

# Der Hausarzt: Dreh- und Angelpunkt unseres Gesundheitssystems ...?<sup>1</sup>

*Ruth Dreifuss, alt Bundesrätin*

Sehr geehrte Damen und Herren,  
Es freut mich ganz besonders, heute bei Ihnen zu sein, um Ihnen meine Wertschätzung für Ihren Berufsstand auszudrücken und für Ihren medizinischen und gesundheitspolitischen Einsatz zu danken. Wir sind seit beinahe 10 Jahren auf demselben steinigen Weg unterwegs, und ein gewisses Rumoren, das ich vorher gehört habe, zeigt mir, dass wir uns nicht immer nur verstanden haben. Alle waren wir gefordert durch den gesellschaftlichen Wandel, durch die schwierige Umsetzung des KVG, durch die Entwicklung der Medizin und durch die Veränderungen des Gesundheitssystems. Die Diskussionen mit einigen von Ihnen und weiteren Kolleginnen und Kollegen waren für mich stets lehrreich, doch die Folgerungen haben sich nicht alle als leicht umsetzbar erwiesen. Einer dieser geschätzten Gesprächspartner ist Dr. Jacques de Haller. Sie erlauben mir sicher, ihm in diesem Rahmen auch ganz persönlich für seine Wahl an die Spitze der FMH zu gratulieren und viel Erfolg ... und wenig Feindschaft aus den eigenen Reihen zu wünschen!  
Beim Vorbereiten dieses Vortrages sprang mir plötzlich der Titel ins Auge. Er war im elektronischen Hin und Her, zwischen Französisch und Deutsch, zwischen Basel und Genf entstanden, und da bemerkte ich plötzlich einen Widerspruch, den er beinhaltet und den ich vorher nicht wahrgenommen habe.

## **Kann irgendetwas gleichzeitig Dreh- und Angelpunkt sein, gleichzeitig beweglich und stabil?**

Ist dieser nicht beabsichtigte Widerspruch im Titel nicht ein Abbild der zahlreichen Erwartungen, die an den Arzt und die Ärztin und noch vielmehr an den Hausarzt und die Hausärztin gestellt werden? Verlangt man von ihm/ihr nicht zuviel, gerade in einer Zeit, in der sein Prestige verblasst und die administrative Last den medizinischen Urauftrag teilweise verdrängt? Wird er oder sie nicht hin- und hergerissen und zwischen Versicherern und Patienten aufgerieben, weil er/sie der Drehpunkt ist?

<sup>1</sup> Referat anlässlich des Symposiums «20 Jahre Hausarztmedizin – 10 Jahre FIHAM an der Medizinischen Fakultät Basel» vom 24.8.2004.

Im KVG wird dem Hausarzt und der Hausärztin eine zentrale Rolle zugewiesen. Ganz allgemein bestimmen der Arzt oder die Ärztin die notwendige Therapie. Es gibt keine Positivliste, die von irgendeiner Administrativstelle festgelegt wird. Im Prinzip wird alles, was der Arzt verordnet, auch bezahlt. Aber ich weiss auch, dass Ihre Erfahrungen nicht so positiv sind, denn sie müssen sich sehr oft – und wahrscheinlich immer mehr – für Ihre Entscheidungen rechtfertigen.

## **Sie müssen sich aber nicht nur vor den Versicherern rechtfertigen, sie müssen sich auch vor dem Patienten rechtfertigen, und sie müssen sich immer mehr auch vor der Öffentlichkeit rechtfertigen.**

Vor über 2 Jahren anlässlich einer Klausur in Ittingen bemühte sich der Bundesrat, das Dreieck Leistungserbringer – Patient – Versicherer zu analysieren, um Reformen des KVG in die Wege zu leiten. Bisher ist diese 2. Reform im Parlament gescheitert, unter anderem weil es Machtverschiebungen in diesem Dreieck auslösen wollte und namentlich das Verhältnis zwischen Ärzteschaft und Versicherungen zu Ungunsten der Leistungserbringer, also der Ärzteschaft, verändert hätte. Dennoch können wir die jetzige Situation nicht einfach weiter so hinnehmen. Alle Beteiligten im Dreieck sowie der Staat, der darüber wacht, Kantone wie Eidgenossenschaft, fühlen sich im Grunde genommen ohnmächtig und den anderen Teilnehmern in diesem Spiel ausgeliefert. Und zum Teil sind sie es tatsächlich, obwohl sie alle über Spielräume, über Freiheiten, über Sicherheiten verfügen – auch zum Beispiel Einkommenssicherheiten, wenn ich den Arzt anspreche –, die in anderen Ländern nicht in diesem Umfang gewährt werden. Die Ohnmacht ist paradoxerweise, glaube ich, mit diesen Freiräumen und Garantien verknüpft. Weil zu wenig Steuerungselemente und Anreize im Gesundheitswesen eingebaut sind, drohen die Bürokratisierung und das Kontrollwesen überhand zu nehmen, namentlich unter dem Druck der Kostenentwicklung, der Sparmassnahmen der öffentlichen Hand und der Prämienlast auf die Haushalte des Mittelstandes. Für viele Dienstleistungen und Produkte bietet der Markt Steuerungselemente.

---

### Im Gesundheitswesen aber, soweit es sich um ein anerkanntes Grundbedürfnis handelt, wird der Markt bewusst ausgeschaltet.

---

Das Angebot kann weitgehend das Bedürfnis definieren und die Produkte vorschreiben. Dazu kommt noch, dass dieser Markt für jeden 8. Arbeitnehmer und -nehmerin in unserem Land Beschäftigung und Einkommen bedeutet, d.h. dass er auch ein wirtschaftlich sehr gewichtiger Zweig ist. Deswegen droht das System auch unkontrolliert zu wachsen, wobei es interessant ist, zu beobachten, dass die Wachstumsrate in den 70er und 80er Jahren höher war als seit Inkrafttreten des KVG. Das Gesetz hat immerhin in den Bereichen Spitalplanung, Medikamentenpreise – nicht Medikamentenmenge –, Kostenbewusstsein und Transparenz der Kosten und Tarife einiges bewirkt.

Wichtig scheint mir weiter, das System zu regulieren, wobei gewisse marktähnliche Anreize durchaus ernst genommen werden sollten und eingebaut werden könnten. Natürlich kann man Infrastrukturen planen. Man kann eine Koordination einführen. Mancher braucht dazu eine Autorität, die leider im jetzigen schweizerischen System zu sehr verzettelt ist, um wirklich etwas zu bewirken. Man kann versuchen, den Kantönligeist zu überwinden – aber ich sehe eine der schlimmsten Folgen des KVG in der Verstärkung des Kantönligeistes und nicht in dessen Abbau! Man kann gewisse Leistungen einfach nicht ins System einbauen, wie wir das zum Beispiel im Vergleich zu anderen Ländern zum Teil bei der Psychotherapie, weitgehend und fast ausschliesslich auch bei der Zahnmedizin eingeführt haben. Ja, in diesen Bereichen gibt es sicher Planungselemente, die eingesetzt werden könnten, um das System zu regulieren. Auch als Auftrag des Gesundheitswesens im weiteren Sinn sind zu sehen – und das ist ausserhalb des KVG zu betrachten – die Gesundheitsförderung, die Krankheitsverhütung und die Verbesserung der Lebensumstände. Aber wir können nicht zu sehr über eine Staatsregelung in die direkte Beziehung zwischen Arzt und Patienten eingreifen. Wir können nicht die therapeutische Opportunität von aussen her bestimmen. Erlauben Sie mir ein Thema anzuschneiden, das mir am Herzen liegt:

---

### Wir können nicht abstrakte Kriterien für eine Rationierung politisch bestimmen.

---

Bloss zu sagen, ab diesem Alter gilt diese Leistung nicht mehr – in diesem abstrakten Bild geht das nicht. Wir können diese Last der Entscheidung nicht einfach von den Schultern der Ärzte und Ärztinnen

nehmen. Sie sehen, einerseits kann der freie Markt das nicht regulieren, andererseits haben die Planung und der Staatseingriff sehr enge Grenzen. Seit Jahren versuchen wir eine Mischung von Marktelementen – nicht Marktregulierung – und Planungselementen – nicht zentrale Planung – optimal zu kombinieren. Aber es ist uns bis jetzt noch nicht gelungen, im Gesundheitswesen andere Anreize einzuführen. Wir müssen Anreize finden, um die Effizienz, die Wirksamkeit und die wirtschaftliche Rationalität des Gesundheitswesens realisieren zu können. Für mich ist es klar, dass diese Anreize zuerst und massgebend in der Beziehung zwischen Arzt und Patient eingesetzt werden müssen und nicht z.B. in der Konkurrenz zwischen den Krankenkassen, also da, wo wirklich der entscheidende und leitende Prozess und die *Qualität der Gesundheit* des Patienten auf dem Spiel stehen. Diese Anreize müssen die Beziehung Arzt und Patient beeinflussen, nicht nur um die Kostenentwicklung zu bremsen, was sicher auch ein edles Ziel sein könnte, sondern auch um die Qualität der Behandlung und den Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

Wo liegt das Hauptproblem? Warum brauchen wir diese Anreize?

---

### Das Hauptproblem scheint mir in der Verzettelung der Leistungen und der Leistungserbringer zu liegen.

---

Die fehlende Koordination in der Abklärungs- und Behandlungskette des Patienten führt zu Informationsverlusten und zu Wiederholungen der Untersuchungen, ja sogar der Behandlungen. Der direkte Zugang zu den verschiedensten Spezialisten ist kostentreibend, da oft nicht ganz klar ist, welcher Spezialist benötigt wird. Die Spitaleinweisungen und -austritte finden oft im suboptimalen Moment statt und führen zu Unterbrechungen im Heilungsprozess. Verbesserungen entstehen durch die langjährige Begleitung eines Hausarztes oder einer Hausärztin, der oder die als Gatekeeper dient, Informationen vollständig speichert oder Zugang dazu hat, kostenbewusst handelt und die finanzielle Übersicht bewahrt. Weiter sind Vernetzungen notwendig. Um dieses Modell des integrierten Leistungsangebotes oder Managed Care einführen zu können, müssen mehrere Bedingungen erfüllt sein – und ich werde die radikalen Konsequenzen dieser Bedingungen hier bringen, obwohl ich die Frage der politischen Durchsetzbarkeit nicht weiter analysieren werde.

Erstens, und das ist ja das Thema der ganzen heutigen Tagung: Es braucht genügend Hausärzte und Hausärztinnen und/oder ausgebildete Generalisten.

Sie müssen bestens ausgebildet werden für die ihre breite berufliche Tätigkeit.

---

**Sie müssen auch die Möglichkeit erhalten, als Assistenzärzte in der Praxis weitergebildet zu werden.**

---

Die Kolleginnen und Kollegen, die auf dem Bürgenstock waren an den 2 schönen Tagen, die ich auch dort verbringen durfte, wissen, dass ich mich für diese Entwicklung eingesetzt habe. Die Finanzierung sollte in meinen Augen über die öffentliche Hand erfolgen, konkret über die kantonale öffentliche Hand. Es muss eine Analogie zur Bezahlung der Assistenzärzte im Spital geben, und ich bin auch überzeugt, dass dieser Weg von den Kolleginnen und Kollegen, die ich unter den Sanitätsdirektoren hatte, auch weiterentwickelt werden kann. Ich glaube, es braucht einfach noch mehr Lobby-Arbeit von Ihrem Berufsstand. Unerlässlich sind trotzdem – aber das wissen Sie viel besser als ich – die Möglichkeiten und das breite Angebot der Weiterbildung an der Uni und am Spital für die angehenden Hausärzte und Hausärztinnen.

Zweitens braucht es natürlich die adäquate finanzielle Abgeltung der Arbeit des Hausarztes und der Hausärztin. Die intellektuellen Leistungen müssen besser bezahlt werden. Ich weiss im Moment nicht, wie die Resultate der ersten Monate Tarmed in Ihrem Berufsstand aussehen. Doch dieses Ziel bleibt ein wichtiges Ziel, obwohl es sehr schwierig war zu realisieren wegen der verschiedenen Interessenslagen unter den Spezialisten. Aber es geht ja nicht nur um die Zahlung von Leistungen, die traditionell von Ärzten und Ärztinnen erbracht werden. Es gibt auch noch zusätzliche Leistungen.

Wenn der Hausarzt oder die Hausärztin wirklich die Aufgaben erfüllen soll, die ich von ihm erwarte, braucht er/sie natürlich auch eine Entgeltung für die Beratungstätigkeit, fürs Empowerment der Patienten. Die Patienten müssen auch angelernt werden, mit ihren Krankheiten oder mit ihren «Bobos» umzugehen. Auch die Koordinationsarbeit, die vom Hausarzt, von der Hausärztin ausgehen soll und die verschiedenen Kollegen und auch andere Berufssparten integriert, muss bezahlt werden.

Es braucht in meinen Augen auch die Mitverantwortung in finanzieller Hinsicht durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Das ist ebenfalls eine neue Aufgabe, eine Aufgabe, die bis jetzt noch nicht an der Uni gelehrt wird, aber ich halte sie für sehr wichtig. Wenn der Arzt und die Ärztin diese Mitverantwortung im finanziellen Bereich nicht tragen, dann werden es automatisch die Krankenversicherungen übernehmen und zwar, indem sie einfach

für alles, was der Arzt macht, Rechtfertigungen verlangen.

Die Sprunghaftigkeit der Patienten muss meiner Meinung nach als dritter Punkt eingeschränkt werden. Ich habe ja gesagt, wir haben fast zu viele Freiheiten in unserem Gesundheitssystem und nicht zu wenige. Sprunghaftigkeit der Patienten heisst nicht nur, dass sie direkt zum Spezialisten gehen können, sondern dass sie direkt zu x Spezialisten gehen, oder dass sie den Arzt/die Ärztin unter Druck setzen können: «Wenn Sie mir diese Leistung nicht erbringen, dann gehe ich zu einem anderen». Ich glaube, dass wir früher oder später den Schritt machen werden und machen sollten, für alle Patienten die Wahl eines Hausarztes oder einer Hausärztin für eine Mindestzeit obligatorisch zu erklären.

---

**Die freie Arztwahl können wir uns sicher leisten. Aber – wenn diese Wahl getroffen wurde, muss sie auch eine gewisse Nachhaltigkeit zeigen.**

---

Abschliessend glaube ich, dass wir effektiv vor einer Weichenstellung stehen. Das habe ich geschrieben, bevor ich die Diskussionen hier miterlebt habe. Die Zukunft Ihres Berufes scheint mir an einem Scheideweg zu stehen. Ich bin überzeugt, dass wir nur zwei Möglichkeiten haben: Entweder orientieren und entwickeln wir uns in Richtung Managed Care, und die Rolle des Hausarztes und der Hausärztin werden aufgewertet. Er/Sie wird zum Drehpunkt des Gesundheitssystems und der Beruf wird in diesem Sinne auch wieder attraktiver. Diese verschiedenen, auch neuen Aufgaben können eine Person, die an Patientenkontakten und Organisation Freude hat, interessieren, muss aber finanziell besser abgolten werden. Oder wir bleiben im jetzigen System, dem System, das ich als Selbstbedienungsladen beschreiben würde, und der Hausarzt, die Hausärztin wird zum aussterbenden Beruf, da der Patient je nach Bedürfnis direkt zur Notfallstation der Spitäler oder zum Spezialisten geht, sich im Internet erkundigt, was seine Beschwerden sein könnten, um dann direkt zu handeln. Es stellt sich also für Sie tatsächlich die Frage, wie Sie für diesen Block gestellt wurde: Ist der Hausarzt, die Hausärztin ein aussterbender Beruf oder das Fundament unseres Gesundheitssystems?

Ganz zum Schluss möchte ich noch an Sie appellieren:

---

**Gerade Ihr Berufsstand muss sich politisch vermehrt engagieren!**

---

Vielen Dank!