

# Gespräch mit Frau Bundesrätin Ruth Dreifuss an der Bürgenstock-Kadertagung 2002



## Fähigkeit und Bereitschaft zum Dialog

Frau Bundesrätin R. Dreifuss hat sich die Präsentationen der Workshops zum Thema «Ziele des Gesundheitswesens – wer entscheidet was?» angehört. Als ersten Kommentar stellt sie fest, dass viel über Ziele und Ressourcen gesprochen, die Entscheidungsfrage aber weitgehend ausgeklammert worden sei. Die ÄrztInnen empfänden die Machtfrage im Sinne einer Auseinandersetzung der gegensätzlichen Positionen offenbar als Gefahr. Ohne diesen Entscheidungsaspekt drohe aber jeder Lösungsansatz zu einem «Papiertiger» zu werden. Als sehr wichtige Ressource ergänzt sie die Fähigkeit und Bereitschaft zum Dialog.

Das Schweizerische Gesundheitswesen sei bereits gut und gerecht, davon ist Frau R. Dreifuss überzeugt. Verbesserungen können in den Details der Kompetenzerteilung und Beschlussfassungsfähigkeit angebracht werden; denn einer der Gründe für die Schwierigkeiten, zu entscheiden, dürfte zweifellos in einer mangelnden Wahrnehmung dieser Kompetenzen liegen.

## Die Arzt-Patienten-Beziehung als tragende Säule und Ort der Entscheidungen

Für die Gesundheitsministerin sind die GrundversorgerInnen die tragende Säule des Systems. Entsprechend müssten sie die stärkste Reibung und den höchsten Druck aushalten. Die Entscheidungen, was medizinisch zu tun sei, müssen in der Arzt-Patienten-Beziehung stattfinden. Dies habe man in der letzten Zeit – als Folge von Dysfunktionen im System und mit leidvollen Folgen – öfters aus den Augen verloren.

Diese zentrale Funktion bedeute allerdings auch viel zusätzliche Arbeit und Belastung sowie ein Umdenken für die Ärzteschaft. Viele ÄrztInnen, welche ihre Arbeit

mit den PatientInnen verantwortungsvoll wahrnehmen, empfänden die neu abzugebende Rechenschaft mit den damit verbundenen zunehmenden Vorschriften als sehr einengend und als widersprüchlich zu ihrer gelebten Eigenverantwortlichkeit.

## Vermehrte Verhandlungen mit den Ärzten um gemeinsame Lösungen, Aufbau des Vertrauens und aktiver Einbezug der Ärzte in die Kontroll- systeme

Neue Regelungen sollen nicht durch eine vermehrte Reglementierung von oben verordnet, sondern durch vermehrte Verhandlungen um gemeinsame Lösungen erarbeitet werden. Bisherige Lösungsansätze, die auf Druckmechanismen beruht haben, seien jeweils durch entsprechende Gegendruckmassnahmen neutralisiert worden; beispielsweise seien nach der Absenkung der Medikamentenpreise prompt die -kosten angestiegen.

Das heute teilweise lädierte Vertrauen müsse verbessert werden, und die ÄrztInnen müssten bei den Kontrollmechanismen mitwirken. Dazu seien permanente Verhandlungen unter Mithilfe der Ärzteschaft – im Stil von Qualitätszirkeln – zur Überprüfung der Leistungen und von Preis-Mengen-Entgleisungen nötig. Die nötigen Kontrollmechanismen müssten sinnvollerweise auf bestehenden Ressourcen aufbauen wie beispielsweise den Qualitätszirkeln, Guidelines, den Vertrauensärzten der Krankenkassen sowie auf einer vermehrten Zusammenarbeit mit den ärztlichen Berufsverbänden.

**Die freie Hausarztwahl** sei ein weiterer Pfeiler der Verbesserung des Gesundheitswesens. In dieser «quasi Bevorzugung» der Hausärzte sehe sie bei einer neuen Verhandlungskultur keine Gefahr für eine Spaltung der Ärzteschaft. Für Frau R. Dreifuss scheinen die Aufhebung des Kontrahierungszwangs und der Wettbewerb als Basis für einen Vertrag mit den Versicherern keine Wundermittel zu sein. In korporatistischen Zusammenschlüssen als Gegenmassnahme zu politischen Regulationsmassnahmen sehe sie aber auch kein taugliches Instrument; dies führe genauso sehr zur Erstarrung des Systems. Allenfalls könnten regulierende Massnahmen aufgrund von medicometrischen Analysen verhandelt werden.

## Entretien avec la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, Séminaire des cadres du Bürgenstock 2002



### Capacité et volonté de dialogue

La Conseillère fédérale R. Dreifuss a assisté aux restitutions des ateliers consacrés à notre thème «Objectifs du système de santé – qui décide de quoi?». Dans un premier commentaire, elle a fait remarquer que s'il a été beaucoup question d'objectifs et de ressources, le problème du pouvoir de décision n'a pratiquement pas été abordé. Elle a en fait l'impression que les médecins considèrent la problématique du pouvoir, dans le sens de l'affrontement de positions opposées, comme un danger. Or, si l'on ne prend pas en compte la question du pouvoir, n'importe quelle solution qu'on pourra imaginer ne sera qu'illusoire. La capacité et la volonté de dialoguer sont aussi, rappelle-t-elle, des ressources particulièrement importantes.

La Conseillère fédérale R. Dreifuss est convaincue que le système de santé suisse est fondamentalement sain et juste. Des améliorations, estime-t-elle, pourraient être notamment apportées au niveau de certains détails concernant la répartition des compétences et la distribution du pouvoir; le manque de clarté dans l'attribution de ces compétences fait en effet obstacle à des prises de décision qui seraient pourtant importantes, déclare-t-elle.

### La relation médecin-patient, pilier essentiel du système et lieu de décision

Pour notre Ministre de la santé, les médecins de premier recours sont le pivot du système, raison pour laquelle ils sont particulièrement exposés aux frictions et subissent l'essentiel des pressions. Les décisions médicales doivent être prises dans le cadre de la relation médecin; suite à des dysfonctionnements du système, c'est un aspect qui a été un peu oublié depuis quelque temps, avec des conséquences néfastes.

Il va sans dire qu'une telle fonction implique un important surcroît de travail, de

même qu'un changement dans les habitudes et les mentalités du corps médical. De nombreux médecins, qui font preuve d'un grand sens des responsabilités dans les relations avec leurs patient-es, trouveraient en effet que d'avoir à rendre des comptes et à se conformer à de nouvelles réglementations constituerait une entrave à leur action et une atteinte à leur liberté de pratique.

### Davantage de dialogue avec les médecins pour rechercher des solutions communes, pour établir un climat de confiance et pour inciter les médecins à participer à la mise en place des systèmes de contrôle

Les nouvelles règles de fonctionnement ne doivent pas être élaborées d'en haut, en multipliant les règlements, mais bien plutôt en négociant des solutions communes. Les solutions qui jusqu'ici se sont appuyées sur des mécanismes de contrainte, ont constamment été neutralisées par des contre-attitudes; suite à la baisse du prix de certains médicaments, par exemple, les coûts ont immédiatement repris l'ascenseur.

La confiance entre les partenaires, qui a été quelque peu entamée ces derniers temps, doit être restaurée, estime la Conseillère fédérale R. Dreifuss, et les médecins devraient être associés aux mécanismes de contrôle. Des instances de négociation permanentes associant le corps médical – dans le style des cercles de qualité – seraient nécessaires pour l'évaluation des prestations et l'analyse des dérapages des coûts ou des volumes de prestations. Les mécanismes de contrôle devraient s'appuyer sur les ressources existantes, comme les cercles de qualité, les lignes directrices, les médecins-conseil des caisses-maladie, ainsi que sur une collaboration accrue avec les différentes associations professionnelles des médecins.

**Le libre choix du médecin de famille** constitue un autre aspect fondamental de l'amélioration du système de santé. La Conseillère fédérale R. Dreifuss ne pense pas que la tendance consistant à privilégier les médecins de premier recours implique un réel risque de scission du corps médical. Elle n'estime pas non plus que la suppression de l'obligation de contracter et l'introduction de la concurrence dans les contrats avec les assureurs soient des remèdes miracles. Une

attitude corporatiste en réponse à des mesures de régulation, d'un autre côté, n'apporterait rien non plus et finirait par figer le système. Des mesures de régulation pourraient en revanche être envisagées à la suite de négociations fondées sur des analyses médico-métriques.

**Ce que la Conseillère fédérale attend des médecins:** La Conseillère fédérale R. Dreifuss aimerait collectivement associer les médecins à la recherche de la meilleure qualité possible pour de prestations adéquates, afin d'optimiser les coûts, et à la gestion du système.

**PEMC (Programme d'Evaluation des Médecines Complémentaires).** Les médecines complémentaires pratiquées par des médecins, qui ont été incluses – à titre temporaire et sous réserve d'une évaluation scientifique – dans la liste des prestations obligatoires de la LAMal, font actuellement l'objet d'une évaluation. Madame R. Dreifuss souhaiterait que les généralistes participent à ce projet. Les médecines complémentaires devraient-elles aussi se pratiquer sur la base des critères de l'EBM – un thème qui a manqué, relève-t-elle d'ailleurs, dans les restitutions des ateliers.

Les **médecins-conseil** devraient se voir confier une nouvelle tâche de contrôle et les généralistes devraient contribuer à l'élaboration d'un programme de formation spécifique, consacré à cette fonction. Quel rôle et quelles missions doit-on attribuer aux médecins-conseil et quelles sont les prestations qu'ils devront examiner de plus près?



La LAMal a eu pour conséquence un renforcement extraordinaire de **l'esprit de clocher** dans les cantons. Sur ce point également, notre Ministre de la santé demande une collaboration constructive de la part des médecins, afin de déterminer où il serait judicieux de lever les frontières cantonales – sans pour autant porter trop atteinte à la souveraineté des cantons – au bénéfice de structures régionales supra-cantonales, d'accords contractuels, de conditions compétitives, et d'analyses de coûts.

## Discussion

Une discussion, modérée par J. de Haller, président de la SSMG, a abordé essentiellement les points suivants.

**Une régionalisation du système de santé** proposée par A. Bailly et destinée à améliorer l'efficacité, la coopération et les relations, ainsi qu'une meilleure utilisation des ressources, ne lui semble positive que si elle respecte les spécificités culturelles locales. Il y a de nombreux domaines dans lesquels certains cantons ne disposent pas de l'infrastructure requise et dans lesquels un soutien central serait nécessaire. Dans un système de Managed Care, dans lequel les médecins portent l'entière responsabilité de la démarche thérapeutique globale, il faudrait par exemple établir des règles à un échelon plus élevé.

Concernant **la sélection et la compensation des risques**, notre système de santé comporte des biais qui empêchent le développement du Managed Care, selon la Conseillère fédérale R. Dreifuss. Les personnes en fin de vie coûtent cher – quel que soit leur âge. Elle est d'avis qu'il faudrait créer un fond spécial de financement pour ces dépenses.

La Conseillère fédérale se souvient parfaitement de **la question au sujet des formations pré- et post-graduée et continue proches de la pratique**, qui lui avait été adressée l'année dernière par D. Ackermann. Elle se déclare toujours favorable au voeu exprimé à cette occasion, sans toutefois avoir pu trouver de solution au plan du financement – peut-être pourra-t-elle nous en dire davantage l'année prochaine. La Loi sur les Professions médicales devra donner des réponses exhaustives à la question de savoir si les Universités forment suffisamment bien les futur-es médecins, et surtout de manière assez proche de la médecine de terrain.

J. de Haller cite les démarches que nous avons entreprises en collaborations avec les FI(H)AMs au sein de la Commission Interfacultaire Médicale Suisse, pour que les médecins de premier recours soient davantage impliqués dans la formation pré- et post-graduée des futurs médecins.

Les médecins prennent note avec satisfaction de la déclaration de la Conseillère fédérale selon laquelle **les solutions devraient dorénavant être négociées plus qu'imposées**, dit J. Eidenbenz. S. Braga revient sur l'absence du problème du pouvoir décisionnel dans les ateliers. Il ne s'agit pas d'une manoeuvre d'évitement ou d'une stratégie de contournement; si nous n'avons pas pris position, c'est que nous estimions qu'il fallait d'abord fixer clairement les objectifs et les missions du système, décider des ressources qui lui seront allouées et préciser les responsabilités qui seront conférées aux uns et aux autres. J. de Haller explicite que nous ne sommes pas opposés par principe à des contrôles, mais qu'ils ne doivent pas entraver notre créativité, dans notre activité quotidienne ou dans les relations avec les patient-es.

**La relation médecin-patient est l'élément central de notre système de santé.** Selon B. Künzi, les chiffres de Quali Doc montrent qu'en moyenne 61% des patients et patientes ont l'impression qu'ils peuvent exprimer leur avis quant aux décisions médicales les concernant. La Conseillère fédérale R. Dreifuss consulterait volontiers ces données, dans la mesure où elle est très intéressée par tout ce qui touche à la participation des patient-es aux décisions et à leur «empowerment». Comment se déroule le dialogue entre le médecin et le/la patient-e? Quelle pression les patient-es exercent-ils sur les médecins? Quel est le rôle joué par la publicité exercée auprès des patient-es? Sur tous ces plans, la suppression de l'obligation de contracter, une mesure qui remporte pourtant un succès certain chez de nombreux/-euses politicien-nes, n'apporterait aucune réponse satisfaisante.

Pour la **prévention**, qui est fondamentalement du ressort des cantons, nous ne disposons malheureusement d'aucun moyen financier. La question d'une intervention de la Confédération à ce niveau reste encore ouverte. C'est la raison pour laquelle la responsabilité en matière de prévention serait probablement purement et simplement reportée

sur les médecins, bien que les efforts en faveur de la santé relèvent en réalité d'une responsabilité collective. La population devrait être informée clairement, par une démarche commune.

**Les statistiques de santésuisse** ne sont évidemment pas parfaites. Pourtant, je n'ai pas eu connaissance d'un cas où un médecin aurait été condamné, s'il a pu fournir des explications valables aux frais qu'il occasionne ou à son écart par rapport à la moyenne des médecins exerçant une activité comparable, a déclaré Madame R. Dreifuss. R. Guetg, de santésuisse, s'exprime sur les imperfections relevées dans les statistiques, qu'il attribue en partie aux difficultés qu'il y a à classer les médecins dans des groupes de référence, puisqu'il arrive relativement souvent qu'un praticien change son profil d'activité durant sa carrière.

Comme **les médecins-conseil** seront de plus en plus appelés à jouer un rôle décisif dans des situations litigieuses souvent délicates entre médecins et assureurs, il est très important, aux yeux de R. Dreifuss, que le corps médical participe à l'élaboration de leur programme de formation. B. Hollenstein constate que nos relations avec les médecins-conseil sont teintées d'émotions diverses et malheureusement souvent empreintes d'une méfiance plus ou moins marquée, peut-être en raison d'aspects liés à la protection des données et à certaines questions assécurologiques. La Conseillère fédérale R. Dreifuss part de l'idée que les médecins-conseil sont des collègues ayant prêté serment au même titre que nous et qui donnent une sorte de second avis; ceci ne remet nullement en cause notre créativité et a certainement son utilité.

J. de Haller a tenu à rappeler que **les mécanismes de contrôle ne doivent pas être basés uniquement sur des critères économiques**; c'est une exigence centrale pour nous médecins. Face à une situation qui dépasserait les normes économiques habituelles, il serait donc essentiel de prendre en considération la relation médecin-patient, en s'appuyant sur un véritable projet de promotion de la qualité; les collègues concernés devraient alors avant tout bénéficier d'une aide pour corriger le problème. La SSMG et la Collège de Médecine de Premier recours sont en train de tester avec les assureurs un avant-projet dans ce sens.

La Conseillère fédérale R. Dreifuss ver-

rait assez bien un système de type Managed Care obligatoire pour la médecine de premier recours, basé sur les médecins de famille qui joueraient le rôle de plaque tournante. Un tel modèle modifierait en profondeur notre système de santé. Il serait possible de maintenir une formule financièrement supportable même pour les familles nombreuses à revenu modeste. R. Guetg, de santéuisse, rappelle que l'augmentation des primes a atteint dans certains cantons des proportions telles que 67% des habitants doivent demander des subventions de la part de l'Etat. A. Bailly ajoute qu'il faudrait constituer des centres d'observation disposant de données médicométriques comparables pour assurer une répartition correcte et juste des charges qui ne cessent d'augmenter.

**La médicalisation des problèmes de société** est elle aussi un défi grandissant pour notre système de santé, rappelle D. Ackermann. Il fait allusion au transfert des subventions vers le secteur des assurances sociales. Aux yeux de la Conseillère fédérale, il s'agit là du tableau classique d'une société dans laquelle le sens de la responsabilité des uns envers les autres s'est perdu. C'est l'un des problèmes majeurs de la loi sur l'assurance-maladie. Il est donc indispensable que nous tous et toutes, nous nous «serrions les

coudes» et cherchions ensemble des solutions réalisables.

M. Müller, président du CMPR, assure R. Dreifuss de notre **soutien quant au PEMC**, afin d'atteindre le taux élevé de réponses qu'elle espère pour le questionnaire qui sera diffusé. Il lancera un appel à une collaboration active des médecins de premier recours, dans PrimaryCare, car habituellement, à défaut d'annonces préalables, le taux de participation des médecins à ce genre d'enquête est très faible.

**Madame R. Dreifuss ne voit aucune menace pour notre profession.** En réponse aux craintes exprimées par R. Castelberg, elle ne croit pas qu'il y aura dans les 10 à 15 ans un manque de médecins de premier recours exerçant en pratique indépendante, bien au contraire.

**La SSMG est prête à avancer et à collaborer,** a conclu J. de Haller, Président de la SSMG, tout en remerciant chaleureusement la Conseillère fédérale R. Dreifuss et l'ensemble des participant-es pour cette discussion ouverte.

*Bruno Kissling*

Secrétaire de la SSMG

(traduction: R. Bielinski)



**Die Wünsche der Bundesrätin an die ÄrztInnen.** Sie möchte die ÄrztInnen kollektiv in die Suche nach der besten Qualität von adäquaten Leistungen zur Optimierung der Kosten sowie in das Controlling einbinden.

**PEK (Programm Evaluation Komplementärmedizin).** Die von ÄrztInnen durchgeführte Komplementärmedizin, die unter der Auflage eines wissenschaftlichen Monitorings temporär als Pflichtleistung ins KVG aufgenommen worden ist, wird gegenwärtig evaluiert. Frau R. Dreifuss möchte die AllgemeinmedizinerInnen zu einer Teilnahme an diesem Projekt gewinnen. Auch in der Komplementärmedizin soll nach EBM-Kriterien, welche sie übrigens bei der Präsentation der Resultate unserer Workshops vermisst habe, gearbeitet werden.

**Den VertrauensärztInnen** soll neu eine Controlling-Aufgabe zugeteilt werden. Die AllgemeinmedizinerInnen sollen an einem entsprechenden Ausbildungsprogramm mitwirken. Welche Rolle und Aufgabe soll den VertrauensärztInnen zuteil werden, und welches sind die Leistungen, die sie genauer prüfen sollen?

**Durch das KVG ist der «Kantönligeist» dramatisch verstärkt worden.** Auch hier braucht die Gesundheitsministerin die konstruktive Mitarbeit der ÄrztInnen, um festlegen zu können, wo die Kantonsgrenzen – ohne Aufhebung der Souveränität – sinnvoll «gesprengt» werden können zugunsten der Koordination von überkantonalen regionalen Infrastrukturen, vertraglichen Regelungen, Wettbewerb und Kostenanalysen.



## Diskussion

Unter der Moderation des SGAM-Präsidenten J. de Haller wurden im wesentlichen folgende Punkte mit der Gesundheitsministerin diskutiert.

**Eine Regionalisierung des Gesundheitswesens** zur Verbesserung von Effizienz, Kooperation und Beziehung sowie auch des Einsatzes von Ressourcen, welche von A. Bailly vorgeschlagen wird, fände sie nur dann gut, wenn dabei die kulturellen Eigenheiten gewahrt werden können. In vielen Belangen fehlten einigen Kantonen die nötigen Instrumente, und da könnten sie durchaus eine zentrale Unterstützung brauchen. Beispielsweise wäre für die Managed-Care-Systeme, in welchen die Ärzte die globale Verantwortung für den ganzen Behandlungsprozess tragen müssen, ein höheres Regelungsniveau nötig.

**Bezüglich von Risikoselektion und -ausgleich** weise unser Gesundheitssystem Fehler auf, welche die Entwicklung von Managed Care behindern, bestätigt Frau R. Dreifuss. Sterbende Menschen kosten viel – unabhängig von deren Alter. Für die Kosten dieser Behandlungen müsste ein spezieller Finanzierungspool geschaffen werden.

**An die Frage der praxisnahen Aus-, Weiter- und Fortbildung,** welche D. Ackermann im letzten Jahr an sie gerichtet hat, erinnert sich die Bundesrätin genau. Sie stehe diesem Anliegen weiterhin positiv gegenüber, doch habe sie noch keine Antwort zur Bezahlbarkeit gefunden – vielleicht könne sie uns im nächsten Jahr mehr dazu sagen. Im Medizinalberufegesetz soll die Frage, ob die Universität die künftigen ÄrztInnen genügend gut und praxisbezogen ausbilde, umfassend gelöst werden.

J. de Haller ergänzt, dass wir GrundverSORGERInnen zusammen mit den FI(H)AMs im Rahmen der SMIFK (Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission) intensiv daran arbeiten, vermehrt aktiv in die Aus- und Weiterbildung der künftigen ÄrztInnen mit einbezogen zu werden.

**Dass Lösungen künftig vermehrt auf dem Verhandlungs- und nicht auf dem Verordnungsweg gefunden werden sollen,** nahmen die ÄrztInnen sehr positiv auf, antwortet J. Eidenbenz. S. Braga ergänzt, es sei nicht ein Ausweichen oder eine Umgehungsstrategie, dass wir uns in den Workshops

noch nicht darauf festgelegt hätten, wer entscheiden müsse, sondern dies beruhe auf dem Grundsatz, dass zuvor die Ziele, Aufgaben, Ressourcen und Verantwortlichkeiten festgelegt werden müssen. Wir würden uns nicht grundsätzlich gegen Kontrollen wenden, bestätigt J. de Haller, doch dürfe dadurch die Kreativität in unserer ärztlichen Arbeit und Arzt-Patienten-Beziehung keinesfalls angegriffen werden.

Die **Arzt-Patienten-Beziehung** sei der Dreh- und Angelpunkt des Gesundheitswesens. B. Künzi teilt mit, dass sich gemäss den Quali-Doc-Evaluationen durchschnittlich 61% der PatientInnen in die ärztlichen Entscheide einbezogen fühlten. Frau R. Dreifuss nähme sehr gerne Einsicht in diese Daten. Sie sei am Einbezug der PatientInnen durch die ÄrztInnen und an allen Fragen zum Empowerment der PatientInnen sehr interessiert. Wie läuft der Dialog zwischen Arzt und Patient? Welchen Druck üben die PatientInnen auf die ÄrztInnen aus? Welche Rolle spielt die Werbung, welcher die PatientInnen unterworfen sind? Für alle diese Aspekte sei die Aufhebung des Kontrahierungszwangs, welche politisch eine gute Chance habe, eine schlechte Lösung.

Für die **Prävention**, die grundsätzlich in der Verantwortung der Kantone liegt, stehe leider kein Geld zur Verfügung. Ob der Bund dafür aufkommen soll, sei noch offen. Deswegen würde die Verantwortung für die Prävention wahrscheinlich einfach den ÄrztInnen übertragen werden, obwohl die Gesundheitsförderung eine Aufgabe sei, die von allen gemeinsam getragen werden müsste. Die Bevölkerung müsste hier in einem gemeinsamen Vorgehen Klarheit einfordern.

Die **Statistiken der santésuisse** seien sicher nicht perfekt, doch sei noch kaum je ein Arzt verurteilt worden, welcher seine angefallenen Kosten und die Abweichung vom Durchschnitt der vergleichbaren Ärztegruppe vernünftig habe begründen können, meint R. Dreifuss. R. Guetg, santésuisse, erklärt, dass die Mängel in der Statistik teilweise auf Schwierigkeiten bei der Gruppenzuteilung der ÄrztInnen beruhten, da sich die effektive Berufstätigkeit im Lauf der Praxistätigkeit nicht selten verschiebe.

Da die **VertrauensärztInnen** in delikaten Problemsituationen zwischen ÄrztInnen und Versicherern eine stark bestimmende Funktion einnehmen, sei es in den Augen

von R. Dreifuss eben wichtig, dass die ÄrztInnen bei der Festlegung der Lehrinhalte für deren Ausbildung mitarbeiten. B. Hollenstein stellt fest, dass unser Verhältnis zu den VertrauensärztInnen emotional belastet und leider oft schlecht bis stark angeschlagen sei – auch aufgrund des Datenschutzes und versicherungstechnischer Aspekte? Die Bundesrätin betrachtet die VertrauensärztInnen als unsere KollegInnen, die auch ihren Eid geleistet haben, und die eine Art «second opinion» abgäben; dies müsse nicht zu Lasten unserer Kreativität gehen, sondern habe sicher auch seine nützliche Seite.

**Nicht nur wirtschaftliche Kriterien**, fordert J. de Haller, sollen im Zusammenhang mit Kontrollmechanismen untersucht werden; dies sei uns ÄrztInnen ein wichtiges Anliegen. Bei auffälligen Situationen sollen auch die Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung mit Hilfe eines echten Qualitätsförderungsprojektes untersucht werden; den betroffenen KollegInnen soll in erster Linie Support gegeben werden. Die SGAM und das KHM sind dabei, gemeinsam mit Versicherern ein entsprechendes Vorprojekt zu prüfen.

Ein **obligatorisches Managed-Care-System für die Grundversorgung** mit den Grundversorgern als Drehscheibe könnte sich Frau R. Dreifuss als tieferegreifenden Einschnitt in unser Gesundheitssystem gut vorstellen. Damit könnte ein bezahlbares Gesundheitssystem auch für grosse Familien mit bescheidenen Einkommen erhalten werden. R. Guetg, santésuisse, erwähnt, dass in einzelnen Kantonen die Prämienbelastung bereits so weit angestiegen sei, dass 67% der Einwohner finanzielle staatliche Unterstützung beanspruchen müssten. A. Bailly ergänzt, dass es für eine korrekte und gerechte Verteilung der immer steigenden Kostenlast Beobachtungsstellen brauche, deren medicometrische Daten untereinander vergleichbar seien.

Die **Medikalisierung von Gesellschaftsproblemen** stelle ein zunehmend grosses Problem für das Gesundheitswesen dar, erwähnt D. Ackermann. Gemeint ist die Verlagerung von notwendigen Unterstützungskosten in den Sozialversicherungsbereich. In den Augen der Bundesrätin ist dies ein typisches Zeichen für eine Gesellschaft, in welcher die Verantwortung für den anderen verloren gegangen sei. Dies sei eine der gros-

sen Sorgen des Krankenversicherungsgesetzes. Die Gesellschaft müsse sich «an die Hand nehmen» und gemeinsam nach tragbaren Lösungen suchen.

Der KHM-Präsident M. Müller bietet Frau R. Dreifuss seine **Unterstützung bei PEK** an, damit der von ihr gewünschte hohe Rücklauf von beantworteten Fragebogen erreicht werden kann. Er wird die GrundversorgerInnen in PrimaryCare zur Mitarbeit aufrufen, denn üblicherweise sei die Antwortquote der ÄrztInnen bei unangemeldeten Erhebungen sehr schlecht.

**Keine Bedrohung unseres Berufsstandes sieht Frau R. Dreifuss.** Sie glaubt nicht,

dass es in 10 bis 15 Jahren nicht mehr genügend GrundversorgerInnen in eigener Praxis geben werde, wie R. Castelberg befürchtet – ganz im Gegenteil.

**Die SGAM ist bereit, den Weg gemeinsam zu gehen**, schliesst der SGAM-Präsident J. de Haller – mit einem herzlichen Dank an Frau Bundesrätin R. Dreifuss und alle TeilnehmerInnen für das offene Gespräch.

*Bruno Kissling*  
Sekretär der SGAM

