hugentobler W., « Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux », *Primary Care*, vol. 8, no 11, 2008.

[http://www.primary-care.ch/pdf\\_f/2008/2008-11/2008-11-191.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf_f/2008/2008-11/2008-11-191.PDF)

« Spitalassozierte Notfallpraxen », *Primary Care*, Vol. 8, Nr. 11, 2008

[http://www.primary-care.ch/pdf\\_d/2008/2008-11/2008-11-191.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-11/2008-11-191.PDF)

Kissling B., « Nouveau pilier d'un système de santé efficace : le cabinet collectif pour médecins de famille », *Primary Care*, vol. 8, no 17, 2008.

[http://www.primary-care.ch/pdf\\_f/2008/2008-17/2008-17-306.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf_f/2008/2008-17/2008-17-306.PDF)

« Grosspraxen für Hausärzte – neue Basis eines effizienten Gesundheitssystems », *Primary Care*, Vol. 8, Nr. 17, 2008

[http://www.primary-care.ch/pdf\\_d/2008/2008-17/2008-17-306.PDF](http://www.primary-care.ch/pdf_d/2008/2008-17/2008-17-306.PDF)

Künzi B., « Médecine de premier recours : dorénavant il faut agir – les paroles ne suffisent plus » *PrimaryCare*, Vol. 7, N°25, 2007

« Hausarztmedizin: Nun sind Taten gefordert – Wortspenden reichen nicht mehr aus! » *PrimaryCare*, Vol. 7, N°24, 2007

[http://www.primary-care.ch/d/set\\_archive.html](http://www.primary-care.ch/d/set_archive.html)

Neuner S., « Prévention et promotion de la santé en médecine de premier recours. L'une de nos compétences cardinales », *Primary Care*, vol. 6, no 23, 2006.

<http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-23/2006-23-313.PDF>

« Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztmedizin. Eine unserer Kernkompetenzen! », *Primary Care*, vol. 6, Nr. 23, 2006

<http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-23/2006-23-312.PDF>

Périerat P., « Médecine de premier recours », *Forum Med Suisse*, no 51-52, 2002.

[http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_f/2002/2002-51/2002-51-384.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_f/2002/2002-51/2002-51-384.PDF)

« Allgemeinmedizin », *Schweiz Med Forum*, Nr. 51/52, 2002.

[http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_d/2002/2002-51/2002-51-384.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2002/2002-51/2002-51-384.PDF)

Raetz M.A., Schaller P., « Diminution du coût du système de santé en Suisse (?) », *Revue médicale de l'Assurance Maladie*, vol. 33, no 1, 2002.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Cout\\_du\\_systeme\\_de\\_sante.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Cout_du_systeme_de_sante.pdf)

Starfield B., Shi L., Macinko J., « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health » (Johns Hopkins University, New York), *The Milbank Quarterly*, vol. 83, no 3, 2005.

[http://www.jhsph.edu/pcpc/Publications\\_PDFs/2005\\_MQ\\_Starfield.pdf](http://www.jhsph.edu/pcpc/Publications_PDFs/2005_MQ_Starfield.pdf)

Wolff H., Stalder H., Morabia A., « De la recherche à la pratique : la place de l'anamnèse sociale en médecine de premier recours », *Revue médicale suisse*, no 503, 2004.

<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=24014>

Fleuret S., « Associations et réseaux "institutionnels" de soins : concurrence, complémentarité ou indifférence polie ? » *ISTR Sixth International Conference, Toronto, du 11 au 14 Juil1et 2004.*

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00009667/en/>

Schaller P., Gaspoz J.-M., « Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique » *Revue Médicale Suisse* N°172. 24/09/2008