

**Nachhaltiges Gesundheitswesen – Für eine gesunde Zukunft, für ein zukunftsfähiges
Gesundheitswesen**

Sustainable Health Care – For a healthy future, for a future healthcare

R.Schön, Zentrum BATS



Andreas Vesalius
De Humani corporis fabrica, zweite Auflage gedruckt in Basel, bei Johannes Oporinus, 1555,

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG.....	5
2 HERAUSFORDERUNGEN AN DAS GESUNDHEITSWESEN	7
2.1 Finanzierbarkeit.....	7
2.2 Gegenseitige Erwartungen zwischen Gesundheitsexperten und Patienten.....	9
2.3 Das medizinische Selbstbild.....	10
2.4 Der allgemeine Wissenstand um Gesundheitsfragen – Teil der Prävention.....	10
2.5 Die eine Hand weiss nichts von der anderen und der fraktionierte Patient weiss nicht, welche ihm helfen soll.....	11
2.6 Ethische Diskussionen zum Gesundheitswesen: Grenzen, Machbarkeit, Tabus und Hoffnungen.....	13
2.7 Inwieweit trägt das Gesundheitswesen neben anderen Entwicklungen zu einer zukünftigen Gesellschaft bei und welche Interaktionen bestehen?.....	13
2.8 Ökologie im Gesundheitswesen.....	14
2.9 HotSpots im Gesundheitswesens.....	14
3 NACHHALTIGES GESUNDHEITSWESEN	17
3.1 Definitionen.....	17
3.1.1 Gesundheit.....	17
3.1.2 Nachhaltigkeit.....	18
3.1.3 Gesundheit und Nachhaltigkeit gemäss Agenda 21.....	18
a) Nachhaltiges Gesundheitswesen – Ein Beschreibungsversuch.....	21
3.2 Mögliche Hauptkriterien für ein nachhaltiges Gesundheitswesen – Laut gedacht.....	24
3.3 Kritische Fragen zur Entwicklung eines nachhaltigen Gesundheitswesens.....	27
3.4 Vorschläge grundsätzlicher Art.....	28
4 NGBATS.....	30
4.1 Was ist NGBATS.....	30
4.2 Welche Ziele verfolgt NGBATS?.....	30
4.2.1 Informationsdrehzscheibe.....	30
4.2.2 Dienstleistungen.....	30
4.2.3 Formulierung eines Nachhaltiges Gesundheitswesen.....	31
4.2.4 Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen in der Schweiz.....	31
4.3 Organisation NGBATS.....	32
5 Stärken der Projektidee – Kurz zusammengefasst.....	34
6 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	35
7 Anhang: Adressen zu Gesundheitsfragen Schweiz.....	38
a) Fachorganisationen Soziales-Ethik-Wissenschaft etc.....	38
b) Patientenorganisationen.....	38
c) Invalidenhilfe – Selbsthilfe.....	39
d) Elternvereinigungen.....	40
e) Jugendliche.....	41
f) Mutter und Kind, Schwangerschaft, Stammzelldebatte.....	41
g) Sucht, Prävention und Hilfe.....	41
h) Kritische Organisationen.....	42
i) Ärzte Schweiz	42
j) doktor.ch.....	43
k) Weitere medizinische und paramedizinische Verbände.....	44
l) Pflegefachverbände und Pflegendenverbände.....	45
m) Spitäler, Rettungswesen und Heime.....	45
n) Psychiatrie und Psychotherapeutenverband.....	46
o) Krankenkassen.....	46
p) Forschung und Entwicklung.....	47
q) Weitere Dachverbände.....	47
r) Gesundheitsförderung Schweiz	48
s) eHealth.....	48
t) Nationale und Kantonale Organisationen und Behörden.....	48
u) Nichtregierungsorganisationen, NGOs.....	49
v) Internationale Organisationen.....	49

Zusammenfassung

Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist bezüglich fachlichem KnowHow, Infrastruktur und Abdeckung auf einem sehr hohen Niveau. Umfragen zufolge wird es auch von der Bevölkerung positiv beurteilt. Die Gründe liegen in der freien Arztwahl, der breiten Versorgungsabdeckung aber auch der politischen Stabilität des Landes, den sozialen Institutionen, den strengen Hygiene-, Umwelt- und Sicherheitsnormen und nicht zuletzt im hohen Lebensstandard breiter Teile der Bevölkerung.

Das Gesundheitswesen ist schon lange nicht mehr nur ein Dienstleistungskomplex sondern eine zentrale Säule unserer zivilen Gesellschaft. Es hat eine grosse wirtschaftliche sowie auch eine stets wachsende soziokulturelle Bedeutung erlangt. Dies bringt jedoch auch diverse Probleme mit sich. Ein überbordendes Leistungsangebot mit sich konkurrierenden Leistungserbringern, fehlende marktwirtschaftliche Rückkoppelungsmechanismen, die Verfolgung von Partikularinteressen und die Unübersichtlichkeit von 27 Gesundheitsbehörden (Kantone und Bund) strangulieren die Finanzkraft vieler Haushalte zum einen und setzen die Solidarität unter den Gesundheitsversicherungsnehmern einer grossen Belastungsprobe aus.

Auf der anderen Seite scheint es, dass viele ArbeitnehmerInnen im Gesundheitswesen, namentlich im medizinischen Sektor, ihre Arbeit bezüglich professioneller Befriedigung hinterfragen und oftmals auch grossem Stress ausgesetzt sind. Eine Tatsache, die sich auf die Leistungsqualität, die Sicherheit und – was nicht zu unterschätzen ist – auf das Vertrauen der PatientInnen auswirkt.

Das Gesundheitswesen wirft aber auch viele Fragen individual- und sozialetischer Art auf, mit denen sich unsere Gesellschaft unvermittelt auseinandersetzen muss. Die Reflektion in Fachzirkeln, in Parlamenten und unter Rechtsgelehrten sind der Sache dienlich und fliessen meistens in Gesetze ein. Sie verlangen aber auch einer breiten Diskussion in der Bevölkerung, deren Wissensstand der enormen Technologisierung (nicht nur im Gesundheitswesen) unserer Gegenwart frappant hinterherhinkt.

Schliesslich fehlen innerhalb des Gesundheitswesens in der Schweiz – im Gegensatz zu Deutschland und Österreich – ökologische Ansätze im medizinischen und pflegerischen Bereich. Im Gegensatz zu den meisten wichtigen Branchen und Betrieben, die sich seit Rio 92 mit Nachhaltigkeitsfragen auseinandersetzen mussten, scheint dies im Gesundheitsbereich kaum der Fall zu sein. Damit verpasst man die Chance zur Minimierung von Ressourcen- und Energieverbrauch sowie zur Möglichkeit der Einsparung an finanziellen Mitteln.

Viele Studien und Untersuchungen im Auftrag vom BAG, BSV und von der SAMW sowie das institutionalisierte Monitoring vom neu gegründeten *Schweizerischen Gesundheitsobservatorium* leisten wichtige Beiträge für eine fundierte Diskussion zum Schweizerischen Gesundheitswesen. Das Projekt *Zukunft Medizin Schweiz* vom SAMW ist ein wertvoller und nötiger Think Tank für die Medizin.

Wohin uns aber das Gesundheitswesen als komplex strukturierte Säule unserer Gesellschaft tragen wird, wurde bisher kaum diskutiert. Weder existiert eine kohärente, nationale Vision zum Gesundheitswesen, noch werden die verschiedenen, gesellschaftlich relevanten Aspekte wie z.B. Wirtschaftlichkeit, bio-medizinische Sicherheit, Ethik und gesellschaftliche Entwicklungen, die durch unser Gesundheitswesen mitgeprägt werden, zentral und gemeinsam diskutiert. Es existieren zahlreiche Fachkreise, die punktuelle gesundheitspolitische Fragestellungen, aus verschiedenen fachlichen, beruflichen oder interessegebundenen Perspektiven erörtern.

Das Zentrum BATS, bereits erfahren in den Bereichen Biosicherheit, Nachhaltigkeit und Öffentlichkeitsarbeit, strebt die Schaffung einer internen Stelle NGBATS an, die neben Dienstleistungen im Öffentlichkeits- und Forschungsbereich eine neue Fachstelle aufbauen möchte. Diese möchte mit Interessierten Fachleuten und Betroffenen im Gesundheitswesen die Diskussion eröffnen, was ein *nachhaltiges Gesundheitswesen* sein könnte und welche Kriterien erfüllt werden müssten.

1 EINLEITUNG

Das Gesundheitswesen umfasst nicht nur verschiedene medizinische Fürsorgeleistungen. Das Gesundheitswesen wird von jedem einzelnen Bürger getragen und ermöglicht. Darüber hinaus existieren viele Fachpersonen verschiedener Disziplinen, die vermehrte Verantwortung übernehmen und die Qualität des Gesundheitswesens fortwährend verbessern. Die Medizin im engeren Sinne hat sowohl Aufgaben in der Prävention, jedoch noch mehr in der Diagnose im Falle von Störungen der Gesundheit und in der Therapie. Etliche neue Aufgabenfelder und Erwartungen stellen jedoch die Medizin und das Gesundheitswesen vor unterschiedlichen Herausforderungen.

Dem Mann oder der Frau auf der Strasse ist kaum bekannt dass der eigentlichen Medizin eine breite Palette verschiedener Fachschaften angegliedert ist. So unterschiedlich die Berufsbilder einer Pflegefachfrau, eines Apothekers und eines Molekularbiologen sind, so ähnlich können deren Ziele sein, wenn es um die Heilung oder die Linderung der Leiden eines Patienten geht. Weder die Pflegefachfrau noch der Molekularbiologe haben Medizin studiert. Auch nicht der Psychologe, weder die Ernährungsberaterin, die Logopädin, noch der Physiotherapeut, der Sozialarbeiter der mit Drogenabhängigen arbeitet, der Lehrer, der Gesundheitslehre vermittelt und nicht die Präsidentin eines Patientenvereins.

Ja es geht noch weiter. Ein Gesundheitswesen ist nicht möglich, wenn wir keine funktionierenden Finanzierungsmodelle realisieren. Der Gesundheitsökonom im Versicherungswesen, der Jurist sowie der behördliche Mitarbeiter auf Bundesebene arbeiten ebenfalls an der Grossbaustelle Gesundheitswesen. Aber auch dem Arbeitgeber oder dem Gewerkschafter ist das Gesundheitswesen besonders wichtig.

In der gesamten Menschheitsgeschichte brauchten Kranke andere Menschen die sich ihnen aussetzen zu helfen, jedoch erfolgte dies fast ohne Ärzte. Denn Ärzte waren die längste Zeit über vorwiegend für die Begüterten zuständig, nicht für die allgemeine Bevölkerung (Dörner 2003). Kranken- und sonstige Nothilfe war zumeist Sache der Leute selbst, je nach der Zahl der erforderlichen Schultern in haushaltlicher, nachbarschaftlicher oder kommunaler Selbstverwaltung organisiert. Diese uralte Tradition veränderte sich erst, als mit dem Beginn der Moderne, also ab 1800, die nicht zuletzt von der Aufklärung angestossenen Prozesse der Individualisierung des bürgerlichen Selbstverständnisses, der Ökonomisierung und Industrialisierung sowie der Verwissenschaftlichung der Medizin allmählich systematisch wurden. Ab Anfang des 19. Jahrhunderts schlossen sich die Ärzte auf allen Ebenen in Ärztevereinen zusammen. Ende des 19. Jahrhunderts fand der Staat Interesse an möglichst vielen gesunden Industriearbeitern, Kinderzeugern, Soldaten und Steuerzahlern. Es wurden Steuer- und Versicherungssysteme eingeführt. Das Helfen wurde professionalisiert und die Sozialgesellschaft wurde durch den Sozialstaat ersetzt. Die wachsenden Kosten waren so lange finanzierbar als das Wirtschaftswachstum anhielt und der demographische Wandel noch nicht eintrat.

Eine andere Entwicklung die damit einherging war, dass der Staat bzw. die Gesundheitsverwaltung in die vertrauliche Beziehung zwischen Arzt und Patient interagierte. Die Rahmenbedingungen der medizinischen Praxis haben sich grundlegend verändert (Ignazio Cassis 2002). Es findet ein Paradigmenwechsel statt vom humanitären zum sozialen und schliesslich zum ökonomischen Paradigma: Medizin als Aktivität mit einer starken kommerziellen Komponente, der Arzt als Erbringer von Dienstleistungen, der Kranke als sein Kunde.

In der Schweiz, einem Land mit 7 Millionen Einwohnern, existieren ein nationales und 26 kantonale Systeme. Wenn nach Cassis (2002) die Entstehung von 27 Systemen historisch gesehen verständlich sein mag, stellt sie eine Herausforderung dar, wozu sich die Schwierigkeiten der Beziehung Gesundheitssystem/Medizin gesellen. *Die Aufsplitterung in 27 Gesundheitssysteme muss heute als letztlich überholt bezeichnet werden, da ja alle Systeme in den Industrieländern mit den gleichen Problemen konfrontiert sind: Kosteneindämmung, Humanisierung, Förderung der individuellen Verantwortung, Zugang zu Leistungen, Qualität, Überkonsum, Mangel an „Empowerment“ fehlender salutogenetischer Ansatz.*

Obwohl die Bevölkerung in der Schweiz dem Schweizer Gesundheitswesen eine hohe Qualität und den Medizinerinnen eine hohe Kompetenz attestiert (GfS-Studien¹) leidet das Gesundheitswesen an verschiedenen Symptomen, von denen im folgenden einige erläutert werden. Mit den kurzen einleitenden Erläuterungen soll darauf hingewiesen werden, dass das Gesundheitswesen nicht mit der Medizin gleichzusetzen ist. Ignazio

1 Siehe GfS-Forschungsinstitut

Cassis (2002) verwendet in diesem Zusammenhang die Metapher von den Siamesischen Zwillingen Medizin und Gesundheitssystem.

Obwohl im folgenden auf Schwächen des Gesundheitssystem hingewiesen wird bleibt Fakt, dass wir immer noch eines der Besten in der Welt haben².

Anhand ausgewählter OECD- und WHO-Studien wurde das schweizerische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich positioniert³:

- Das schweizerische System zeichnet sich durch qualitativ gute Leistungen jedoch auch ein vergleichsweise hohes Kostenniveau aus. Dabei wären – wie das Beispiel
- Japan zeigt – höhere Leistungen auch mit geringerem finanziellem Aufwand realisierbar.
- Die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems ist im Vergleich zu den USA grösser bei gleichzeitig leicht geringeren Kosten.
- Italien, Frankreich und Grossbritannien setzen ihre verfügbaren finanziellen Ressourcen effizienter ein als die Schweiz. Allerdings weisen sie bezüglich Qualität einen Rückstand auf.
- Deutschland schneidet insgesamt schlechter ab als die Schweiz. Lediglich bezogen auf die Kosten weist Deutschland einen Vorsprung auf.
- Die Schweiz verfügt im internationalen Vergleich über ein teures, aber qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen.

Trotz der guten Botschaft sind aufkommende Sorgen um die Zukunft des Gesundheitswesens nicht unbegründet.

Längst haben das natürlich auch alle im Gesundheitswesen beteiligten Fachleute gemerkt. Anfangs noch zögerlich werden Verbesserungsvorschläge laut, seitens der Politik, seitens der Versicherer, seitens der Mediziner und vieler anderer im System.

Doch die Partialinteressen der verschiedenen Akteure, die Angst um Verlust an Kompetenzen und der Mangel an weitsichtigen Visionen verhindern grosse Veränderungen. Vielleicht ist das auch gut so. Denn die Schweiz ist bis zum heutigen Tag gut mit der Politik der kleinen Schritte gefahren. Allerdings schliesst das nicht aus, dass wie den Kopf heben und zwischendurch auch nach vorne, in die nicht so ferne Zukunft schauen.

Das Projekt *Zukunft Medizin Schweiz*⁴ von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), das sich aus dem von Prof. Johannes Bircher initiierten Projekt *Neu-Orientierung der Medizin* entwickelt hat, ist in dieser Hinsicht zukunftsweisend und suchte (zumindest in den Anfängen) den Dialog mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen.

Etliche Publikationen im In- und Ausland versuchen die Zukunft der Medizin (Geisler Linus S. 2000, Dörner 2003) bzw. des Gesundheitswesens (oder -systems) zu thematisieren.

2 Siehe Rangliste der Gesundheitssysteme von 191 Staaten gem. „The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance“ WHO. Zitiert in (Koch und Oggier 2004)

3 Was leistet unser Gesundheitswesen? Vaterlaus und Telser (2004)

4 Siehe www.samw.ch sowie Stauffacher und Bircher (2002)

2 HERAUSFORDERUNGEN AN DAS GESUNDHEITSWESEN

2.1 Finanzierbarkeit

Die reale jährliche Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben zwischen 1990-2001 betrug 2,4 %. Im Jahre 2001 betragen die Gesundheitsausgaben 10,9 % des Bruttoinlandprodukts (der OECD- Durchschnitt liegt bei 8,4 %)⁵.

Welche Schritte sind nötig damit eine zukünftige Medizin und ein zukünftiges Gesundheitswesen weiterhin für alle bezahlbar bleiben. Welche ökonomischen Grundbetrachtungen sind anzustellen bezüglich der volkswirtschaftlichen Relevanz, der Verteilung der Inanspruchnahme der medizinisch-gesundheitlichen Pflegeleistungen und der Diskussion um neue oder adaptierte Finanzierungsmodelle, Anreizsystemen und Rahmenbedingungen.

Werner Widmer (2002) führt falsche Finanzierungsanreize ins Feld: *Die Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen führen zu finanziellen Anreizen sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Leistungsempfänger. Die Wirkung der geltenden finanziellen Anreize zielt an einer „guten Medizin“ vorbei: In einem nicht zu vernachlässigenden Ausmass wird heute offensichtlich auch das Produzieren und das Konsumieren von unwirksamen, unzweckmässigen und unwirtschaftlichen Leistungen finanziell attraktiv gemacht. Die Kritik an die Adresse der Leistungserbringer und der Leistungsempfänger ist aber fehl am Platz. Wenn sich die Spieler an unsinnige Spielregeln halten und ihr Verhalten entsprechend optimieren, soll man nicht sie, sondern die Erfinder der Spielregeln tadeln.* Niemand im gegenwärtigen System möchte auf spezielle Dienstleistungen verzichten müssen, wenn daran möglicherweise existentielle Erwartungen geknüpft werden.

Trotzdem auch hier die Frage: Sind Einsparungen möglich? Wo herrschen immer noch kartellähnliche Übereinkommen? Wie können Verbrauchsmaterialschlachten reduziert werden, nicht zuletzt im Hinblick ökologischer Betrachtungen⁶. Wo kann günstiger eingekauft werden (im Bereich Hard- und Software aller Informatikdienstleistungen schon längst kein Novum mehr). *Zum Beispiel Röntgenkontrastmittel, die laut Martinelli⁷ im nördlichen Nachbarland (Deutschland) bis zu 80 Prozent günstiger sind als in der Schweiz. Allein in diesem Bereich schätzt der Interlakner Spitalapotheker das Sparpotential auf 10 Millionen Franken pro Jahr. Diese Summe lässt sich aber nur sparen, wenn die Radiologen beim Parallelimport mitmachen und nicht wie bisher beim teureren Schweizer Generalimporteur einkaufen (Tages-Anzeiger, 12. Mai 2004)* Welche Aufgaben gehören definitiv nicht zum Gesundheitswesen im engeren Sinne, sondern sind Aufgaben anderer Institutionen und Akteure. Und schliesslich die provokative Frage: Welche vordergründigen „gesundheitlichen Leistungen“ sind reiner Luxus?

Wo liegen die Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen und anderen sozialen Dienstleistungen? Im folgenden drei Beispiele, welche die Bedeutung der Verantwortlichen im Gesundheitswesen aufzeigen.

1. Sollen Menschen die wegen eines Unfalls oder einer Erkrankung nur noch Teilzeit arbeiten können und schwerlich eine Stelle auf dem Arbeitsmarkt finden, als Arbeitslose eingestuft oder als 100% IV-Bezüger deklassiert werden? Was macht für die Betroffenen Sinn? Was macht volkswirtschaftlich Sinn?

2. Welche Präsenz haben die medizinischen Wissenschaften im Schulwesen, insbesondere auf der Oberstufe oder Mittelschule? Welchen Beitrag leisten sie zur Prävention in der Bevölkerung, zur Förderung von Compliance, Empowerment usw.?

3. Die Zahl der Sozialhilfeempfänger ist im Jahr 2003 um zehn Prozent auf 300 000 gestiegen, seit 1990 haben sich die Fürsorgekosten mehr als verdoppelt⁸. Die Last der psychosomatischen Erkrankungen wird nicht kleiner.

5 OECD Health Data 2003 (Kocher und Oggier 2004)

6 Siehe Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Freiburg unter der Leitung von Prof.Dr.Franz Daschner

7 „Spitalapotheker setzen Pharma unter Druck“, Tages-Anzeiger vom 12. Mai 2004

8 zum Reformdruck innerhalb des Fürsorgesystems „Kein tauglicher Vorschlag zum Sparen“, Tages-Anzeiger vom 12. Mai 2004

Um solche und ähnliche Fragen beantworten zu können braucht es funktionierende Schnittstellen zwischen dem Gesundheitswesen, namentlich der Medizin, und anderen sozialen Institutionen. Funktionieren sie gut oder weniger gut? Welche Verbesserungsmöglichkeiten sind möglich z.B. im Bereich Ausbildung - Prävention – Empowerment in der Bevölkerung, bei der Betreuung von Betagten, die in Spitalbetten auf Plätze im Pflegeheim warten, bei Pflegebedürftigen und chronisch Kranken, die herumgeschoben werden. Wo existieren Doppelpurigkeiten?

Viele Politiker schreien nach Leistungsabbau, Sparplänen und Lastenverschiebungen. Populistische oder aktivistische Schnellschüsse scheinen an der Tagesordnung zu sein, sind an dieser Stelle jedoch durchaus nicht angebracht.

Das leidende Gesundheitssystem braucht eine Kombinationstherapie.

Die verschiedenen Kostenposten dürfen nur durch neutrale, nicht in irgend einer Art begünstigte Fachleute hinsichtlich Leistung, Sparmöglichkeiten, Effizienzsteigerung diskutiert werden. Ein besonderes Ohr sollte hierbei verstärkt den beruflich Involvierten gelten, auch jenen aus den „niederen Verantwortungsbereichen“, die schliesslich und schlussendlich die Fachleute ihres Metiers sind.

Des Weiteren dürfen Einsparungen nicht auf dem Buckel der Schwächsten erzielt werden, nur weil ihre Klagen nicht hörbar sind.

In eine andere Richtung weist folgende Frage. Wieviel ist uns eine moderne Medizin, ein modernes Gesundheitswesen wert?

Vorausgehend ein kurzer Gedanke.

Vor 200 Jahren musste niemand und keine Firma ein Budget für den automobilen Transport bereithalten. Ebenso verhielt es sich mit der EDV. Absolut keine Ausgaben für Hard- und Software. Es standen keine entsprechende Angebote zur Verfügung und somit wurden sie nicht beansprucht.

Es ist nicht nur der Wohlstand dafür verantwortlich, dass wir uns stets neues leisten, sondern auch die Aussicht, auf altes verzichten zu können. In unserem Beispiel würde das heissen, dass dank modernerer Transportmittel der Buchhaltungsposten für Pferdefutter komplett gestrichen werden kann. Ebenso werden dank EDV viele Arbeiten rationalisiert, sodass mehr verfügbare Zeit für anderes zur Verfügung steht. Die Rationalisierungen im Routinebereich schufen Platz für kreativere Arbeitseinheiten.

Interessant wären ähnliche Gedanken bezüglich des „teuren Gesundheitssystem“. Was gewinnt der Einzelne? Was gewinnt unsere Gesellschaft an verfügbaren Ressourcen dank „mehr Gesundheit“ und damit verknüpft mehr Produktivität der BürgerInnen?

Was gewinnt unsere Volkswirtschaft? Welche Werte steuert das moderne Gesundheitswesen dazu bei? Lässt es sich überhaupt monetarisieren? Trägt es unter anderem zu einem qualitativen statt quantitativem Wachstum bzw. zu einer Wertschöpfung bei? Wo hilft es Kosten einzusparen?

Vorläufig bleibt die Tatsache, dass die anhaltende Kostenexplosion nicht nur das Budget des einzelnen Einkommensschwachen stranguliert sondern auch die Solidarität unter den Versicherungsnehmern torpediert. Im Gesundheitsmonitor 2002⁹ wird festgehalten: *Es ergeben sich aber wachsende Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen, namentlich weil die Schichtaspekte im Gesundheitsverhalten immer deutlicher werden. Vor allem die untersten Einkommensklassen richten sich zunehmend an den Kosten aus, welche das Gesundheitswesen bei Ihnen verursacht.*

Einem künstlich herbeigeführten Solidaritätsabbau widerspricht interessanterweise folgende Studie in Deutschland.

Nach jüngsten Prognosen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW), wird der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung von derzeit 13,5% bis zum Jahr 2040 auf 23,1% angestiegen sein¹⁰. Für die Kostenexplosion wird dabei viel mehr der medizinisch-wissenschaftliche Fortschritt als die zunehmende Alterung der Bevölkerung verantwortlich sein.

⁹ Claude Longchamp, GfS-Forschungsinstitut: Hauptergebnisse zum „Gesundheitsmonitor 2002“

¹⁰ Fuhr C. zitiert in „Wie soll moderne Medizin aussehen?“ von Linus S. Geisler.

2.2 Gegenseitige Erwartungen zwischen Gesundheitsexperten und Patienten

Mediziner und GesundheitsökonomInnen wünschen sich auf Patientenseite vermehrtes präventives Verhalten, mehr Selbstentscheidungskompetenzen, mehr Empowerment oder mehr Autonomie. Patienten auf der anderen Seite erwarten Pflegedienstleistungen auf dem höchsten Stand der Kunst und neben der fachlichen Qualifikation auch menschliche und soziale Kompetenzen¹¹. Die Gesellschaft bewegen indes ethische Fragestellungen bezüglich der Machbarkeit der modernen Medizin und der Marschrichtung des Gesundheitswesens.

Welche Vorstellungen hat der Bürger vom Gesundheitswesen? Warum sind die Erwartungen so hoch? Woran liegt die allgemeine, unausgesprochene Annahme „Der Arzt wird es schon richten“ wenn Krisen in der Gesundheit auftreten?

Zum einen vielleicht an der Trägheit um Selbstverantwortung zum anderen aber auch wegen der unzähligen Heilsversprechungen in den Medien, die von einer unendlich wachsenden Gesundheitsindustrie generiert werden. Klaus Dörner beschreibt dieses Phänomen in seiner letzten Publikation Die Gesundheitsfalle (2003)¹²

„Unkritische Heilserwartungen lassen befürchten, dass sich um die Prävention herum zukünftig der Markt besonders expansiv entwickeln wird. Ausgehen wird das von den Experten der gesunden Ernährung und des Jogging, von den Fitness- und Wellness-Zentren, den Agenturen, die zwar in der Regel durchaus auf Gesunderhaltung bezogen sind. Sie werden aber das Leben möglichst aller Menschen mit wechselnden Standpunkten anhaltend begleiten, sinnlos und kostspielig aufgebläht. Die Menschen werden mit deren Hilfe in „Gesundheits-Bewusste“ umerzogen, wodurch sie glauben, ihre Gesundheit unendlich steigern zu können. Das Leben wird inszeniert als Vitalisierung ohne Ende, wobei nur eines zu vermeiden ist: dass ein Mensch sich zu einem bestimmten Zeitpunkt einfach für gesund hält. Dabei wissen wir längst, dass nur solche Tätigkeiten oder Verhaltensweisen der Gesundheit dienlich sind, die dauerhaft in das Alltagsleben integriert und daher unbewusst mitgelebt werden. Da inzwischen viele „Krankheiten“ - wie wir gesehen haben – vom Markt durch seine Angebote erfunden oder zumindest aufgeblasen werden (etwa Alter, Schwangerschaft, Potenzstörungen, Osteoporose, Haarausfall), also eigentlich „ökonomische Konstrukte“ sind, wodurch die Ökonomie das Gesundheitssystem vor sich her treibt und die anstehende Reform den Weg dahin ebnet, dass das „höchste Gut“ künftig nur noch denjenigen zu teil wird, die über die nötigen Eigenmittel verfügen, wäre es besonders absurd, wenn für diese medizinischen Nicht-Krankheiten der Staat nun auch präventive Programme erfinden würde.

Beim jährlichen Gesundheitsmonitor durch das GfS-Forschungsinstitut erhält man interessante Einblicke in die disziplinären Wünsche der Bevölkerung (Gesundheitsmonitor 2003)¹³. *Könnten die BürgerInnen selber entscheiden, wie das Geld im Gesundheitsmarkt verteilt werden soll, würden sie Naturheilmittel und Spitzex mehr fördern, neuerdings auch wieder die Intensivmedizin und die Medikamentenforschung. Gespart würde unvermindert vor allem bei der Verwaltung der Krankenkassen und neuerdings auch bei den Privatspitälern. Weiter befragt zur Finanzierung durch die Krankenkassen: Mehrheitlich begrüsst würde es, wenn die Kassen Massagen, Homöopathie und Akupunktur unterstützen würden, während Schwangerschaftsverhütung und die Behandlung von Suchtproblemen, vor allem von Rauchen und Trinken verstärkt eigenverantwortlich bezahlt werden müssten. Es besteht eine mehrheitliche Tendenz, die Versicherung der Alternativmedizin ausserhalb der Grundversicherung regeln zu wollen.*

Von den Kostenüberlegungen relativ gering erfasst sind die Haltungen zu Medikamenten. Hier überwiegt die Qualitätsorientierung. Selber will eine Mehrheit nur Medikamente in der Schweiz beziehen. Der Wert liegt bei 72 Prozent, - Tendenz steigend.

Es stellt sich allerdings die Frage, womit die Konnektion Qualität – Preis in der Schweiz begründet würde.

11 Dr. Petra Leuenberger & Claude Longchamp (2002) „Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin?“, Eine Studie durch das GfS-Forschungsinstitut im Auftrag der SAMW 2002.

12 Seite 42-43

13 GfS-Forschungsinstitut.: Hauptergebnisse zum "Gesundheitsmonitor 2003"

Bei Verschreiben von Medikamenten soll der Arzt in erster Linie auf die Qualität achten, in zweiter Linie auf den Preis. In der Tendenz hat sich die Entwicklung sogar wieder leicht zugunsten der Qualitätsausrichtung verschoben. Bei der Medikamentenabgabe wird ein vermehrtes Kooperieren erwartet. Medizinisch entscheidend bleibt der Arzt, während den Apotheken die Abgabe von Nachahmerprodukten gestattet sein sollte. Dies sollten auch die Patienten entscheiden dürfen. Wenn man als Konsument die Wahl hat, bevorzugt man Generika mehrheitlich; einstellungsmässig wächst aber die Neigung, das Original zu wählen wieder an. Unvermindert negativ ist die Einschätzung der Medikamentenpreise. Sie gelten für 87 als zu hoch. 79 Prozent akzeptieren hohe Pharmagewinne jedoch, wenn sie für die Forschung verwendet werden. Bei 58 ist es sogar so, dass sie dafür auch bereit sind, höhere Medikamentenpreise zu bezahlen.

E steht dem gegenüber, dass gegenwärtig grosse Pharmaunternehmen 14% ihrer Erlöse in Forschung und Entwicklung und 35 bis 37% in Marketing und Administration investieren¹⁴.

Gefährlicher sind hingegen – auch an der Öffentlichkeit (z.B. TV) öfters diskutierten – Überlegungen zum „Lebenswert“ unheilbar Kranker. *Nur minderheitlich, aber steigend ist die Befürwortung der Medizinrationierung bei geringen Überlebenschancen. Steigende 41 Prozent bejahen, dass die Abgabe von Medikamenten von diesem Kriterium abhängig gemacht wird. Dieser Trend setzt sich seit 2000 unvermindert fort, und er könnte in den nächsten Jahren ebenfalls mehrheitsfähig werden (Gesundheitsmonitor 2003).*

2.3 Das medizinische Selbstbild

Im Projekt „Zukunft Medizin Schweiz“¹⁵ das von der SAMW initiiert wurde, wird nicht nur auf verschiedene Anliegen und Schwachstellen im Gesundheitswesen im allgemeinen hingewiesen sondern auch auf Orientierungsfragen speziell innerhalb der Medizin. Wie das zukünftige Berufsbild der Mediziner – obgleich diese Bezeichnung etwas simplifiziert ist - aussehen mag, versuchen zahlreiche AutorInnen im deutschen Raum zu redefinieren¹⁶.

Das Thema ist umfangreich und würde den vorliegenden Rahmen sprengen. Es soll bewusst übersprungen werden. Es ist aber hoffen, dass über das Berufsbild von Arzt und Pflege reflektiert wird, über Berufe, die – ohne sentimental zu sein - einer Berufung bedürfen.

Alle Betroffenen sind sich der Tatsache bewusst, dass fachliche, technische und organisatorische Kompetenzen und eine immer optimalere Ausrüstung nicht genügen. Die Zukunft der Medizin braucht weiterhin eine Orientierung an Werten, Zielen und Aufgaben¹⁷. Wertvolle Schritte werden zur Zeit in der Schweiz getan (siehe SAMW).

2.4 Der allgemeine Wissenstandum Gesundheitsfragen – Teil der Prävention

Als erstes nennt fast jeder Mensch Gesundheit wenn er nach den Prioritäten im Leben gefragt wird oder er setzt sie für alle anderen Ziele stillschweigend voraus.

Dennoch überrascht es, wie wenig wir bereit sind, unser Gesundheitsverständnis zu schulen. Das betrifft einfache Dinge wie die Ernährung oder die von den Medizinern erhoffte Kompetenz im Umgang mit einer Therapie. Allerdings hat sich ein neuer Trend bezüglich der Selbstinformation durch Recherche im Internet abgezeichnet. Diese informative Selbstversorgung wird von teils Medizinern manchmal aus verschiedenen Gründen skeptisch – von anderen aber auch als Chance betrachtet.

Warum entbehren so viele Bürger minimale Kompetenzen bezüglich ihrer wissenschaftlich basierten biologisch-physiologische Natur sowie der psychosozialen Randbedingungen, die für diese ebenso wichtig und wertvoll sind? Wie kann und soll man diesen Defiziten entgegenwirken, damit basale biologisch-medizinisch-psychologische Überlegungen bei Entscheidungsfindungen im privaten, beruflichen und politischen Kontext stärker gewichtet werden.

¹⁴ Relman & Angell 2002 erwähnt in Tudor Arvinte „How will the pharmaceutical industry react to economic, social and scientific pressures?“

¹⁵ siehe auch unter www.samw.ch.

¹⁶ z.B. „Der gute Arzt“ von Klaus Dörner

¹⁷ Prof. Dieter Bürgin: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Im Rahmen des Projekts Zukunft Medizin Schweiz), Nov.2004 SAMW

Wie lassen sich gesundheitspolitische und soziale Parameter in traditionell rein ökonomische und neuerdings auch ökologische Denkmodelle, integrieren, im Sinne einer wirklichen nachhaltigen Planung?

Oder in anderen Worten: Prävention im Sinne einer Vorsorge für die Gesundheit und des psychosozialen Wohlergehens verlangt nicht nur des Verzichts einiger gesundheitsbelastender Gewohnheiten (z.B. Rauchen oder zu wenig Bewegung) sowie der körperlichen Ertüchtigung (z.B. Bewegung und Sport) sondern der Schaffung eines Lebensraumes für alle, der sämtliche gesundheitliche und psychosoziale Risikofaktoren auf ein Minimum reduziert. Das bedeutet, dass man den Gesundheitsstatus aller Bevölkerungsschichten weiterhin fördert, indem man die umwelt- und gesundheitsbelastenden Noxen reduziert (Immissionsreduktionen, Gesetze und Verordnungen, Verhaltenssteuerungen etc.).

Das bedeutet aber auch, dass weiterhin und im verstärktem Masse das Bewusstsein, nicht zuletzt auch bei den Verantwortlichen im Gesundheitswesen, gedeihen muss, dass raumplanerische, ökologisch und sozial intelligent durchstrukturierte Lebensräume sowie eine nicht nur berufsorientierte Grundausbildung bezüglich unserer eigenen Natur ebenfalls einer sinnvollen gesamtheitlich betrachteten Prävention dienlich ist.

Zum letzten Punkt sei hierbei noch angemerkt, dass wir für unsere Berufstätigkeit, die etwa einen Viertel unserer Lebenszeit ausmacht, grosse Summen und lange Lehrzeit investieren – wohingegen wir allzuoft die Allgemeinbildung bezüglich unserer menschlichen Natur in der Basisausbildung viel zu stark vernachlässigen.

So diskutieren wir über Englisch oder Französisch an der Primarschule und vergessen dass gemäss PISA-Studie unsere naturwissenschaftlichen Kenntnisse im internationalen Vergleich ungenügend¹⁸ sind¹⁹, von psychologischen oder sozialen Fachkompetenzen ganz zu schweigen. So glauben immer noch 45% der Befragten gemäss einer Studie vom Eurobarometer²⁰ bezüglich ihr Wissen über Bio-/Gentechnologie in der Schweiz, dass Tomaten keine Gene enthalten.

Ein konkretes Beispiel – wenn es durchaus nicht das einzige wäre - ist die Genetik. So beklagt Prof. Hans Jakob Müller vom Kantonsspital der Universität Basel²¹ (2003): *„Ich glaube, dass es dringend notwendig ist, dass unsere Bevölkerung wieder ein wenig mehr über Genetik weiss. Das sehen wir auch in der genetischen Beratung. Die Leute, vor allem in städtischen Gebieten haben mehr Schwierigkeiten, sich das vorzustellen bzw. sich in genetische Sachverhalte reinzudenken, und so haben genetische Tests erst dann Aktualität, wenn der Druck da ist. Und ich glaube, weil die Genetik eine wichtige Rolle spielt, sollte man sich aktiver damit beschäftigen in der Schule und in den Medien, damit man sich überlegen kann, inwieweit einen das angeht oder auch nicht.“*

Dieser scheinbar kleine thematische Abweg führt jedoch gleich wieder zurück zum Hauptthema. Denn damit lässt sich unter anderem erklären, weshalb die Bevölkerung manchmal unrealistisch grosse Erwartungen in die Medizin setzt.

Es lässt sich erklären, weshalb immer mehr Anbieter z.B. aus der Esoterikecke – und die Rede ist nicht von der Komplementärmedizin – mit falschen Heilsversprechen die Notlage vieler Patienten ausnutzen um fragwürdigen Profit zu machen. Nicht zuletzt setzen sie „ihre Patienten“ auch grossen Gefahren aus, wenn diese den oftmals notwendigen Gang zu einer Fachperson, die durchaus nicht immer ein Mediziner sein muss sondern auch ein Psychotherapeut oder eine Fachstelle sein kann, zu lange hinauszögern.

2.5 Die eine Hand weiss nichts von der anderen und der fraktionierte Patient weiss nicht, welche ihm helfen soll.

Der Patient erlebt heute als Hilfesuchender, dass der Arzt den Blick allzu schnell nur auf ein Organ, eine veränderte Leistungsfähigkeit, ein (hoffentlich) charakteristisches Symptommuster und einen labortechnischen erhobenen Datenspiegel richtet. Zur Festigung der Diagnose werden häufig aufwendige, teure und wiederholt durchgeführte Untersuchungen eingesetzt. Deren Ergebnis wird oft nicht mehr genügend in ein Gesamtbild integriert und vor allem viel zu wenig mit dem Kranken besprochen. Als

18 Urs Moser (2000): „Für das Leben gerüstet?“

19 Die schlechteren Lesekompetenzen in der „Muttersprache“ im Vergleich mit den angelsächsischen Ländern, allen voran Grossbritannien, werden durch unsere weit überlegenen Fremdsprachenkenntnisse übertroffen.

20 Bonfadelli Heinz: Eurobarometer

21 Siehe 18

Konsequenz spürt sich der Betroffene nur noch in Teilaspekten, bruchstückhaft, eben als „fragmentierter Patient“ wahrgenommen (Böker 2003).

Viele Mediziner und paramedizinische Fachleute leiden an zementierenden, hierarchischen Strukturen und Bürokratie. Nach Silvia Käppeli (2002) entspricht die Gleichwertigkeit von Care und Cure einem gesellschaftlichen Auftrag. Entsprechend verstehen sich Gesundheitsberufe, die sich wie die Pflege in hohem Masse um Care kümmern, nicht mehr nur als ärztliche Hilfsberufe.

Der inter- oder multidisziplinäre Dialog sowie die Kommunikation mit dem Patienten oder dessen Angehörigen scheinen darunter zu leiden. So meint Käppeli:

Die berufliche Umgangssprache ist an disziplinäre Paradigmen und Traditionen gebunden. Wenn Care und Cure gleichwertige Dimensionen ärztlichen Handelns werden, ergeben sich daraus nicht nur paradigmatische, methodische und ethische Konsequenzen. Eine Neubesinnung auf diese traditionelle Orientierung der Medizin ruf nach Veränderungen heutiger Ausdrucksweisen und Kommunikationsmuster. In einer adäquaten Auseinandersetzung mit menschlichen Befindlichkeiten und Lebenskontexten sowie in einer partnerschaftlichen Kommunikation mit Laien oder Vertretern anderer Gesundheitsberufe genügt die von diagnostischen Kategorien, Zahlen und Durchschnittswerten geprägte Sprache der Positivisten nicht. Sie erfordert vielfältigere Ausdrucksweisen. Diese benötigen im Schriftlichen (z.B. in der Patientendokumentationen) mehr Platz und im Mündlichen (z.B. anlässlich von Arztvisiten) mehr Zeit als die oft formelhaften Darstellungen bio-medizinischer Sachverhalte. Vertreter verschiedener Fachgruppen mit unterschiedlichen Funktionen stehen sich skeptisch gegenüber. Hausärzte haben eine breite Erfahrung und sind nirgendwo Spezialisten. Bei letzteren ist es umgekehrt. Sie betreiben eine Checklistenmedizin (Linus S. Geisler 2000).

Prof. Hans Jakob Müller meint in einem BATS-Interview²² (2003):

„Das andere Problem ist, dass die Medizin so komplex wird, dass der einzelne Arzt einfach den Überblick nicht mehr hat. Gerade im deutschen Sprachraum kommen noch Probleme bei der Teamarbeit unter den Ärzten, der Teamarbeit mit dem Labor, der Teamarbeit auch der Leute im psychosozialen Bereich dazu. Die müssen lernen, untereinander zu kommunizieren.“

Eine weitere Quelle des Unbehagens wurzelt in bestimmten medizinischen Versorgungssystemen, mit wirtschaftlich vorgegebenem Spielraum, standardisierten Behandlungsmethoden und strikten Wirksamkeitskontrollen. Managed Care gilt als Zauberwort der Zeit für ein noch bezahlbares Gesundheitssystem. Bereits ¾ der Versicherten in den USA gehören dieser Versicherungsform an. Die Gefahren sind offensichtlich: Schrumpfung der Medizin zur Checklistenmedizin, vor allem aber die drohende Benachteiligung und Diskriminierung bestimmter Gruppen, wie Ältere, chronisch Kranke oder Behinderte. Für sie steht letztendlich nur noch eine Basisversorgung auf niedrigem Niveau zur Verfügung.

Nichtmedizinische Psychotherapeuten und Mediziner ignorieren sich oft geflissentlich. Die Auswahl unter den verschiedenen psychotherapeutischen Anbietern kann sich für den Hilfesuchenden schwierig gestalten, da auch hier verschiedenste Schulen existieren. Ausserdem ist eine Trivialpsychologie weit verbreitet, der sich manchmal sogar Ärzte bedienen, wenn sie beim Patienten nicht mehr weiter wissen. Wenn der Patient Pech hat, wird er für alle gesundheitlichen Widerwärtigkeiten, aus „psychologischer“ Sichtweise selbst verantwortlich gemacht.

Eine vorschnelle „Psychosomatisierung“ kann gefährlich sein. Berühmt ist das Beispiel mit der spät entdeckten Rolle von *Helicobacter pylori* bei Magengeschwüren, die angeblich nur psychosomatisch zu sein schienen. Auf der anderen Seite werden seelische Probleme allzu leicht banalisiert oder gesellschaftlich negiert, was sich auf die soziale Einbettung eines Patienten mit einem chronischen Leiden oder mit einem Trauma erschweren kann.

Dass einzelne Schulmediziner alle Formen von Komplementärmedizin grundsätzlich ablehnen ist eine traurige Tatsache. Wenn man an Naturprodukte denkt, wird gut und gerne vergessen, dass das erste Antibiotikum Penicillin, das vielleicht das wichtigste Medikament des 20. Jahrhunderts ist, nur die Zufallsentdeckung eines Naturprodukts ist.

Gegen 20 000 klinische Studien gebe es in der Naturheilkunde, aber die nehme man halt nicht zur Kenntnis meint Reinhard Saller²³.

²² Zu finden auf www.bats.ch

²³ Prof. Reinhard Saller hat seit 1994 den ersten Lehrstuhl für Naturheilkunde an der Universität Zürich

In einer schweren gesundheitlichen Krise wäre der Patient am besten aufgehoben wenn die ihn betreuenden Fachpersonen, z.B. ein Facharzt, ein Psychotherapeut und der Hausarzt sich nicht in herablassende Andeutungen über andere üben sondern den Mut haben ihn gemeinsam zu tragen. In diesem Vertrauen wird sich unser Patient nicht fortwährend an neue Stellen wenden und wirklich unnötige Kosten verursachen.

2.6 Ethische Diskussionen zum Gesundheitswesen: Grenzen, Machbarkeit, Tabus und Hoffnungen

Wissenschaftlich betrachtet nutzt die „medizinische Technologie“ Werkzeuge und Technologien aus unterschiedlichsten Forschungsfeldern. Dazu gehören Kernphysik und Elektromagnetische Wellen, Chemie und Biochemie, die Stammzellenforschung, die Gentechnologie (Gentherapie) und Biotechnologie, die verschiedensten Ingenieurwissenschaften angewandter Physik und Nanotechnologie. Allen gemeinsam ist die Möglichkeit der schnellen Auswertung und Übertragung der Unmengen anfallender Daten in Forschung und klinischem Alltag dank der Querschnittswissenschaft Informatik.

Medizintechnische Eingriffe nehmen aber auch direkten Einfluss auf die Individualität des Menschen. Wo immer die medizinische Indikation nicht mehr eindeutig angezeigt ist um neue Technologien zu erproben, machen sich auch Ängste breit. Es sind irrationale Ängste vor dem Fortschritt. Es sind aber auch Ängste um die Würde des Menschen und um seine Integrität, die ethisch oder moralisch-religiös begründet sind. Es drängen sich rechtliche Fragen auf. Es werden Zukunftsszenarien bezüglich unserer Gesellschaft skizziert, die wenn auch nur teilweise begründet, beängstigend sind.

Nicht zuletzt in den Printmedien vernehmen wir fast täglich von einer „neuen verheissungsvollen Technologie“. Schreibende und Filmkünstler zeichnen nicht nur euphorische sondern auch erschreckende Bilder einer nahen Zukunft. Wie real sind sie? Die potentiellen Szenarien in „Brave new world“ von Aldous Huxley wurden grundsätzlich nicht nur real sondern auch bezüglich des Zeithorizonts übertroffen (glücklicherweise nicht institutionalisiert). Glücksspielen und Klonen von Menschen sind heutzutage keine Phantastereien mehr. Der Orwellsche Überwachungsstaat in „1984“ wäre auf technischer Ebene dank der Informatikfortschritte ebenfalls realisierbar. Im weniger beachteten Fantasy-Film „Gattaca“ setzt Andrew Niccol realitätsnahe dar, wie in einer nahen Zukunft Menschen auf subtile Art aufgrund ihres Genotyps sozial und beruflich benachteiligt oder bevorteilt werden.

Die allseits formulierten Sparziele im Gesundheitswesen erzeugen einen finanziellen Druck auf werdende Eltern. Dazu kann sich eine gesellschaftliche Ächtung auf spezielle Patientengruppen oder auf Menschen mit bestimmten Erbkrankheiten gesellen. Schliesslich ist man nicht weit von einer vermeintlichen „genetischen Selektion“ entfernt. Eugenisches Gedankengut geht immer (oder wieder?) noch in vielen Köpfen herum, ohne dass man sich in die Jahre des Nationalsozialismus in Deutschland versetzen muss.

In der Schweiz und in Europa wird die rote Gentechnologie im Gegensatz zur grünen Gentechnologie positiver beurteilt, da sie einerseits letzter Hoffnungsträger für Menschen mit schweren Erbkrankheiten ist und andererseits in der medizinischen Forschung neue Dimensionen neben der biochemischen Zytologie eröffnet. Dennoch werden zunehmend ethische Aspekte verschiedener medizintechnischer Anwendungen diskutiert²⁴, wohingegen früher die Ärztekunst per se durchwegs positiv beurteilt wurde. Deshalb werden gegenwärtig, hauptsächlich von Fachpersonen mit Weitsicht die Grenzen medizintechnischer Eingriffe sowie die Ausübung bzw. der Unterlassung von Leistungen im Gesundheitswesen diskutiert. Dafür setzt sich in der Schweiz auch die SAMW ein und erarbeitet medizinisch-ethische Richtlinien (z.B. Sterilisation, somatische Gentherapie oder Xenotransplantation).

2.7 Inwieweit trägt das Gesundheitswesen neben anderen Entwicklungen zu einer zukünftigen Gesellschaft bei und welche Interaktionen bestehen?

Es ist also leicht ersichtlich, dass ethische Fragen bezüglich der Integrität des menschlichen Individuums, sich auf die gesamte (globale) Gesellschaft auswirken werden.

²⁴ Eidgenössische Abstimmung zur Forschung an Embryonalen Stammzellen (28. Nov. 2004)

Was gilt als Krankheit, was als Gesundheit, wie ist die Lebenserwartung, welchen – nicht monetären – Preis sind wir bereit zu bezahlen, wie entwickeln sich soziale Strukturen?

Welche gesellschaftlichen Konsequenzen haben die wissenschaftlichen und die angewandten Erkenntnisse im Gesundheitswesen? Wie verändert sich die Gesellschaft z.B. im Umgang mit Krankheit, Behinderung und Tod, mit ungeborenem Leben und mit Alter.

Wie funktioniert die soziale Integration oder Ausgrenzung chronisch Kranker oder „potentiell Kranker“ (nachgewiesene genetische Disposition) z.B. auf dem Arbeitsmarkt?

Individuen mit „genetischen Defekten“ (was noch angesichts der genetischen Vielfalt zu definieren wäre), mit geistigen Behinderungen, Individuen in einer Lebenskrise mit Depressionen, solche mit unheilbaren Leiden, die jahrelang schlafen wie z.B. Multiple Sklerose werden zu Sozialhilfeempfängern degradiert.

Wie reagieren wiederum verschiedene Volksgruppen oder radikalisierte Gruppierungen (religiöser oder technokratischer Art) auf diese Veränderungen. Wie gilt es ihnen zu begegnen bzw. Radikalisierungen gar nicht aufkommen zu lassen?

Zur gegenwärtigen Zukunftsforschung schreibt Joseph Coates²⁵ unter anderem in seinem Beitrag:
...“Die Diagnose stellt fest, ob jemand ein solches (todbringendes) Gen in sich trägt oder nicht. Ist ein solcher Schaden vorhanden, so werden Entscheidungen über eine Familiengründung klarer. Zunächst wird der Fötus in utero untersucht werden. Wenn auch er dieses fehlerhafte Gen in sich trägt, wird die Schwangerschaft mit grösster Wahrscheinlichkeit unterbrochen werden.“ ...“Gehirnmedizinische Technologie wird weit über die Heilung von Krankheiten hinausgehen; sie wird Mittel zur Linderung von Jähzorn, Humorlosigkeit oder übertriebener Emotionalität zur Verfügung stellen. Heilmittel für diese Leiden werden sich gut verkaufen. Darüber hinaus wird es möglich sein, und später auch in der Praxis umgesetzt werden, besserem Rechnenkönnen oder einem besseren Gedächtnis zu verhelfen, oder auch dazu, grosszügiger und liebevoller, weniger stolz oder weniger träge zu sein.“

Der Kommentar sei dem Leser überlassen.

2.8 Ökologie im Gesundheitswesen

Das Konzept einer „ökologischen Gesundheitsförderung“ ist nicht so sehr als Neuschöpfung sondern vielmehr als eine Rekonstruktion und Zusammenfassung bestehender Ansätze gemeint. Hierzu gehört der Versuch, bewährte Public Health-Konzepte konsequent für die Wechselbezüge physischer Umwelt mit Humangesundheit einzusetzen (Fehr 2001).

Das aktuelle KnowHow und die technischen Möglichkeiten dienen der weitgehenden Reduktion des Ressourcenverbrauchs, der Abfallreduktion, der Minimierung des Energieverbrauchs, nicht zuletzt auch der grauen Energie sowie der Reduktion von Immissionen in die Umwelt. Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz schliessen sich nicht aus (Daschner 1992). Ein weiteres Potential eröffnet sich in der Arztpraxis und in der Forschung und Entwicklung. Ferner werden Belange des Tierschutzes ernst genommen.

2.9 HotSpots im Gesundheitswesens

Betrachtet man im Kern die klassische Medizin und die Gesundheitsversorgung, mit all ihren Spezialdisziplinen, so ist sie weitgehend unumstritten und wird von allen Bevölkerungskreisen getragen.

Die technologischen Errungenschaften des modernen Gesundheitswesens und der Vorstoss in etliche Lebensbereiche überschreitet aber auch fortlaufend neue Grenzen. Dabei handelt es sich auch um Grenzen der Machbarkeit, ethische Grenzen und ökonomische Grenzen. Die politische, soziale und ethische Diskussion ist schon längst im Gange doch in verschiedenen, aktuellen Fragekomplexen ungleich weit gediehen.

²⁵ Technologien des 21. Jahrhunderts - Herausforderungen einer dynamischen Zukunft, 2002 OECD.

Wollen wir eine Auslegeordnung machen und die verschiedenen Themenbereiche aus einer höheren Warte betrachten, resultiert eine Vielzahl von Diskussionspunkten – oder bildlich gesprochen - lässt sich ein Raster für die Evaluation von Nachhaltigkeit vorstellen.

In der Ordinate sind die verschiedenen Teilbereiche der Gesundheitswesens eingetragen. Dazu gehören die medizinischen wie die paramedizinischen Aufgaben, komplementärmedizinische Dienste sowie die weiteren Bereiche, die sich mit der Gesundheitsvorsorge beschäftigen (z.B. Prävention und Umwelt, Aufklärung und Schulung, Soziopolitisches, Datenpolitik und -recht).

In der Abszisse befinden sich die für uns relevanten Fragestellungen nach (therapeutischem) Erfolg (Erfolgsevaluierung), Wirtschaftlichkeit, Ökologie und Individual- und Sozialethik.

Einige Diskussionspunkte – sind von höchster Priorität und sollen als Diskussionsschwerpunkte – und wegen ihrer Brisanz als HotSpots - unserer Gesundheitslandschaft betrachtet werden.²⁶.

Wichtig ist dabei das kollektive Bewusstsein um die Vielfalt der Themen, deren Beziehungen, um die Akteure im System, sprich Interessen- und Berufsgruppen (siehe 3.4)

Ergänzend einige HotSpots, heisse Themenfelder, die nicht nur in der Schweiz zu diskutieren geben, sondern in allen Ländern mit einer modernen medizinischen Versorgung.

Die Aufstellung ist unvollständig und weist keine Prioritäten auf. Insbesondere einige ethisch kritische Themen wurden von der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) aufgegriffen. Die veröffentlichten medizinisch-ethischen Richtlinien sind keine Gesetze, verfügen aber nach Eigenaussage hohe moralische Anerkennung²⁷.

- Rechte und Würde des Patienten
- Die Rolle des Arztes zwischen Forschung, Erwartungen Forderungen und Spardruckes
- Konsequenzen der Molekulargenetik die Chancen für die medizinische Forschung bietet, die „potentielle“ Kranke erzeugt, die Einzug hat in der PND und der PID, die Voraussetzung ist für somatische Gentherapie, die potentiell individualisierte Therapiemöglichkeiten erlaubt, die für eugenisches Gedankengut misbraucht wird, die aber auch Verständnis schafft
- Forschung mit embryonalen Stammzellen, Therapeutisches Klonen, Forschung an Embryonen, Menschen klonen
- Sensible Informationen im Gesundheitswesen, Datenfluss und Datenschutz
- Abtreibung
- Palliativpflege, aktive Sterbehilfe, Euthanasie
- Sterilisation
- Xenotransplantation,
- Organtransplantation
- Ethik in der medizinischen Forschung, z.B. Tierversuche
- Pflege, soziale Integration bzw. Ausgrenzung von chronisch Kranken oder Unheilbaren
- Die Rolle der Betagten in der Gesellschaft, die Gesunden und die Pflegebedürftigen, Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen, Evaluation neuer Wohnformen angesichts der sich veränderten demographischen Verhältnisse
- Der Umgang mit Süchtigen, eine Drogenpolitik die diesen Namen verdient
- Ökonomische Fragen: Finanzierungsmodelle, Anreizsysteme und Beurteilung der volkswirtschaftlichen Bedeutung des Gesundheitswesens
- Das Gesundheitswesen als weitgehend ökologisches Niemansland
- Zusammenarbeit von Medizin und anderen Dienstleistern, Schnittstellen mit anderen sozialen Institutionen
- Konkurrenz oder Chancen durch die Komplementärmedizin
- Gesundheitsökonomie
- Medikamente und die Interessen von Pharmaunternehmen – Kosten und Wirkung

²⁶ Wertvoll sind „Gesellschaftliche Erwartungen an Medizin und Gesundheitswesen“ gemäss erstes Hearing der SAMW, festgehalten in Neu-Orientierung der Medizin – Zwischenbericht von der 2. Klausurtagung, Januar 2001 in Biel, SAMW.

²⁷ Medizinisch-ethische Richtlinien und Ethik auf www.samw.ch

- Kommunikation im Gesundheitswesen, innerhalb der bekannten Strukturen (z.B. Spitäler), zwischen den verschiedenen Institutionen und insbesondere zwischen Fachleuten und Laien.
- Prävention – nicht nur ein medizinischer sondern ein sozialpolitischer und wirtschaftlicher Auftrag

3 NACHHALTIGESGESUNDHEITSWESEN

3.1 Definitionen

3.1.1 Gesundheit

"Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen."

Gemäss der Weltgesundheitsdefinition (WHO), 1946

****Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums , für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.“***

Gemäss dem Medizinsoziologen Talcet Parson 1967

„Gesundheit wird als mehrdimensionales Phänomen (seltsames, ungewöhnliches Ereignis) verstanden und reicht über den „Zustand der Abwesenheit von Krankheit“ hinaus.“

Gemäss bmb & f (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie) 1997

Bei der Definition der WHO wird eine subjektive Dimension von Gesundheit unterstrichen, welche auch die Gesundheitsdefinition des bmb & f beinhaltet.

Die Fachwelt spricht von einem dynamischen - oder Balancezustand. Ein Zustand objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der dann gegeben ist, wenn die Person sich in Einklang mit körperlichen, seelischen, sozialen Bereichen ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und den äußeren Lebensbedingungen befindet.

Dieser Balancezustand muss zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt erneut wiederhergestellt werden und ist von persönlichen und Umweltfaktoren abhängig. Es lässt sich also sagen, dass die sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen den Entwicklungsrahmen für die Gesundheit geben. Gesundheit hat somit Prozesscharakter und ist hiernach das Ergebnis der Auseinandersetzung mit Belastungen und Anforderungen und das auf psychosozialer und physischer Ebene.

Klaus Dietrich Bock, Internist: „Krankheit lässt sich allgemein, überindividuell definieren als Störung der Lebensfunktionen, die sich in grosser, aber gut beschreibbarer Vielfalt manifestieren kann. Gesundheit dagegen ist verborgen, eine positive Definition ist nicht möglich. Sie ist das „Schweigen der Organe“ einschliesslich des unmerklichen Tätigseins von Geist und Seele. Wir werden ihrer – objektiv und subjektiv -erst gewahr, wenn sie abhanden kommt. Das geschieht durch Krankheit, und so sollten wir es bei der negativen Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit belassen.“

oder

Hans-Georg Gadamer (1996) adaptiert durch Klaus Dörner (2003):

„So gibt es – nach Gadamer – Gesundheit nur als „verborgene“, als den Zustand, in dem der Mensch vergisst, dass er gesund ist, als „selbstvergessenes Weggegebensein“ an den Anderen oder an das Andere seiner privaten, beruflichen und gesellschaftlichen Lebensvollzüge.

Mit einer Priese Ironie sagt Francois La Rochefoucauld:

„Eine allzu gesunde Lebensweise ist in sich schon eine Krankheit.“

Denn eine Fixierung auf die Gesundheit könnte daher schon als Krankheit gedeutet werden.

Abrundend je ein Zitat von Sigmund Freud:

„Gesundheit ist die Fähigkeit lieben und arbeiten zu können“.

und Friedrich Nietzsche, die jener von Parson nahe kommt.

„Gesundheit ist dasjenige Mass an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen“

Damit wird auf dem Punkt gebracht, dass zwischen Gesundheit und Krankheit eine fließende Grenze besteht, die durchaus subjektiv definiert wird.

Kommt dazu, dass stetig verfeinerte Analyseverfahren den Nachweis auch kleinster Unregel- oder Unstimmigkeiten, die von einer Norm oder einem Durchschnittswert abweichen, erlauben. Im Falle zunehmender Gentests ist es ferner auch möglich einen (Noch-)Gesunden mit einer möglichen erblichen Vorbelastung „krank zu machen“, möglicherweise zu stigmatisieren oder sogar zu diskriminieren²⁸.

3.1.2 Nachhaltigkeit

Der Begriff „Nachhaltigkeit“ wurde in der Agenda 21 zum Erdgipfel von Rio 1992 mit einem komplexen Inhalt definiert. Jedoch wird er heutzutage leider in vielerlei Hinsicht stark gedehnt oder in anderen Zusammenhängen angewendet - wenn nicht missbraucht.

Die Grundlage für den Erdgipfel wurde 1972 an der Stockholmer Konferenz für menschliche Umwelt gelegt, an der 113 Länder an der ersten weltweiten Umweltkonferenz teilnahmen. Die 1983 gegründete Weltkommission für Umwelt und Entwicklung verkündete 1987 den aufsehenerregenden Bericht „Our Common Future – Unsere Gemeinsame Zukunft²⁹“. Die Kommission stellte fest, die Weltwirtschaft müsse zwar die Bedürfnisse und legitimen Wünsche der Menschen befriedigen, ihr Wachstum dürfe aber die ökologischen Grenzen der Erde nicht sprengen. Die nach ihrem Vorsitzenden genannte Brundtland-Kommission forderte „eine neue Ära einer umweltgerechten wirtschaftlichen Entwicklung“ und hielt fest:

„Die Menschheit ist einer nachhaltigen Entwicklung fähig – sie kann gewährleisten, dass die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt werden, ohne die Möglichkeiten künftiger Generationen zur Befriedigung ihrer eigenen Bedürfnisse zu beeinträchtigen.“³⁰

Im Jahr 1989 begannen die Vereinten Nationen mit den Vorbereitungen für den Erdgipfel in Rio de Janeiro von 1992, an dem Vertreter aus 179 Ländern und Hunderte Vertreter von Organisationen der Vereinten Nationen, Lokalbehörden, Handel, Wissenschaft, Nichtregierungsorganisationen und anderen Gruppen teilhatten.

3.1.3 Gesundheit und Nachhaltigkeit gemäss Agenda 21

Der Begriff *Nachhaltigkeit* orientiert sich an die Definition gemäss der Agenda 21 im Erdgipfel 1992 von Rio. An diesem Erdgipfel einigten sich die Teilnehmernationen darin, dass bei Entscheidungen auf Regierungs- Geschäfts- oder Privatebene nicht nur *wirtschaftliche* sondern auch *soziale* und *ökologische* Faktoren berücksichtigt werden. Es sollen ganzheitliche Strategien für die Wirtschafts-, Sozial-, Steuer-, Energie-, Landwirtschafts-, Verkehrs- und Handelspolitik erarbeitet werden, sei es auf kommunaler oder auf Nationaler Ebene sei es in einem privaten Betrieb oder in ganzen Branchenverbänden.

Auch die menschliche Gesundheit soll geschützt und gefördert werden. Das gilt im Besonderen in Dritte-Welt Ländern. Die wichtigsten Probleme die an dieser Stelle geortet wurden, sind im folgenden kurz erläutert.

²⁸ Felix Gutzwiler, Tages-Anzeiger 12.3.04

²⁹ Herausgeber der deutschen Version: Volker Hauff 1987

³⁰ Agenda für eine nachhaltige Entwicklung – Eine allgemein verständliche Fassung der Agenda 21 und der anderen Abkommen von Rio. Centre for Our Common Future 1993

- Die vermeidbare Kindersterblichkeit (15 Millionen jährlich) wegen Geburtstrauma, Infektionen der Atemwege, Unterernährung und Durchfall. Ferner der zunehmende Drogenmissbrauch, die unerwünschten Schwangerschaften und sexuell übertragene Krankheiten bei Jugendlichen.
- Der schlechte sozioökonomische Status bei Frauen in Entwicklungsländern, der damit verknüpfte schlechte Gesundheitsstatus sowie die kaum vorhandene Geburtenkontrolle.
- Trotz der Entwicklung von Impfstoffen und anderen Medikamenten grassieren weiterhin Infektionskrankheiten (Polio, Tuberkulose, Cholera, Durchfall, Lepra, Malaria oder Bilharziose) wegen Mangel an minimalen Hygienemaßnahmen, Nahrung und Obdach sowie einer ungenügenden Gesundheitsfürsorge.
- Die weiterhin grassierende HIV-Pandemie.
(Auch zwölf Jahre danach ist noch kein Impfstoff in Sicht)
- Die infolge fehlender Regelungen und Kontrollen verursachten Immisionen bei Energiegewinnung, Industrie und Verkehr sowie die unkontrollierte Ausbringung von Pestiziden und anderen Gesundheitsprobleme verursachenden Stoffen.
- Soziale Probleme und Suchtentwicklung bei Eingeborenenvölkern, deren traditionelle Lebensweise grundlegend verändert worden ist und deshalb zu Armut und Krankheiten führen.

Im Rahmen einer Gesamtstrategie für eine „gesunde Menschheit“ im Jahr 2000 wurden unter anderem folgende Ziele als wichtig erachtet (gekürzt):

- Elimination von Tuberkulose und Polio. Onchocercose (Flussblindheit) und Lepra müssen unter Kontrolle gebracht werden.
- Limitierung der HIV-Übertragung dank nationalen und internationalen Anstrengungen
- Die Kontrolle von medikamentenresistenten Tuberkuloseerregern
(24.3.04: "TB kills two million people every year, but where is the sense of urgency that will secure resources and accelerate the process of developing new tools to fight it?" asked Dr Rowan Gillies, International President of MSF.)
- Der Kampf gegen Atemwegserkrankungen bei Kindern (95%), gegen die Todesfälle infolge Durchfalls, gegen Malaria und Masern.
- Erarbeitung einer Gesundheitsplanung für jedes Land, die ein nationales öffentliches Gesundheitswesen einschließt. Dazu gehört beispielsweise die Überwachung von Infektionskrankheiten, die Einrichtung von Gesundheitsfürsorgesystemen, die einwandfreie Nahrung und sauberes Wasser garantieren, politische Rahmenbedingungen, die eine sinnvolle Familienplanung erlauben, eine Gesundheitsfürsorge für Kinder und deren Schutz vor sexueller Ausbeutung oder Ausbeutung am Arbeitsplatz.
- Der Einbezug von traditionellen Methoden in die nationale Gesundheitsfürsorge.
- Programme zur Kontrolle von Umweltverschmutzungen und zur Reduktion von Pestiziden.
- Selbstredend sind diese Massnahmen eng verknüpft mit Bildung und Entwicklung, Siedlungsplanung und wirtschaftlicher Wohlfahrt verknüpft.

Die meisten Länder der ersten Welt haben sich weitgehend einer nachhaltigen Entwicklung verpflichtet. Obwohl sie einen relativ breit abgestützten Wohlstand genießen, der zum einen auf die, zum Teil schwindelerregenden, Fortschritte in Technik, Naturwissenschaften und Medizin und zum anderen auf die

politisch-sozialen Errungenschaften fusst, wurden sie sich spätestens Mitte des 20. Jahrhunderts um die Begrenztheit der natürlichen Ressourcen bewusst.

Dank einer hohen Produktivität profitierte das Wirtschaftswachstum sowie die Lebensqualität der Menschen in diesen Regionen. Doch die Erkenntnis dass der Boden, die natürlichen Puffersysteme, und die fossilen Energiequellen (wie auch immer die Reserven beziffert werden) begrenzt sind und die Artenvielfalt z.T. stark gefährdet ist, verlangt vermehrte Bemühungen in einer nicht nur wirtschaftlichen und sozialen sondern auch „ökologischeren“ Handlungsweise. Diese kann und muss in alle Lebens- und Wirtschaftsbereiche hineingetragen werden.

a) Nachhaltiges Gesundheitswesen– Ein Beschreibungsversuch

Über die Begriffe „nachhaltige Medizin“ oder „nachhaltiges Gesundheitswesen“ existiert keine einheitliche Regelung. Im medizinischen Bereich bzw. im Gesundheitswesen wird der Begriff in verschiedenen Zusammenhängen gebraucht so z.B. bei Mobilfunkanlagen und der Konsequenz von Immissionen für die menschliche Gesundheit³¹, mit Homöopathie³², mit firmeninterner Gesundheitspolitik zur Minimierung der Gesundheitsausgaben³³ oder auf grundsätzlicherer Art in Schweden³⁴ und Kanada³⁵.

Somit lassen sich Modelle mit verschiedenen Kriterien für ein nachhaltiges Gesundheitswesen vorstellen. Dazu wenige einfache Beispiele in einer vorweggenommenen Diskussion:

1. Ein Gesundheitswesen, das auch zukünftig finanzierbar bleibt?
2. Ein Gesundheitswesen das Rücksicht auf ökonomische, soziale und ökologische Rahmenbedingungen ?
3. Eine „begrenzt“ nachhaltige Medizin, die verstärkt auf Prävention setzt und dabei auch „sanftere“, eventuell komplementärmedizinische Behandlungen zulässt?
4. Eine ökologisierte Medizin (ökologische Ärzte), die im engeren Sinne den Ressourcen- und Energieverbrauch einzulegen versucht - was den ökonomischen Betrachtungen entgegen kommt - oder eine ökologische Medizin, die schwergewichtig der Umweltmedizin vermehrt Aufmerksamkeit schenkt (in Überschneidung mit der Prävention bzw. Präventivmedizin)³⁶?
5. Eine Medizin, die angesichts der immerwährenden, endlosen Jagt nach neuen Grenzen der medizinischen Kunst (vertikale Ausdehnung) sowie der Ausbreitung in laufend neue Lebensbereiche (horizontaler Ausdehnung)³⁷ mit der damit verknüpften Kostenexplosion und den manchmal auch ethisch fragwürdigen Grenzen, nach völlig neuen Konzepten und Massstäben sucht?

Greifen wir nochmals auf die ursprüngliche Definition von Nachhaltigkeit zurück. Um den „Geist der Nachhaltigkeit“ umzusetzen, können die neuen „Spielregeln“ nicht von einem System direkt auf ein anderes übertragen werden. Industrie, Dienstleistungssektor, Landwirtschaft oder Verkehr müssen im Einzelnen separat behandelt werden. Das gilt im Speziellen für Bildung und Gesundheitswesen.

Ein nachhaltiges Gesundheitswesen verlangt nach besonderen Spezifizierungen. Neben Massnahmen im Hygienebereich, der Raumplanung, den gesetzlich geregelten Kontrollen und den Errungenschaften im sozialen Bereich verdanken wir unserem Gesundheitswesen eine im Vergleich zu Drittweltländern hohe Lebensqualität. Dank Impfkampagnen, der fortwährenden Entwicklung neuer Therapien und Medikamente, einer sinnvollen Prävention und etlicher weiterer Faktoren konnten wir nicht nur die Lebenserwartung verlängern sondern auch die Lebensqualität massiv verbessern.

Trotz dieser positiven Errungenschaften gilt nicht nur „Friede, Freude und Eierkuchen“. Grundsätzlich beschäftigen uns zwei Themenkreise betreffend dem Gesundheitswesen. Der erste ist die Finanzierbarkeit

31 <http://www.oekologischer-aerztebund.de/> und <http://www.igumed.de/>

32 <http://www.teleosis.com/>

33 „Creating a Sustainable Health Care Program: Eighth Annual Washington Business Group on Health/Watson Wyatt Survey Report“ <http://www.watsonwyatt.com/research>

34 <http://www.cleanmed.org>

35 **Investing Today, for tomorrow. Building a Sustainable Health Care System for All Ontarians** OHA's Pre-Budget Submission to the Ontario Standing Committee on Finance and Economic Affairs. Ontario Hospital Association, Feb. 16, 2000. **Is public health care politically sustainable?** Antonia Maioni, Ph. D. Director McGill Institute for the Study of Canada, Associate Professor of Political Science McGill University Presented on December 5, 2002 at the *Breakfast on the Hill* seminar held by the Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences

36 Siehe Instituts für Umweltmedizin und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Freiburg unter der Leitung von Prof. Dr. Franz Daschner <http://www.ukl.uni-freiburg.de/iuwmkra/homede.htm>

37 „Die Gesundheitsfälle“ von Klaus Dörner 2003, Econ Verlag, München.

„False Hopes: Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine“ von Daniel Callahan und David Callahan 1999, Rutgers University Press.

und der zweite erwächst aus einem heterogenen Unbehagen bezüglich der Grenzen der Machbarkeit, salopp formuliert – die „ethische Problematik“, die weiter oben schon diskutiert wurde.

Würden wir vereinfacht nach Rio 92 die Kriterien für ein nachhaltiges Gesundheitssystem formulieren und das das leicht adaptierte Drei-Säulen-System aus Wirtschaft-Soziales-Ökologie berücksichtigen, liesse sich provisorisch formulieren:

- A) Unser Gesundheitswesen muss rentabel funktionieren können und für jedes Mitglied unserer Gesellschaft weiterhin finanzierbar sein (um nicht eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin zu schaffen).**
- B) Unser Gesundheitswesen trägt den sozialen Anforderungen der darin Beschäftigten sowie den Nutznießern Rechnung.**
- C) Bei jeder Handlung im Gesundheitswesen soll der Verbrauch an natürlichen Ressourcen nicht deren Regeneration übersteigen und sämtliche Immissionen und Schäden in der Umwelt, namentlich die Biosphäre mit allen Lebewesen und dem Menschen, sollen minimiert werden.**

Betrachtet man im Kern die klassische Medizin und die Gesundheitsversorgung, mit all ihren Spezialdisziplinen, so ist sie weitgehend unumstritten und wird von breitesten Bevölkerungskreisen getragen. Doch die Grenzen der Machbarkeit bzw. das ethische Moment stellt dabei eine *neue und zukünftig fortdauernde Herausforderung* an die zweite und dritte Säule dieses Abschnitts.

Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass beispielsweise Themenbereiche wie Gentherapie, Patientenrechte, Präimplantationsdiagnostik (PID), Klonen von Menschen, palliative Medizin, ja sogar latenter Genismus und Eugenik uva. einer breiten Diskussion bedürfen, in manchen Fällen auch mehr oder weniger strikter Regeln.

Angesichts des enormen Innovationspotentials der biomedizinischen Forschung und Technologie samt bio- und gentechnologischen Werkzeugen und der Vorstösse in immer neue Lebensbereiche muss unsere Gesellschaft, insbesondere alle darin involvierten Akteure, zukünftig für verschiedene Diskussionen vorbereitet sein. Das trifft auch zu wenn die neuen Technologien im engeren Sinne keine der drei geforderten Hauptkriterien zu verletzen scheinen.

Im Folgenden soll kurz – nicht abschliessend – auf die Vielzahl aktueller Themen hingewiesen werden. Es handelt sich um Themenkreise die, abseits der traditionellen Medizin, mehr oder weniger zu diskutieren geben (z.T. Bereits im Kapitel 2.8 erwähnt)

Pflege und Betreuung

- Medizinische Krankenpflege, Pflege und Betreuung bei leichter bis schwerer Behinderung (postoperativ, Altersheim, ganzer oder teilweiser Invalidität)
- Spezialisierte therapeutische Dienstleistungen wie z.B. Spitex, Logopädie, Ergotherapie
- Psychologische Betreuung und Begleitung (ambulant und stationär)
- Chronische Erkrankungen – Per Definitionem immer mehr. Akzeptanz als ebenfalls potentiell produktiver Teil der Gesellschaft.
- Begleitung und Vertretung in „Lebensfragen“ und administrativen Belangen (Beruf, Rechtliches, Organisatorisches, Wiedereingliederung etc.)

Komplementärmedizin (z.B. Akupunktur, Phytotherapie etc.)

- Ohne auf die verschiedensten Fachrichtungen einzugehen, besteht eine grosse Nachfrage seitens der Patienten. Dies hängt nicht zuletzt mit der Tatsache zusammen, dass Komplementärmediziner erhöhte Aufmerksamkeit dem Patienten schenken.
- Die Meinungen und Akzeptanz bei medizinischen Fachleuten sind unterschiedlich resp. geteilt.
- Die verschiedenen Fachrichtungen sind nicht einfach auseinander zu halten. Sie entbehren teilweise einer „wissenschaftlichen“ Beweisführung für den Erfolg sowie allgemeiner Zertifizierungen.
- Insbesondere aus Sicht der Krankenkassen ist eine Erfolgsvaluierung wichtig.
- Ausserdem muss sich die Komplementärmedizin vom Wellness- und Lifestyleangebot abgrenzen.

Technologisierung

- Hochtechnisierte Analyse- und Untersuchungsverfahren (CT, , Therapien und Operationen

- Biologische, chemische, biochemische oder molekularbiologische Laboruntersuchungen und Diagnostik
- Chemische und Biotechnologische Produktion von Therapeutika, Pharmaka, Vakzinen etc.
- Somatische Gentherapie
- Transplantationstechniken
- Fortpflanzungsmedizin
- Informatik

Direkte Prävention

- Intensive naturwissenschaftliche Forschung schafft Resultate und Erkenntnisse
- Informationen über präventive Verhaltensformen bezüglich Risiken und Krankheiten sowie Verhalten der Betroffenen.
- Minimalstandards für die gesundheitliche Aufklärung an Schulen
- Seuchenpolitik (angesichts der modernen Mobilität wieder in den Vordergrund gerückt)
- Gebote und Verbote (siehe unten)
- Suchtmittel und Drogenmissbrauch zu minimieren versuchen

Indirekte Prävention

- physiologischer Lebensstandard (Ernährung etc.)
- Kontrolle von Lebensmitteln und Wasser auf Rückstände und Keimen, Grenzwerte, Verbote etc.
- psychosoziale Gesundheit (Arbeit und Erholung, Raumpolitik, soziale Strukturierung der Gesellschaft)

Regel und Normen bei Behörden, Organisationen und Verbände

- Aufgaben und Pflichten (z.B. Hygienemaßnahmen)
- Normen (durch z.B. Akademien und Verbände wie FMH)
- Sicherheit im Gesundheitswesen, Biosicherheit
- Kontrolle (z.B. Behörden) und Verantwortbarkeit
- Rechtliche Grundlagen schaffen und deren Vollzug, Gerichte

Forschung und Entwicklung (Innovation)

- Universitäre Forschung in allen betroffenen Bereichen
- Private Forschung (z.B. Pharma, Hightech)

Gesundheitswirtschaftsfaktor

- Arbeitgeber im medizinischen und pflegerischen Bereich
- Arbeitgeber in Forschung und Entwicklung
- Arbeitgeber bei den kontrollierenden Behörden
- Arbeitgeber im allgemeinen Gesundheitswesen z.B. Krankenkassen, Beratung etc.

Ethische Diskussion

- Deklarationspflicht und Information durch Fachleute, Rechtsschutz, Würde des Patienten
- Datenschutzfragen
- Behandlungsmethoden (z.B. Palliativbehandlung)
- Behandlung oder deren Verweigerung (je nach Alter der Patienten), gesundheitsökonomische Betrachtungen
- Euthanasie
- Abtreibung
- Sterilisation
- Fortpflanzungsmedizin
- Verwendung von Embryonen in Forschung und Therapie
- Therapeutisches Klonen
- Placeboeinsatz
- Xenotransplantation
- Gentherapie
- Neue Eugenik
- Pränatale Untersuchungsverfahren PID und PND
- Tierversuche
- Grenzen des Gesundheitswesens (vertikal und horizontal, z.B. kosmetische Chirurgie)

Eine vertiefte Analyse und Diskussion der meisten Fragestellungen in unserer Palette weist früher oder später auf ein „ethisches Moment“ hin. Betten wir innerhalb des zweiten Kriteriums das „ethische Moment“ ein, lässt sich stark vereinfacht formulieren:

- A) Unser Gesundheitswesen muss rentabel funktionieren können und für jedes Mitglied unserer Gesellschaft weiterhin finanzierbar sein.
- B) Unser Gesundheitswesen trägt den sozialen Ansprüchen der darin Beschäftigten sowie den Nutznießern Rechnung. Es darf weder das rechts- und ethisch-moralische Empfinden der Involvierten verletzen noch jenes von Dritten oder jenes der ganzen Gesellschaft.
- C) Bei jeder Handlung im Gesundheitswesen soll der Verbrauch an natürlichen Ressourcen nicht deren Regeneration übersteigen und sämtliche Immissionen und Schäden in der Umwelt, namentlich die Biosphäre mit allen Lebewesen und dem Menschen, sollen minimiert werden.

Kurzgefasst: Ein nachhaltiges Gesundheitswesen trägt der Wirtschaftlichkeit, der sozialen und individual-, sozialethischen und der ökologischen Vertretbarkeit Rechnung.

3.2 Mögliche Hauptkriterien für ein nachhaltiges Gesundheitswesen – Lautgedacht

Im folgenden werden vermehrt gesundheitspolitische Aspekte eines nachhaltigen Gesundheitswesens formuliert, die sich an den eingangs postulierten Herausforderungen orientieren.

- a) Die Hauptziele eines nachhaltigen Gesundheitswesens sind erstens die weitere **Finanzierbarkeit** für alle BürgerInnen, zweitens die Berücksichtigung **ethischer Normen** bezogen auf das **Individuum** auf das **soziale Gefüge** die **Gesellschaft** und auf die **Umwelt** (dazu detaillierteres weiter unten) und drittens die Sicherung der weiteren **qualitativen Entwicklung** dank einer freiheitlichen Forschung und dank der Erkenntnisse aus der Praxis.
- b) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen ist bezüglich der Planung **zukunftsorientiert und bewegt** – es ist weder an Partikulärinteressen einzelner Gruppen orientiert noch wird es durch vierjährige Legislaturperioden befristet. Es öffnet sich vermehrt gegenüber Komplementärmedizin und sieht darin nicht nur Chancen für neue Therapieformen sondern auch Möglichkeiten damit deutlich günstiger zu fahren.
- c) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen fördert die Eigenkompetenzen (Compliance³⁸ und Empowerment³⁹) der Bevölkerung. Dies erfolgt primär in der persönlichen, verbesserten **Aufklärung** Betroffener durch medizinische und paramedizinische Fachleute und sekundär in der Schaffung verbesserter qualitativ hochstehender und dennoch leicht verständlicher Informationskanäle (z.B. Internet), die Vertrauen vermitteln.
Ausserdem verlangt ein nachhaltiges Gesundheitswesen eine qualitativ bessere allgemeine **Grundausbildung** an Schulen (die unter anderem auch der Prävention zugute kommt).
- d) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen setzt auf eine **direkte** und eine **indirekte Prävention**
Die direkte Prävention beinhaltet die Aufklärung über Risiken und Chancen verschiedener Verhalten der Betroffenen selbst.
Die indirekte Prävention beinhaltet die Schaffung von Randbedingungen zur strikten Verminderung bzw. zur Minimierung von gesundheitlichen Risiken für die BürgerInnen. Dazu gehören im Speziellen (siehe auch unter 2.) raumplanerische, ökologische, ökonomische und psychosoziale Rahmenbedingungen. Gerade diesem Punkt wird heutzutage viel zu wenig Bedeutung beigemessen, obwohl diesem viele

38 Der englischsprachige Begriff **Compliance** bezeichnet die *Einhaltung* von Verhaltensmaßregeln, Gesetzen und Richtlinien. Der Begriff findet u.a. in der Medizin und in der Betriebswirtschaft Verwendung.

In der Medizin spricht man von der Compliance des Patienten. Damit wird der Umstand angesprochen, dass die Heilung vieler Krankheiten ein kooperatives Verhalten des Patienten voraussetzt. Ähnliches gilt für die Stabilität des Zustands chronisch Kranker (z.B. Diabetiker), die in hohem Maße von deren compliance abhängt. (www.orthopediashop.de/glossar)

39 **Empowerment** bedeutet die aktive Stärkung der Patientenrolle durch Verbesserung der Informiertheit, der Selbstmanagement- und der Krankheitsbewältigungskompetenzen sowie der sozialen Kompetenzen in der Interaktion zum Arzt. Sie zielt auf die Stärkung der Souveränität, der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung des Patienten. (www.consumer-health-care.de/lexikon)

selbstschädigende Verhaltensweisen und Störungen entspringen (Suchtentwicklung, Medikamentenabusus, Risikoverhalten, Verhaltensstörungen). Dr. med. Urs Strebel (2001) bringt es radikal auf den Punkt. *Es ist eine Frage der Gerechtigkeit, sich auch wissenschaftlich um die grosse Zahl von Menschen zu kümmern, die leiden und sterben, weil ihnen Nahrung und einfachste hygienische Massnahmen fehlen. Die Forschung muss prioritär nach Lösungsansätzen für diese psycho-sozialen Probleme suchen (USA 1985 ca. 7000 Sarkome, aber 20'000 Morde!).*

Die Berücksichtigung von umweltmedizinischen Fragen und sowie von gesundheitsfördernden Faktoren sollen in jeder Planung integriert sein. Interessant ist das vor einem Jahr gestartete Plädoyer für die Entwicklung einer Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) von der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK)⁴⁰.

- e) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen ist nicht nur medizinisch – technisch ausgerichtet ist. Es **integriert verstärkt die Ressourcen aller erwähnten Akteure** und bündelt sie für gemeinsame Ziele.
- f) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen ist **transparent** Aus den vorausgegangenen Punkten resultiert für ein nachhaltiges Gesundheitswesen, dass die fachschaftsinterne Diskussion (z.B. innerhalb der Medizin dank SAMW, FMH und anderer Organisationen) aber auch die Interdisziplinäre Diskussion kultiviert wird. Das setzt allerdings auch voraus, dass man die Grenzen zwischen den verschiedenen Fachkreisen und Institutionen definiert und erkennt – ohne Kompetenzgerangel – und dass die Kommunikation an den Schnittstellen möglichst reibungslos, effizient und mit einem Minimum an Bürokratie ermöglicht wird. Dies gilt insbesondere für Hilfeleistungen z.B. bei chronisch Kranken oder Invaliden, bei pflegebedürftigen Betagten, bei Süchtigen.
So soll sich „die Medizin“ wieder um ihre Kernaufgaben kümmern dürfen, die Ärzte sich auf ihre Kernaufgaben konzentrieren können. Das verlangt aber auch Vertrauen und die Delegation von Aufgaben an die beteiligten Partner im paramedizinischen und nicht-paramedizinischen Bereich. Durchaus sollen dabei auch Wünsche und Forderungen an die jeweiligen Partner kommuniziert werden, z.B. im Zusammenhang mit Prävention, mit sogenanntem „Empowerment“ der Patienten sowie mit dem Entwurf innovativer Finanzierungsmodelle mit adäquaten Anreizsystemen oder auch im Hinblick auf ökologisch-umweltethische Themata⁴¹. Im weiteren verlangt eine transparente Auslegeordnung das Aufzeigen der jeweiligen sozialen Kostenanteile, da es nicht sinnvoll ist wenn sich Teilsysteme zu Lasten des Gesamtsystems optimieren (Peter Saladin 2001)
Ein nachhaltiges Gesundheitswesen soll **Partialinteressen offenlegen** (z.B. aus Industrie) die manchmal dem Interesse des Einzelnen aber auch der solidarisch gestalteten Gesellschaft zuwiderlaufen.
- g) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen trägt aber auch den legitimen **beruflichen Anliegen** der verschiedenen Akteure Rechnung. Dies nicht nur im Rahmen der ökonomischen Rahmenbedingungen bzw. der Entgeltung von Leistungen sondern auch zugunsten der persönlichen Befriedigung und damit eng verknüpft der professionellen Qualitätswahrung dank eindeutiger Anerkennung von Kompetenz und Verantwortung.
Die persönliche Befriedigung ist aber nicht gewahrt wenn *ein ausgelaugter Assistenzarzt, der Endlosschleife zermürbender Dienste nicht mehr gewachsen, gesteht, für ihn werde nach dreissig Stunden Dienst „jeder Patient zum Feind“. Sind seine Chancen, ein guter Arzt zu werden, nicht längst schon verspielt?*⁴²

40 Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)

41 Herausgegriffen aus der Zusammenfassung vom Zwischenbericht von der 1. Klausurtagung – Neu-Orientierung der Medizin. 25./26. August, Biel:

1. Es braucht eine Diskussion über die Ziele der Medizin. Dies ist eine grundsätzliche Forderung an eine Neu-Orientierung. Nur wenn die Ziele und Grenzen der Medizin geklärt sind, können neue Visionen erarbeitet und ihre Umsetzung geplant werden. Zu diesem Zweck ist die Medizin getrennt vom Gesundheitswesen zu betrachten.

2. Die Medizin braucht ein erneuertes Gesundheitswesen. Damit eine Neu-Orientierung der Medizin eine Chance hat, müssen jene Forderungen identifiziert werden, welche die Medizin an das Gesundheitswesen richten kann und muss. So gilt es unter anderem, Mechanismen für den gegenseitigen Austausch zwischen Medizin und Gesundheitswesen bewusst zu organisieren und zu gestalten. Das Gesundheitswesen enthält Anreize, die zu Fehlentwicklungen führen. Es ist neu so zu organisieren, dass für alle Partner die Anreize mit den Zielen übereinstimmen.

42 Zitat aus Graupner Heidrun & Andreas Hoffmann: Nach 30 Stunden wird jeder Patient zum Feind. Süddeutsche Zeitung. 26.1.2004, in Der gute Arzt, Linus S. Geisler 2004.

An dieser Stelle darf – wenn auch alle Interessierten darin übereinstimmen - erwähnt sein, dass weiterhin die berufliche Qualifikation bzw. die Anpassungen in der Ausbildung sowie in der Weiterbildung in den medizinischen und paramedizinischen Berufen nicht nur erhalten sondern nach Möglichkeit verbessert resp. erleichtert werden soll.

- h) Ein nachhaltiges Gesundheitswesen befürwortet weiterhin die wissenschaftliche und technische Innovation zur qualitativen Verbesserung der Leistungen sowie zur Reduktion von administrativen Hemmnissen. Dazu gehört beispielsweise unter anderem auch das enorme Potential der **Informations- und Kommunikationswissenschaften**(e-health)⁴³.
- i) Wegen der wirtschaftlichen und politischen **globalen Vernetztheit** unseres Landes kommen wir nicht umhin auch die gesundheitspolitischen Ansprüche der Dritte-Welt-Länder zu betrachten. Es finden sich auch im Gesundheitswesen Schnittstellen (Zusammenarbeit, Persönliche Einsätze, Wissenstransfer aus F.&E., Applikationen aus der Praxis, Produkte aus Drittweltländern), die ein gewisses Potential an Verhaltensveränderungen eröffnen. Ein wirksames politisches Engagement für Nachhaltige Entwicklung in der Dritten Welt wird primär durch unsere Behörden, insbesondere auf nationaler Ebene, erreicht. Auch die Privatwirtschaft, z.B. Pharma, hat auf freiwilliger Basis die Möglichkeit punktuell gute Entwicklungshilfe zu realisieren.

Bezüglich den globalen ökologischen Fragestellungen (siehe auch nächsten Punkt) können nationale Normen im Gesundheitswesen auch auf Drittweltländer ausgeweitet werden. Dies erfolgt beispielsweise beim Kauf von Pflegeequipment, Chemikalien oder durch Förderung von Fairtrade, ganz im Sinne von „Think global – act local“.

Von grosser Wichtigkeit ist aber auch die Solidarität unserer Gesundheitsfachleute mit den medizin-ethisch legitimen Forderungen und Ansprüchen jener, die teils unter einfachsten Verhältnissen arbeiten müssen. Das geschieht beispielsweise über Empfehlungen an die politisch Verantwortlichen im Lande oder an die involvierten Industrien.

- j) In einem nachhaltigen Gesundheitswesen sind **ökologische** Fragestellungen ein Selbstverständnis.
- k) Das Gesundheitswesen ist zentraler und elementarer Teil unserer Gesellschaft ähnlich wie die politisch-rechtliche Organisation des Landes, die Landwirtschaft und der Ernährungssektor, das Bildungssystem und die Forschung, das Verkehrswesen und die gesamten angrenzenden sozialen Institutionen. Sie ist damit auch Teil und Basis für eine funktionierende Wirtschaft sowie Voraussetzung für die Wohlfahrt eines jeden Mitgliedes unserer Gesellschaft, die sich im Erleben des persönlichen Umfelds von Familie und Freunden, Freizeit, Kultur und Sport offenbart.

Aus diesem Grunde ist es mittel- bis langfristig absolut notwendig eine zentrale oder dezentrale **Schweizerische Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen (SFNG)** zu schaffen. Diese ist zur Vermeidung von Interessenkonflikten (finanziell und politisch) unabhängig, insbesondere auch von den medizinischen Hochschulinstitutionen.

Es ist grundsätzlich auf vier Ebenen tätig:

- Es fördert den **Informationsaustausch** zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen, dazu gehören auch die politischen Behörden (z.B. BAG). Es unterstützt nicht nur die verschiedenen Akteure in ihrer **Öffentlichkeitsarbeit** sondern führt regelmässige **Monitorings** durch.
- Es betreibt **Gesundheitsforschung** im weiteren Sinne (siehe oben) und stellt die Resultate den politisch Verantwortlichen – und nicht zuletzt dem Souverän, dem Volk – zur Verfügung.
- Es erforscht **Trends und Entwicklungen** z.B. biomedizinischer, finanzieller, rechtsethischer oder gesellschaftlicher Art.

43 e-Health: Jähn und Nagel 2004 und eHealthcare – Kompendium Schweiz 2004 www.eHealthCare.ch

- Es erstellt **Szenarien** und hinterfragt deren **Chancen und Risiken**
Daraus leitet es **ganzheitliche Strategievorschläge** ab und erarbeitet Werkzeuge zur positiven Lenkung für ein nachhaltiges Gesundheitswesen.

Dazu ein längeres Zitat von Atteslander⁴⁴ (2000):

„Jede Gesundheitspolitik gründet letztlich auf ethischen Übereinkommen. Angesichts drohender Rationierung medizinischer Leistungen ist eine breit abgestützte Diskussion in der Gesamtbevölkerung unausweichlich. Die Formulierung einer nationalen Gesundheitspolitik ist und bleibt Sache der eidgenössischen Parlamente und kann nicht an unabhängige Stiftungen delegiert werden. Die heutige Situation muss dadurch charakterisiert werden, dass eine Reihe von Präventionsprogrammen durch internationale Organisationen wie WHO und EU in der Schweiz umgesetzt werden ohne ausreichende gesundheitspolitische Grundlegung. Sie sind gesundheitspolitisch allen Kontrollen entzogen. Vor einer beflissenen Gesundheitsberichtserstattung an die WHO hat eine neutrale und umfassende Bedarfsklärung der Schweizer Bevölkerung Vorrang.

Der Primat der Politik läuft Gefahr, durch unkoordinierte Einzelmassnahmen unterlaufen zu werden. Es ist nicht die Summe von Massnahmen, die eine effiziente Gesundheitspolitik ausmacht, sondern allein eine klare politische verantwortete und effizient umzusetzende Zielsetzung. Diese fehlt. Schliesslich sind die Zuständigkeiten zu klären. ... Offensichtlich fehlt es an sachgerechter Forschungskapazität, an interdisziplinär ausgerichteten Entscheidungsorganen und, ebenso wichtig, an unabhängigen Interpretationsinstanzen.“

3.3 Kritische Fragen zur Entwicklung eines nachhaltigen Gesundheitswesens

Neben der Formulierung von Nachhaltigkeitskriterien und deren Applikation am GW drängen sich weitere Fragen auf: nämlich WIE soll ein nGW entwickelt werden, d.h. WELCHE Massnahmen sind primär durchzuführen, in WELCHEM Zeitrahmen, WIE verbindlich bzw. bindend sind sie und soll deren Vollzug kontrolliert werden oder nicht – wenn ja, durch WEN?

Sollen Handlungsmassnahmen als Empfehlungen abgegeben werden, sollen sie entscheidungsweisende Leitlinien, Leitplanken oder sogar mittelfristig Regeln, Verordnungen und Gesetze sein?

- Mit Hilfe des Aufbaus eines zukunftsweisenden Gesundheitsforschungsinstituts (Schweizerische Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen (SFNG)) könnten die Verantwortlichen in Bund und Kantonen, insbesondere in Exekutive und Legislative unabhängig informiert werden, so dass die weiteren politischen Schritte verstärkt auf natur- und sozialwissenschaftliche Fakten (bezügl. unseres Gesundheitswesens) beruhen. Das Potential bereits bestehender Institutionen wie z.B. BAG, das Gesundheitsobservatorium, die SAMW und unzähliger weiterer Fachleute und Organisationen sollen dabei weiterhin in fruchtbarer Zusammenarbeit genutzt werden.
- Bei der Frage WER bzw. WELCHE Gruppen (Fachverbände, Organisationen oder Ämter) haben die Kompetenz und die Autorität Ideen und Massnahmen zu erarbeiten und zu empfehlen? Mit Kompetenzen wird fachliches Know-how, Erfahrung, moralisch/ethische Legitimation oder Betroffenheit verstanden. Es sind betroffene Fachleute aus den verschiedensten beruflichen Disziplinen und Organisationen.
 - Ethiker
 - GesundheitsökonomInnen
 - Juristen
 - Mediziner aller Disziplinen
 - Medizinische Forschung
 - Ökologen
 - Pädagogen
 - Vertreter von Patientenorganisationen

⁴⁴ Peter Atteslander in einer Kolumne in der NZZ vom 9. September 2000

- Pflegefachleute
- Präventionsfachleute
- Medizinische und nichtmedizinische Psychotherapeuten
- Sozialforscher
- Therapeuten
- Versicherungsdienstleister

Im Anhang findet sich eine Liste von Organisationen und Behörden, die vor Augen führen wie breit das Interesse am Gesundheitswesen sein kann.

- Ein Grossteil der Massnahmen für die Entwicklung eines nachhaltigen Gesundheitswesens ist bereits heute mit Hilfe der verschiedenen Akteure realisierbar sofern Gesprächsbereitschaft signalisiert und Zusammenarbeit angestrebt wird.
Ausserdem existieren bereits heute unzählige Bemühungen und Initiativen auf privater und institutioneller Ebene das Gesundheitswesen auch für die Zukunft tragbar zu gestalten.

3.4 Vorschläge grundsätzlicher Art

Da der Prozess für die Entwicklung eines nGW – wenn seriös erarbeitet – langwierig ist, auf breit abgestützte Akzeptanz stossen sollte und nicht ein reiner Papiertieger sein darf, ist es sinnvoll die Entwicklung dessen als Empfehlungskatalog auszuarbeiten. Verbindlich für die Erarbeitung eines Empfehlungskatalogs für ein nGW soll jedoch die erklärte Absicht sein, diese Empfehlungen kontinuierlich weiterzuentwickeln, nicht nur quantitativ sondern auch qualitativ.

Die gegenwärtig beliebten Qualitätskontrollsysteme mit unabhängigen Kontroll- und Zertifizierungsorganen⁴⁵ laufen Gefahr, einseitigen Aktivismus zu fördern. Insbesondere angesichts der komplexen Materie „Gesundheitswesen“, der schwierigen Definition von messbaren Kenngrössen⁴⁶ resultiert ein chronischer Mangel an vollumfänglicher Wissenschaftlichkeit da in der Regel nie alle Systemkomponenten⁴⁷ erfasst werden können. Im besten Falle würden solche Systeme zu einer Unzahl verschiedenartig gestalteter Zertifizierungssysteme in verschiedenen Segmenten führen. Damit verbunden entstünde eine Lawine administrativer Aufgaben mit noch mehr Akteuren, einem immensen „Kontrollwasserkopf“, der entgegen der ursprünglichen Absicht zur Systemverteuerung führen würde.

Es ist sinnvoll die bestehenden, im Gesundheitssystem wirkenden Institutionen (Personen, Verbände, Organisationen) im Prozess zu integrieren. Ihre Erfahrungen und Kompetenzen dürfen nicht brachliegen. Doch sollen sie unterstützt werden im Dialog und im Austausch mit ihren potentiellen Partnern oder Partnerorganisationen (z.B. Medizinische Fachschaften und Medizinethik, Pflegefachverbände und Krankenkassen, Patientenorganisationen und Sozialwissenschaftler). Dadurch entsteht ein Netzwerk von verschiedenen Berufsständen, von Interessensgruppen, Forschung und Finanzdienstleistern. Die Akteure sind aufgefordert ihre jeweiligen Partner auf gleicher Stufe zu begegnen, diese ernst zu nehmen, mit ihnen zu diskutieren, Vorurteile und Ballast abzubauen und gemeinsame Erfahrungen auszutauschen um gemeinsam einen Verbesserungsprozess in Richtung nGW einzuleiten, Vorschläge zu erarbeiten und festzuhalten.

Das ERSTE Ziel ist die Formulierung GEMEINSAMER Ziele.

So banal diese Aussage klingen mag, wird gegenwärtig eher Aktivismus betrieben. Es werden weder ganzheitliche Lösungen gesucht noch klar erkennbare Ziele formuliert.

Jede scheinbare Lösung und Handlung ist keine Lösung, wenn sie anderen Gruppen und deren Zielen absolut zuwiderläuft. Deshalb sind nur gemeinsam erarbeitete Ziele sinnvoll.

⁴⁵ Equam-Stiftung in Zürich verteilt Zertifikate die für eine mögliche Vertragsbindung Arzt-Krankenkasse verwendet werden könnte.

⁴⁶ Ähnliche Probleme stellen sich bei der Monetarisierung von Naturräumen wie z.B. Wald oder Biosphärenreservate

⁴⁷ Man denke dabei nur an die ethische Diskussion um Datenschutz

Erst wenn die Ziele eines nachhaltigen Gesundheitswesens klar sind, die normativen Kriterien eines gemeinsam erarbeiteten Nachhaltigkeitsbegriffs allen Akteuren bekannt sind können diese auf die einzelnen Diskussionspunkte – HotSpots - angewandt werden. Erst dann wird wirklicher Fortschritt erlangt. Die „Trial and Error“ - Strategie ist im Bereich Gesundheitswesen nicht angebracht (Fehler werden im übrigen ohnehin geschehen, doch soll deren Zahl minimiert werden).

Pragmatisch angegangen resultiert daraus eine modulare Diskussion der verschiedenen Aspekte. Die einvernehmlichen Einsichten, Erkenntnisse und Antworten aus dieser Diskussion und die möglichen Zielvorgaben brauchen dabei nicht gleichzeitig gefordert, ja sogar umgesetzt zu werden.

Die Begriffe müssen selbstredend genauer definiert und verfeinert werden. So kann beispielsweise eine Therapie als erfolgreich bewertet werden, wenn sie nicht zur Genesung bzw. zur Absenz eines Leidens führt, jedoch die Lebensqualität der Betroffenen massgeblich verbessert. Im Begriff Individualethik verstecken sich ferner eine ganze Menge kniffliger Teilbereiche wie Recht auf Anonymität, Körperliche Integrität, Grenzen der eigenen Rechte (z.B. Eltern-Kind, Epidemiologie usw.), Recht auf Wahrheit oder Recht auf Tod.

Analog muss sich das Gesundheitswesen von innen her erneuern bzw. sich auf seine Kernkompetenzen und Erfahrungen berufen und von der Basis der Fachschaften und Fachleute her, also subsidiär.

Dazu gehört einerseits die Abgrenzung von fremdbestimmten Aufgaben und Ansprüchen, die sich in der Regel konstantreibend auswirken. Demnach sollen nicht Wünsche erfüllt, dafür aber Verantwortung übernommen werden, gleichzeitig in der ständigen Bereitschaft von den Patienten Korrekturen und Verbesserungen anzunehmen⁴⁸.

Die Diskussion muss auf breit abgestützter Ebene geführt werden (Bsp.1: Was gehört in die Welt des LifeStyle – was sind basilare Bedürfnisse und Notwendigkeiten? Bsp 2.: Welche Akteure haben am Trauerspiel der Medikamentenpreise teil?).

Diese Schnittstellen mit Akteuren ausserhalb des Gesundheitswesens sollen erkannt, sichtbar gemacht und kommuniziert werden z.B. Empfehlungen für die berufliche Wiedereingliederung chronisch Kranker.

4 NGBATS

(NGBATS = Nachhaltiges Gesundheitswesen BATS, Prov. Arbeitstitel)

4.1 Was ist NGBATS

NGBATS ist eine Abteilung vom BATS, dem Zentrum für Biosicherheit und Nachhaltigkeit.

NGBATS ist politisch, wirtschaftlich und konfessionell unabhängig.

NGBATS ist allen versuchten Vereinnahmungen abgeneigt.

NGBATS wird finanziert durch die Trägerschaft von verschiedenen Gesellschaften, Ämtern und Organisationen sowie durch die Entgeltung für auftragsgebundene Dienstleistungen.

NGBATS ist bestrebt eine **wissenschaftlich fundierte Diskussion** in einem **vernetzten und interdisziplinären** Rahmen zu verwirklichen. Dies wird durch intensive Kontakte mit externen Vertretern verschiedener Forschungsdisziplinen (Fachlicher Beirat) gewährleistet.

NGBATS pflegt vorübergehende informelle Kontakte mit verschiedensten Interessensgruppen und -vertretern, mit Fachverbänden und einzelnen Fachpersonen zum Zwecke des Wissenstransfers, der Wissenspräsentation und -dokumentation, der Diskussion unter ihnen oder zu einem grösseren Kreis von Interessenten.

NGBATS baut eine Homepage auf und unterhält sie auf wissenschaftlich aktuellem Stand.

4.2 Welche Ziele verfolgt NGBATS?

4.2.1 Informationsdrehscheibe

NGBATS erarbeitet eine transparente Auslegeordnung des modernen Gesundheitswesens und bietet Dienstleistungen im Wissenstransfer an.

- Dabei werden die **verschiedenen Fach- und Sachbereiche** die sich mit dem Gesundheitswesen beschäftigen soweit wie möglich getrennt beobachtet. Dazu gehören namentlich alle Bereiche der Medizin, der Pflege, der Psychologie, der Forschung, der Bildung, der Prävention und alternativer Therapieformen.
- Da das Gesundheitswesen sehr komplex, thematisch vielfältig und in vielen Bereichen enormen Veränderungen ausgesetzt ist, wird bei NGBATS der Focus auf aktuelle (und z.T. auch umstrittene) **Schwerpunktsthemen**, HOT SPOTS, des modernen Gesundheitswesens gerichtet, die in Politik und Gesellschaft zu Diskussionen führen (*siehe auch separate Tabelle und ausgewählte Artikel*).
- Um dieser Aufgabe gerecht zu werden orientiert sich NGBATS an den **gegenwärtigen Wissenstand** der verschiedenen wissenschaftlichen Institutionen, Fachschaftenden, Berufsgruppen und Organisationen im In- und Ausland. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei auch den subjektiven und/oder objektiven Unsicherheiten und den vielfältigen Fragestellungen in der **Bevölkerung**
- NGBATS fungiert dabei als eine **Informations- und Kommunikationsplattform** für **professionell Interessierte** für **Betroffene** (Forschung, Politik, Versicherungswesen, Berufsverbände und Industrie) und für **Laien**. Dabei werden Informationskanäle und Plattformen aufgebaut und gepflegt, deren Ziel es ist, Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen. Dies geschieht nicht nur webbasiert sondern auch mittels Foren, die einen intra- und interdisziplinären auch kontraktitorischen Diskurs ermöglichen.

4.2.2 Dienstleistungen

- a) **Organisation und Moderation** von kleinen oder grossen Veranstaltungen, die gesundheitsrelevante Themen innehaben
- b) Vermittlung von Kontakten zu Fachpersonen und Spezialisten
- c) **Zielgruppengerechte** Beschaffung oder Erarbeitung von schriftlichen **Informationsdossiers** (z.B. Medien, Spitäler, Ärzte, Lehrer, Versicherer, Politiker uvm)

- d) Erarbeitung von Schul- bzw. Schulungsunterlagen – auch webbasiert, Schulung.
- e) Eine ausführliche Homepage mit einem **Glossar** sowie einem **Katalogan Basisinformationen** zu verschiedenen Berufs- und Standesgruppen (z.B. aus Medizin, Pflege, Ethik, Ökonomie, Ökologie und verschiedenen Forschungsbereichen). Dabei wird viel Wert auf Übersichtlichkeit und wissenschaftssystematischer Ordnung gelegt
- f) Sie enthält **Verknüpfungen**(links) zu möglichst vielen beteiligten Dienstleistern und deren Organisationen sowie zu Behörden, die sich im Gesundheitswesen engagieren
- g) Sie enthält ein Angebot von **Newslettern** und
- h) eine ständig wachsende **Publikationsliste** in deutsch/franz./ital.und englischer Sprache (Bücher, Skripte, Vorträge etc.)
- i) Sie enthält **Informationen** und einen **Kalender** zu aktuellen **öffentlichen Veranstaltungen** im gesundheitlichen Sektor (Vorträge an Hochschulen, Messen, Symposien etc.) sowie
- j) ein (online) **Diskussionsforum** für Laien und Fachleute

4.2.3 Formulierung eines Nachhaltiges Gesundheitswesens

NGBATS ist bestrebt die Formulierung für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen im nationalen Kontext zu erarbeiten. Die Aufgabe erfolgt unparteiisch und transdisziplinär mit Unterstützung verschieden konstituierter, interdisziplinärer Themengruppen sowie unter Aufsicht eines wissenschaftlichen Beirates, dessen Mitglieder sich ebenfalls aus verschiedenen Fachdisziplinen und Organisationen zur Verfügung stellen. Die Empfehlungen für ein nachhaltiges Gesundheitswesen soll allen Fachleuten im Gesundheitswesen, der Politik und Gesellschaft als Orientierungshilfe dienen. Detaillierte Informationen finden sich unter 3.2.

4.2.4 Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen in der Schweiz

Als langfristige Strategieoption wäre die Schaffung einer Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen in der Schweiz wünschenswert. Für deren Aufgleisung müssten Ziele und Anforderungen geprüft werden. Forschungsschwerpunkte, Organisation und Struktur, Verantwortung, Einbettung, Finanzierung und Lage müssten geplant werden. Insbesondere fragt sich, wie andere Fachstellen, Behörden, Verbände, Institute, etc. diese Fachstelle nicht nur tragen aber auch konstituieren würden. Schnittstellen wären zu bestimmen und projektbezogene Zusammenarbeiten ins Auge zu fassen.

Eine Fachstelle für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen in der Schweiz könnte mit beratender Funktion dem Bund und den Kantonen, den Hochschulen und der Forschung, verschiedenen Fachkreisen und Interessierten, der Bevölkerung, der Privatwirtschaft und den Versicherungen zur Seite stehen. Dabei wäre eine Institutionalisierung von Vorteil. Sie wäre rechtlich weitgehend unabhängig, würde jedoch fachliche Zusammenarbeit mit anderen Meinungsbildnern pflegen und Synergien nutzen.

Mittels fortwährender Selbstevaluation bezüglich Zielerreichung und Kompetenzvermittlung (nicht zuletzt) in der Bevölkerung sollte eine entsprechende Institution ihre Dienstleistungsorientierung qualitativ immerzu verbessern.

Das Hauptziel bliebe aber die Förderung einer kohärenten und nachhaltigen, nationalen Gesundheitspolitik. Das wären

1. **Informationsarbeit** zwischen den verschiedenen Akteuren im GW und deren Unterstützung bei der **Öffentlichkeitsarbeit**
2. Betreiben von **Gesundheitsforschung** Diese Aufgabe erfolgt in Zusammenarbeit mit bestehenden Organisationen.
3. Betreiben von **Zukunftsforschung** Hierbei werden Trends und Entwicklungen biomedizinischer, finanzieller, rechtsethischer oder gesellschaftlicher Art untersucht.

4. Erstellung von **Szenarien** und Evaluation derer Chancen und Risiken. Daraus leitet es ganzheitliche Strategievorschläge für ein Nachhaltiges Gesundheitswesen ab.

4.3 Organisation NGBATS

NGBATS

NGBATS übernimmt Projektleitung und -koordination. Es ist verantwortlich für den Wissenstransfer, die Öffentlichkeitsarbeit und die öffentliche Information für verschiedene Laiengruppen. Damit leistet es durch die Vermittlung von Kontakten zum Netzwerk an Fachleute und -organisationen auch wichtige Dienste im Präventionsbereich (im weiteren Sinne).

Themenspezifische Arbeitsgruppen

Flexible zusammengesetzte Experten- und Interessenvertretergruppen. Sie konstituieren sich aus ca. fünf bis zehn Personen und garantieren fachliche Qualität und den Kontakt zu verschiedenen Berufsständen und Interessengruppen. Dabei diskutieren und bearbeiten sie kritische Einzelthemen und Felder des Gesundheitswesens, die von Bedeutung sind.

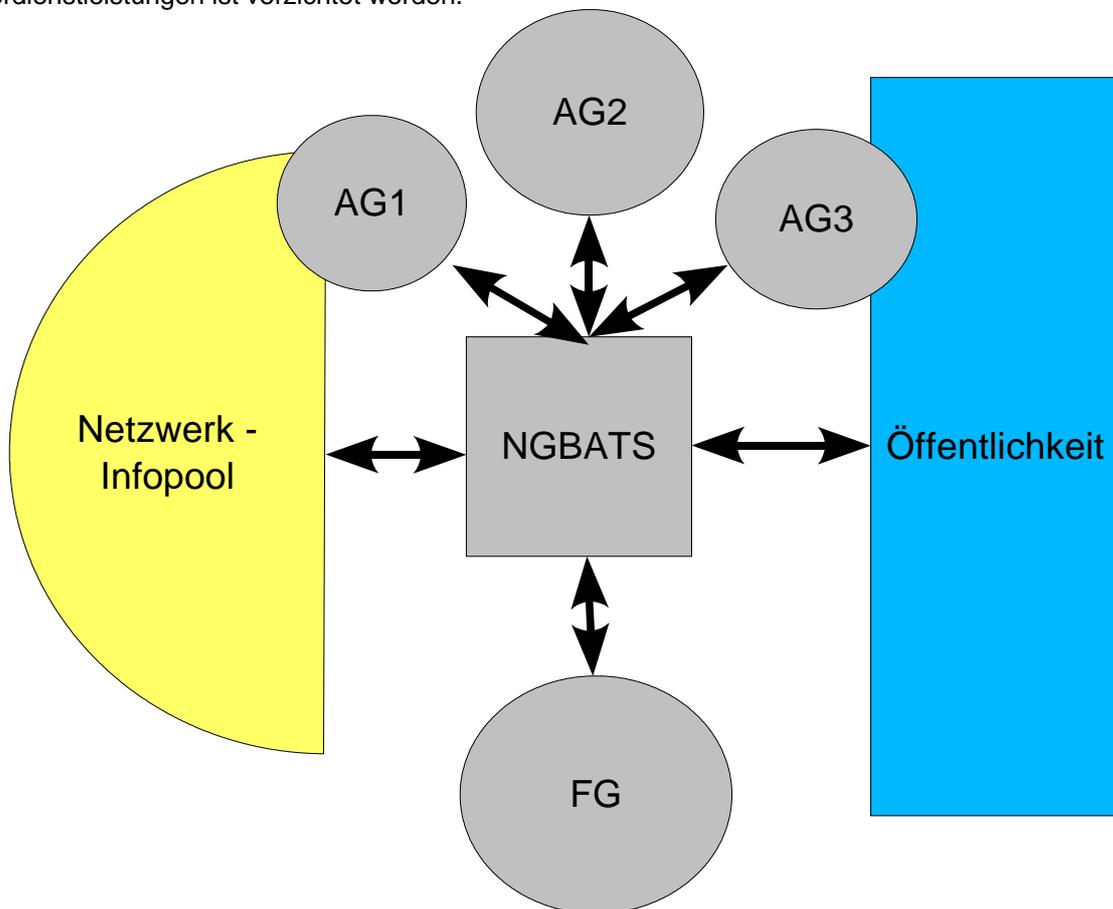
Wissenschaftlicher Beirat (Fachgremium)

Diese Stabstelle wird durch Vertreter aus verschiedenen Fachgebieten zusammengesetzt. Sie überprüft mit beratender Funktion die Qualität der von NGBATS erbrachten Leistungen und Resultate und macht Empfehlungen, die in den Projektablauf der von NGBATS organisierten Studien einfließen.

Netzwerk

Die Partner im Netzwerk haben eine freie Bindung an NGBATS. Das Netzwerk hat dabei ein großes Potential. Es garantiert qualitativ fundierte Arbeiten und Diskussionen und nutzt die Infrastruktur. Es hilft unbürokratisch und schnell Experten zu speziellen Fragestellungen beizuziehen. Die Fragestellungen ergeben sich aus NGBATS-interner Projektarbeit oder werden an das NGBATS herangetragen. NGBATS macht andererseits auf dieses Netzwerk aufmerksam. Eine Aufgabe, die einer transparenten und raschen Kommunikation förderlich ist.

Im folgenden Schema soll vereinfacht aufgezeigt werden, wie NGBATS arbeitet. Auf die Darstellung aller Sonderdienstleistungen ist verzichtet worden.



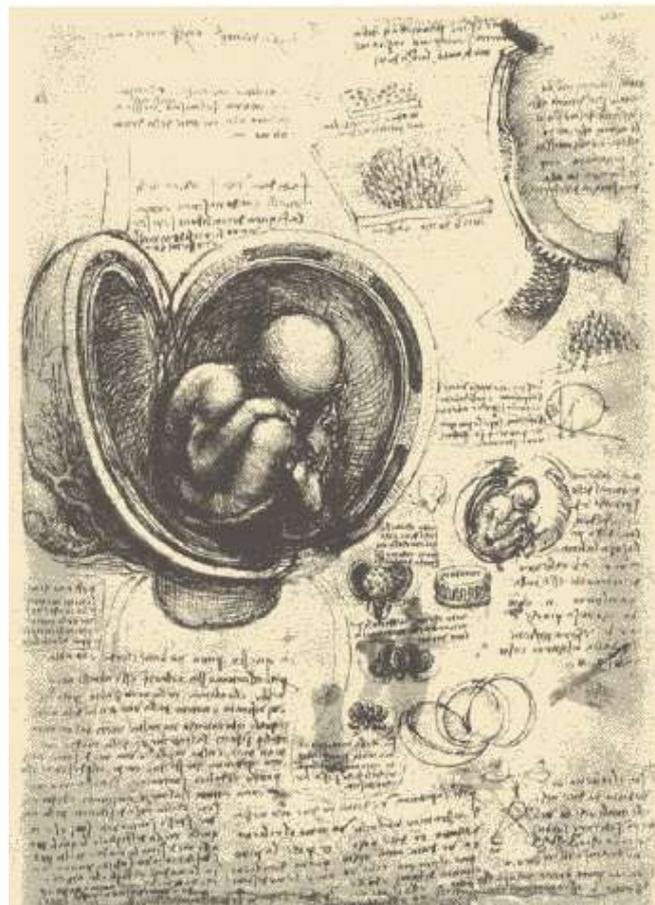
NGBATS:Projektteam Nachhaltiges Gesundheitswesen, BATS

AG: Themenspezifische Arbeitsgruppen, z.B. Ökologie im Spital, spezifische eHealth-Fragen, Integration von Präventionsfragen in Schullehrplänen, das Bild des Gesundheitswesens in den Medien etc.

WB: Wissenschaftlicher Beirat (Fachgremium)

5 STÄRKEN DER PROJEKTIDEE – KURZ ZUSAMMENGEFASST

- Zukunftsorientierter Ansatz
- Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Kontakte
- Integration gesellschaftlicher und gesellschaftsethischer Aspekte
- Dank Öffentlichkeitsarbeit Einbindung der Bevölkerung auf verschiedenen Stufen (Schule, KonsumentInnen, PatientInnen, Versicherungsnehmer und Steuerzahler, Berufstätige im Gesundheitswesen)
- Sorgfältige Evaluation verschiedener Wirkungshebel
- Mediale Information statt Polemik
- Distanz und objektivierende Sichtweise



Leonardo da Vinci 1452-1519, Fötus in utero

6 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS

ArvinteTudor: How will the pharmaceutical industry react to economic, social and scientific pressures? In Challenge in drug delivery for the new millennium, Bulletin technique gattefossé, 2003.

AtteslanderPeter: Überinformiert, aber unterorientiert? Herausforderung an die moderne Sozialepidemiologie. Neue Zürcher Zeitung, 9. Sept. 2000.

BökerWolfgang: Arzt-Patient-Beziehung: Der fragmentierte Patient. Deutsches Ärzteblatt 100, Ausgabe 1-2 vom 06.01.2003, Themen der Zeit. www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=35041

BonfadelliHeinz: Eurobarometer. Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Uni Zürich. www.snf.ch/downloads/hor/60_09_10_11_d.pdf

BürginDieter: Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Im Rahmen des Projekts Zukunft Medizin Schweiz), Nov.2004 SAMW

CallahanDaniel & DavidCallahan: False Hopes: Overcoming the Obstacles to a Sustainable, Affordable Medicine“, Rutgers University Press 1999.

CassisIgnazio: Medizin und Gesundheitswesen: siamesische Zwillinge? In Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt „Neu-Orientierung der Medizin“ geht weiter. S. 69-75. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel 2002

Centrefor Our CommonFuture: Agenda für eine nachhaltige Entwicklung – Eine allgemein verständliche Fassung der Agenda 21 und der anderen Abkommen von Rio. Von Michael Keating. Centre for Our Common Future, 1993 Genf

CleanmedConferences for greening health care. www.cleanmed.org

CoatesJoseph: Technologie in den kommenden fünfundzwanzig Jahren: Möglichkeiten und Risiken, in „Technologien des 21. Jahrhunderts – Herausforderungen einer dynamischen Zukunft“, OECD Publications, 2, rue André-Pascal, 75775 Paris Cedex 16, 1998.

DaschnerFranz: Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York 1992.

DaschnerFranzProf.Dr. <http://www.ukl.uni-freiburg.de/iuwkrahomed.htm>

DörnerKlaus: Die Gesundheitsfalle. Econ Verlag München 2003

eHealthcareKongress: Kompendium Schweiz 2004. www.ehealthcare.ch

FehrRainer: Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen – Strategien – Umsetzungswege. Verlag Hans Huber, Bern 2001

FuhrC.: Horrorszenario: Droht im Jahr 2040 ein GKV-Beitragsatz von 23,1 Prozent? Ärzte Zeitung 20. Juni 2000.

GeislerLinusS.: Wie sollte moderne Medizin aussehen? Öffentliche Dialogveranstaltung der Enquête-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages in den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. 11. Dez. 2000. www.linus-geisler.de/vortraege/0012bethel.pdf

GeislerLinusS.: Der gute Arzt – Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal? Symposium am 24.3.2004 i Werneck anlässlich der Verabschiedung von Dr.med Klaus Dufey.

www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html

GfS-Forschungsinstitut: Hauptergebnisse zum „Gesundheitsmonitor 2002“. Claude Longchamp.
www.gfs.ch/gesund.html

GfS-Forschungsinstitut: Hauptergebnisse zum "Gesundheitsmonitor 2003". Claude Longchamp.
www.gfsbern.ch/gfs/gesund2003.html

Hauff Volker: Unsere gemeinsame Zukunft – Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung. Eggenkamp Verlag, Greven 1987.

IGUMED– Interdisziplinäre Gesellschaft für Umweltmedizin. Bremen. www.igumed.de

Jähn Karl und Eckhard Nagel: e-Health. Springer Berlin 2004

Käppeli Silvia: Care and Cure sind gleichwert. In Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt „Neu-Orientierung der Medizin“ geht weiter. S. 114-119. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel 2002

Kocher Gerhard und Willy Oggier: Gesundheitswesen Schweiz, 2004-2006, Eine aktuelle Übersicht. Verlag Hans Huber, Bern 2004.

Leuenberger Petra und Claude Longchamp: Was erwartet die Bevölkerung von der Medizin? Eine Studie durch das GfS-Forschungsinstitut im Auftrag der SAMW 2002. www.gfs.ch/samw.html

Maioni Antonia: Is public health care politically sustainable? Antonia, Ph. D. Director McGill Institute for the Study of Canada, Associate Professor of Political Science McGill University Presented on December 5, 2002 at the *Breakfast on the Hill* seminar held by the Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences.

Moser Urs: Für das Leben gerüstet? Die Grundkompetenzen der Jugendlichen Kurzfassung des nationalen Berichtes PISA 2000. Herausgeber Bundesamt für Statistik (BFS) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK).

Müller Hans Jakob: Interview 2003 auf www.bats.ch

Ökologischer Ärztebund: Deutsche Sektion der International Society of Doctors for the Environment (ISDE). Bremen. www.oekologischer-aerztebund.de/

Ontario Hospital Association: Investing Today, for tomorrow. Building a Sustainable Health Care System for All Ontarians. OHA's Pre-Budget Submission to the Ontario Standing Committee on Finance and Economic Affairs., Feb. 16, 2000.

Plaut Economics/Sozialökonomisches Institut der Universität Zürich: Was leistet unser Gesundheitswesen? Vaterlaus S. & H. Telser/ P.Zweifel & P. Eugster
www.santesuisse.ch/datasheets/files/200403161402002.pdf

Reiman, A.S. & M. Angell: How the drug industry distorts medicine and politics. America's other drug problem. The New Republic, Dec. 16, 2002, S. 27-41

Saladin Peter, Dr.: Vorschläge aus ökonomischer Sicht. Zwischenbericht von der 2. Klausurtagung – Neu-Orientierung der Medizin. 19./20. Januar 2001, Biel.
www.samw.ch/content/Dokumente/d_Zwischenbericht2KT.pdf

Saller Reinhard: Ran an die Mainstream-Medizin. Tages-Anzeiger, Zürich, 3. Mai 2004

Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien auf www.samw.ch

Gesundheitsdirektorenkonferenz(ehem. SDK): Plädoyer für die Einführung einer institutions-übergreifenden, interkantonalen Arbeitsgruppe zur Erarbeitung eines Standardverfahrens für eine Gesundheitsverträglichkeitsprüfung (GVP) für die öffentliche Politik erarbeitet von Pierre de Herdt, Adjunkt. 2003, www.gdk-cds.ch

StauffacherWerner& JohannesBircher:Zukunft Medizin Schweiz – Das Projekt „Neu-Orientierung der Medizin“ geht weiter. EMH Schweizer Ärzteverlag AG, Basel 2002.

StrebelUrs,Dr.: Vorschläge aus der Sicht des ärztlichen Ethos. Zwischenbericht von der 2. Klausurtagung – Neu-Orientierung der Medizin. 19./20. Januar 2001, Biel.
www.samw.ch/content/Dokumente/d_Zwischenbericht2KT.pdf

TeleosisFoundation Berkely. www.teleosis.com

VaterlausStephanundHarryTelser: Was leistet unser Gesundheitswesen? Studie von Plaut Economics. 2004.
www.plaut-economics.ch, www.interpharma.ch, www.santesuisse.ch oder www.vsao.ch

WidmerWerner: Die Reform der Medizin braucht eine Reform der finanziellen Anreize. In Zukunft Medizin Schweiz. Das Projekt „Neu-Orientierung der Medizin“ geht weiter. S. 38-43. EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel 2002

7 ANHANG ADRESSEN ZU GESUNDHEITSFAGEN SCHWEIZ

a) Fachorganisationen Soziales Ethik Wissenschaft etc.

Schweizerische Gesellschaft für
praktische Sozialforschung
gfs.bern
Postfach 6323
3001 Bern
www.gfs.ch

b) Patientenorganisationen

Patientenorganisationen der Schweiz verschiedener Leiden (ausführliche Liste) http://www.patientenorganisationen.ch/	
SDG Schweizerische Diabetes-Gesellschaft Forchstrasse 95 8032 Zürich Tel. 01 383 13 15 Fax 01 422 89 12	ELPOS Elternverein für Kinder und Jugendliche mit leichten psychoorganischen Funktionsstörungen Affolternstrasse 125 8050 Zürich Tel. 01 311 85 20 Fax 01 311 85 20
SLgE Schweizerische Liga gegen Epilepsie Dorfstrasse 2 Postfach 233 8712 Stäfa Tel. 01 926 89 71 Fax 01 926 89 72	DAS BAND Selbsthilfe Lunge, Asthma und Allergie Gryphenhübeliweg 40 Postfach 3000 Bern 6 Tel. 031 352 11 38 Fax 031 351 61 85
Schweizerische Rheumaliga Renggerstrasse 71 Postfach 8038 Zürich Tel. 01 487 40 00 Fax 01 487 40 19	SAA Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Aphasie Zähringerstrasse 19 6003 Luzern Tel. 041 240 05 83 Fax 041 240 07 54
Schweizerische Krebsliga Effingerstrasse 40 Postfach 8219 3001 Bern Tel. 031 389 91 00 Fax 031 389 91 60	ALZ Schweizerische Alzheimervereinigung Rue des Pêcheurs 8 1400 Yverdon Tel. 024 426 20 00 Fax 024 426 21 67
Lungenliga Schweiz Südbahnhofstrasse 14c Postfach 49 3000 Bern 17 Tel. 031 378 20 50 Fax 031 378 20 51	Schweizerische Parkinsonvereinigung Gewerbestrasse 12a Postfach 123 8132 Egg Tel. 01 984 01 69 Fax 01 984 03 93
Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft Brinerstrasse 1 Postfach 8036 Zürich Tel. 01 461 46 00 Fax 01 451 09 39	SGMK Schweizerische Gesellschaft für Muskelkranke Kanzleistrasse 80 8004 Zürich Tel. 01 245 80 30 Fax 01 245 80 31

<p>SHG Schweizerische Hämophilie-Gesellschaft Postfach 531 8027 Zürich Tel. 01 281 08 55 Fax 01 930 11 94</p>	<p>Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Hofwiesenstrasse 3 Postfach 8042 Zürich Tel. 01 361 92 56 Fax 01 361 94 34</p>
<p>SNaG Schweizerische Narkolepsie Gesellschaft Magenette 69 1350 Orbe Tel. 031 859 30 00 Fax 031 859 30 00</p>	<p>Schweizerische Patienten-Organisation Zähringerstrasse 32 Postfach 850 8025 Zürich 1 Tel. 01 252 54 22 Fax 01 252 54 43</p>
<p>Retinitis pigmentosa-Vereinigung Schweiz Langstrasse 120 8004 Zürich Tel. 01 291 18 72 Fax 01 291 18 50</p>	<p>SPO, Stiftung Schweizerische Patienten- und Versicherten-Organisation Zähringerstrasse 32 Postfach 850 8025 Zürich 1 Tel. 01 252 54 22 Fax 01 252 54 43</p>
<p>SAPI, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patienteninteressen, c/o Dr. Gerhard Kocher Haldenweg 10a 3074 Muri BE Tel. 031 952 66 55 Fax 031 952 68 00</p>	<p>Schweiz. Verband Kind und Spital Landvogt-Waser-Strasse 70 8405 Winterthur Tel. 052 722 27 40 Tax 052 722 27 40</p>
<p>VQG Schweizerische Vereinigung für Qualität im Gesundheitswesen c/o Martin Rothenbühler Gothelfstrasse 14 3013 Bern Tel. 031 333 72 61 Fax 031 333 72 60</p>	<p>anthrosana Verein für anthroposophisch erweitertes Heilwesen Postplatz 5 Postfach 4144 Arlesheim Tel. 061 701 15 14 Fax 061 701 15 03</p>

c) Invalidenhilfe– Selbsthilfe

<p>SIV Schweizerischer Invaliden-Verband Froburgstrasse 4 Postfach 4601 Olten Tel. 062 206 88 88 Fax 062 206 88 89</p>	<p>PRO INFIRMIS Feldeggstrasse 71 Postfach 1332 8032 Zürich Tel. 01 388 26 26 Fax 01 388 26 00</p>
<p>SHG, Schweizerische Heilpädagogische Gesellschaft Avenue des Mayennets 27 1950 Sion Tel. 027 322 67 55 Fax 027 322 67 65</p>	<p>Behinderten-Selbsthilfe Schweiz Effingerstrasse 55 3008 Bern Tel. 031 390 39 39 Fax 031 390 39 35</p>
<p>SAEB, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft zur Eingliederung Behinderter Bürglistrasse 11 8002 Zürich Tel. 01 201 58 26 Fax 01 /202 23 77</p>	<p>SAHB, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Hilfsmittelberatung für Behinderte und Betagte Dünnernstrasse 32 4702 Oensingen Tel. 062 396 27 67 Fax 062 396 33 58</p>

<p>SVE Schweizerischer Fachverband für Sozial- und Heilpädagogik Am Schanzengraben 15 8002 Zürich Tel. 01 201 15 00 Fax 01 201 23 25</p>	<p>SVG, Schweizerische Vereinigung der Gelähmten Rue de Locarno 3 Case postale 740 1701 Fribourg Tel. 026 322 94 33 Fax 026 323 27 00</p>
<p>Schleudertrauma-Verband Horneggstrasse 9 8008 Zürich Tel. 01 388 57 00 Fax 01 308 57 01</p>	<p>VKM Vereinigung kleiner Menschen der Schweiz Langackerstrasse 10 6330 Cham Tel. 041 780 78 10</p>
<p>SVCG, Schweizerische Vereinigung zugunsten cerebral Gelähmter Loretostrasse 35 Postfach 100 4504 Solothurn Tel. 032 622 22 21 Fax 032 623 72 76</p>	<p>Schweizerische Vereinigung zugunsten von Personen mit Spina bifida und Hydrocephalus Bad Sonder 9053 Teufen Tel. 071 333 24 32 Fax 071 333 24 32</p>
<p>FRAGILE Suisse Schweizerische Vereinigung für hirnverletzte Menschen Beckenhofstrasse 70 8006 Zürich Tel. 01 360 30 60 Fax 01 360 30 66</p>	

d) Elternvereinigungen

<p>SVEAK Schweizerischer Verein der Eltern autistischer Kinder Fischerhöflirain 8 8854 Siebnen Tel. 055 440 47 32</p>	<p>Par Epi Schweizerische Vereinigung der Eltern epilepsiekranker Kinder Postfach 8042 Zürich Tel. 01 363 55 04 Fax 01 363 55 08</p>
<p>insieme Schweiz. Vereinigung der Elternvereine für Menschen mit einer geistigen Behinderung Silbergasse 4 Postfach 827 2501 Biel Tel. 032 322 17 14 Fax 032 323 66 32</p>	<p>SVEO Schweizerische Vereinigung der Elternorganisationen Lerchenweg 6 6343 Rotkreuz Tel. 041 790 56 12 Fax 041 790 69 87</p>
<p>SVAMV Schweizerischer Verband alleinerziehender Mütter und Väter Postfach 199 3000 Bern 16 Tel. 031 351 77 71 Fax 031 351 77 71</p>	<p>Schweizerische Vereinigung von Drillings-, Vierlings- und Fünflingseltern Gigebuck 59 8213 Neunkirch Tel. 052 681 44 07</p>
<p>SBE Schweizerischer Bund für Elternbildung Schaffhauserstrasse 78 8057 Zürich Tel. 01 259 23 94 Fax 01 259 51 34</p>	<p>SKSB Schweizerischer Kinderschutzbund Brunnmattstrasse 38 Postfach 344 3000 Bern 14 Tel. 031 382 02 33 Fax 031 382 45 21</p>

<p>SVEAK Schweizerischer Verein der Eltern autistischer Kinder Fischerhöflirain 8 8854 Siebnen Tel. 055 440 47 32</p>	<p>Par Epi Schweizerische Vereinigung der Eltern epilepsiekranker Kinder Postfach 8042 Zürich Tel. 01 363 55 04 Fax 01 363 55 08</p>
<p>Visoparents Schweiz Eltern blinder, seh- und mehrfachbehinderter Kinder Stettbachstr. 10 8600 Dübendorf Tel. 043 355 10 20 Fax 043 355 10 25</p>	

e) Jugendliche

Informationen und Auskunft zu allen Themen, die Jugendliche beschäftigen.

www.tschau.ch

f) Mutter und Kind, Schwangerschaft, Stammzelledebatte

Schweizerische Vereinigung Ja zum Leben

<http://www.ja-zum-leben.ch/>

Schweizerische Hilfe für Mutter und Kind, SHMK

<http://195.141.248.101/mamma/index.asp?lng=d&DH=1>

Schweizerischen Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS)

<http://www.svss-uspda.ch/>

Verein Ganzheitliche Beratung und
kritische Information zu pränataler Diagnostik

Marktgasse 64
8400 Winterthur
Tel. 052 202 72 01
Fax 052 202 72 92

g) Sucht, Prävention und Hilfe

Schweizerische Gesellschaft für Prävention
und Gesundheitswesen

SGPG Zentralsekretariat
Postfach 8172, Effingerstrasse 40
3001 Bern
Tel. 031 389 92 86
Fax 031 389 92 88

Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und
andere Drogenprobleme

www.zfa.ch

Anonyme Alkoholiker

www.anonyme-alkoholiker.ch

Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Abstinentenorganisationen

[Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Abstinentenorganisationen \(asa.asa@schweiz.ch\)](mailto:asa.asa@schweiz.ch)

VEV DAJ

Verband der Eltern und Angehörigenvereinigungen Drogenabhängiger
Seefeldstrasse 128

Postfach
8034 Zürich
Tel. 01 381 32 00
Fax 01 381 37 70

SAB – Schweizerischer Abstinentenbund
Holenackerstrasse 85/C 20
3027 Bern

Schweizerisches Blaues Kreuz
Lindenrain 3
Postfach 8957
3001 Bern
Tel. 031 302 11 42
Fax 031 300 58 69

pro aere
Schweizerische Gesellschaft für rauchfreie Luft
und gegen die Tabaksucht
Postfach 2202
8021 Zürich
Tel. 01 215 12 40
Fax 01 215 12 41

Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz
Witellikerstrasse 36
8008 Zürich
Tel. 01 387 20 20
Fax 01 387 22 55
www.rauchstoppzentrum.ch

VSD
Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz
Hausmattrain 2
4601 Olten
Tel. 062 212 32 05
Fax 062 212 33 27

h) Kritische Organisationen

Der Basler Appell gegen Gentechnologie
<http://baslerappell.ch>

i) Ärzte Schweiz

<p>Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) www.samw.ch</p>	<p>FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Elfenstrasse 18 3000 Bern 16 Tel. 031 359 11 11 Fax 031 359 11 12 http://www.fmh.ch</p>
<p>Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/innen Dählhölzliweg 3 Postfach 229 3000 Bern 6 Tel. 031 350 44 88 Fax 031 352 90 08</p>	<p>SVBP, Schweizerische Vereinigung der Belegärzte an Privatkliniken c/o Dr. Ulrich Wanner Moosstrasse 2 Postfach 29 3073 Gümligen Tel. 031 952 79 05 Fax 031 952 76 83</p>

Vereinigung Schweizer Ärztinnen Oberplattenstrasse 73 9620 Lichtensteig Tel. 071 988 70 74 Fax 071 988 66 94	Vereinigung Schweizerischer Betriebsärzte c/o Hoffmann-La Roche AG 4070 Basel Tel. 061 688 25 33 Fax 061 688 16 02
Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz Postfach 111 4013 Basel Tel. 061 322 49 49 Fax 061 322 48 51 www.aefu.ch	GST Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte Postfach 6324 3001 Bern Tel. 031 307 35 35 Fax 031 307 35 39
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Medizin Oberplattenstr. 73 9620 Lichtensteig Tel. 071 988 66 40 Fax 071 988 66 41 www.sgam.ch	SAGEM Schweizerische Ärztesgesellschaft für Erfahrungsmedizin Seestrasse 155a 8802 Kilchberg ZH Tel. 01 716 48 28 Fax 01 716 48 47
SAHP , Schweizerische Ärztesgesellschaft für Homöopathie Dorfhaldenstrasse 5 6052 Hergiswil Tel. 041 610 96 86 Fax 041 280 30 36 E-Mail: info@homoeopathie-aerzte.ch Homepage: www.sahp.ch	Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft Münzgraben 2 Postfach 1041 3000 Bern 7 Tel. 031 311 76 28 Fax 031 311 74 70
NVS Naturärzte-Vereinigung der Schweiz Postfach 127 9101 Herisau	APA, Ärzte mit Patientenapotheke c/o Mediapolis AG Postfach 9015 St. Gallen Tel. 071 314 61 40 Fax 071 314 61 02
Union schweizerischer komplementärmed. Ärzteorganisationen, c/o Max Künzi-Frauchiger Schachenstrasse 21 4702 Oensingen Tel. 062 396 01 33 Fax 062 396 24 10	Schweizerische Vereinigung für Kinderzahnmedizin Aarwangenstrasse 24 4900 Langenthal Tel. 062 922 17 39
VKS, Vereinigung der Kantonsärzte der Schweiz Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Bahnhofstrasse 2a Postfach 4410 Liestal Tel. 061 925 59 24 Fax 061 925 69 92	Schweizerischer Zahnprothetiker-Verband Postfach 1081 8620 Wetzikon Tel. 01 932 24 04
Schweizer Ärzte gegen Drogen Postfach 2170 8033 Zürich Tel. 01 261 03 29 Fax 01 261 03 29	

j) doktor.ch

Das grösste schweizer Aertzeverzeichnis im Internet.

www.doktor.ch

Schweizerische Ärztezeitung

<http://www.saez.ch/>

Kantonale Ärztesgesellschaften:

<http://www.aerzte-zh.ch/>

<http://www.aerzte-bl.ch/>

weitere siehe unter

http://www.fmh.ch/www/de/pub/organisationen/kantonale_aerztegesellschaften.htm

k) Weiteremedizinische und paramedizinische Verbände

BO-TCM, Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin Hechtackerstr. 12 9014 St. Gallen Tel. 071 260 25 41 Fax 071 260 25 42	SVBS Schweizerische Vereinigung für Betriebssanität Aarestrasse 27 5013 Niedergösgen Tel. 062 849 21 60 Fax 062 849 21 60
VSD Verband Sucht- und Drogenfachleute Deutschschweiz Hausmattrain 2 4601 Olten Tel. 062 212 32 05 Fax 062 212 33 27	SGNOR, Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin Postfach 1154 8032 Zürich Tel. 01 799 15 47 Fax 01 799 15 47
Schweizerischer Apothekerverband Stationsstrasse 12 3097 Bern-Liebefeld Tel. 031 978 58 58 Fax 031 978 58 59	SDV, Schweizerischer Drogisten-Verband Längfeldweg 119 Postfach 924 2501 Biel Tel. 032 344 60 10 Fax 032 344 60 11
SVS, Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektoren Psych. Universitätsklinik Lenggstrasse 31 8029 Zürich Tel. 01 384 21 11 Fax 01 382 02 86	Schweizerischer Verband für Radiästhesie und Geobiologie Hermenweg 3 5702 Niederlenz Tel. 062 891 11 84
SCG, Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Sulgenauweg 38 3007 Bern Tel. 031 371 03 01 Fax 031 372 26 54	SPV Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband Postfach 6204 Sempach-Stadt Tel. 041 462 70 60 Fax 041 462 70 61
Schweizerischer Podologen-Verband Löwenstrasse 2 Postfach 6039 6000 Luzern 6 Tel. 041 418 64 30 Fax 041 418 64 36	FSP Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Choisystrasse 11 Postfach 3000 Bern 14 Tel. 031 382 03 77 Fax 031 382 08 57
FFG, forum für ganzheitsmedizin Wallisellerstrasse 114 8152 Opfikon Postfach 1213 Tel. 01 809 56 66 Fax 01 809 56 60	Anthosana, Verein für anthroposophisch erweitertes Heilwesen Postplatz 5 Postfach 4144 Arlesheim Tel. 061 701 15 14 Fax 061 701 15 03
SVMTRA, Schweizerische Vereinigung der Fachleute für medizinisch technische Radiologie Postfach 3601 Thun Tel. 033 223 52 33 Fax 033 222 62 49	Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung Dept. Innere Medizin Abt. Endokrinologie Kantonsspital 4031 Basel

BO-TCM, Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Chinesische Medizin Hechtackerstr. 12 9014 St. Gallen Tel. 071 260 25 41 Fax 071 260 25 42	SVBS Schweizerische Vereinigung für Betriebsanität Aarestrasse 27 5013 Niedergösgen Tel. 062 849 21 60 Fax 062 849 21 60
EVS, ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Stauffacherstrasse 96 Postfach 8026 Zürich Tel. 01 242 54 64 Fax 01 291 54 40	SGE, Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung Dept. Innere Medizin Abt. Endokrinologie Kantonsspital 4031 Basel
SVE, Schweizerische Vereinigung für Ernährung Effingerstrasse 2 3001 Bern Postfach 8333 Tel. 031 381 85 81 Fax 031 382 55 15	

I) Pflegefachverbände und Pflegendenverbände

SBK, Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger Choisystrasse 1 Postfach 8124 Tel. 031 388 36 36 Fax 031 388 36 35 http://www.sbk-asi.ch/seiten/deutsch/defger.htm	SBGRL, Schweizerischer Berufs- und Fachverband der Geriatrie-, Rehabilitations- und Langzeitpflege Obergrundstrasse 44 6003 Luzern Tel. 041 240 78 22 Fax 041 240 78 20
Spitex Verband Schweiz Belpstrasse 24 Postfach 329 Tel. 031 381 22 81 Fax 031 381 22 28 www.spitex.ch	Schweizerischer Berufs- und Personalverband der Hauspflege/ Haushilfe SHV Ausstellungsstrasse 21 Postfach 1663 8031 Zürich Tel. 01 272 09 71
SHV Schweizerischer Hebammenverband Flurstrasse 26 Tel. 031 332 63 40 Fax 031 332 76 19	VDMS, Verband diplomierter Masseure der Schweiz Schachenallee 29 Postfach 4242 5001 Aarau Tel. 062 836 43 64 Fax 062 836 43 74
Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter (SVPL) www.SVPL.ch	Schweizerisches Rotes Kreuz Rainmattstrasse 10 3001 Bern Tel. 031 387 71 11 Fax 031 387 71 22
Schweizerischer Verband Rotkreuzdienst Traffeletweg 4 3006 Bern Tel. 031 324 64 13	

m) Spitäler, Rettungswesen und Heime

Die Spitäler der Schweiz Rain 32 5001 Aarau Tel. 062 824 12 22 Fax 062 822 33 35 www.hplus.ch/main/Show\$Id=170.html	Schweizerische Vereinigung der Privatkliniken Moosstrasse 2 Postfach 29 3073 Gümligen Tel. 031 952 61 33 Fax 031 952 76 83 www.privatehospitals.ch
Schweizer Kurhäuser Dorf Postfach 17 9063 Stein AR Tel. 071 368 50 57 Fax 071 368 50 55	„H+ Die Spitäler der Schweiz“ www.hplus.ch
SKV Schweizerischer Krippen-Verband Rennweg 23 Postfach 4203 8022 Zürich	Schweizerischer Samariterbund Martin-Disteli-Strasse 27 Postfach 4601 Olten Tel. 062 286 02 00 Fax 062 286 02 02
Interverband für Rettungswesen Ochsengässli 9 5000 Aarau Tel. 062 838 20 50 Fax 062 838 20 59	ASB, Arbeiter-Samariter-Bund der Schweiz Chemin du Boisy 14 1004 Lausanne Tel. 021 647 96 71
SLRG, Schweizerische Lebensrettungs-Gesellschaft Postfach 161 6207 Nottwil Tel. 041 939 50 08 Fax 041 939 50 25	Heimverband Schweiz Lindenstrasse 38 Postfach 8034 Zürich Tel. 01 385 91 91 Fax 01 385 91 99

n) Psychiatrie und Psychotherapeutenverband

Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie

www.psychiatrie.ch

Der Schweizer Psychotherapeuten Verband SPV

www.psychotherapie.ch

o) Krankenkassen

Santesuisse

(Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer)

Römerstrasse 20

Postfach

4502 Solothurn

Tel. 032 625 41 41

Fax 032 625 41 51

www.santesuisse.ch

ÖVVK

Verband Öffentlicher Krankenkassen der Schweiz

Elisabethenanlage 7

Postfach 3235

4002 Basel

Tel. 061 268 42 00

SVK
 Schweizerischer Verband für
 Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
 Gibelinstrasse 25
 Postfach
 4503 Solothurn
 Tel. 032 622 69 22
 Fax 032 622 31 06

p) Forschung und Entwicklung

GHF
 Gesellschaft für Hochschule und Forschung
 Affolternstrasse 123
 8050 Zürich
 Tel. 01 311 37 27
 Fax 01 311 37 12

Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
www.SAGW.ch

Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften
www.SANW.ch

Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften
www.SATW.ch

q) Weitere Dachverbände

Schweizerische Gemeinnützige Gesellschaft Schaffhauserstrasse 7 8042 Zürich 6 Tel. 01 366 50 30 Fax 01 366 50 31	SVSP, Schweizerische Vereinigung für Sozialpolitik c/o LAKO Sozialforum Schweiz Bederstrasse 105a Postfach 8027 Zürich Tel. 01 201 22 48 Fax 01 201 07 56
Pro Juventute Seehofstrasse 15 Postfach 8032 Zürich Tel. 01 251 72 44 Fax 01 252 28 24	Pro Senectute Lavaterstrasse 60 Postfach 8027 Zürich Tel. 01 283 89 89 Fax 01 283 89 80
Pro Familia Laupenstrasse 45 Postfach 7572 3001 Bern Tel. 031 381 90 30 Fax 031 381 91 31	Schweizer Kneippverband Weissensteinstrasse 35 3007 Bern Tel. 031 372 45 43 Fax 031 372 91 61
SAL, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie Feldeggstrasse 69 8008 Zürich Tel. 01 388 26 90 Fax 01 388 26 95	Schweizerischer Verband «Die Dargebotene Hand» (Tel. 143) Zähringerstrasse 53 3012 Bern Tel. 031 301 91 91 Fax 031 301 91 57
ZEWO, Zentralstelle für Wohlfahrtsunternehmen Lägernstrasse 27 Postfach 8042 Zürich Tel. 01 363 50 90	

r) Gesundheitsförderung Schweiz

Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung/Fondation suisse pour la promotion de la santé
www.gesundheitsfoerderung.ch

Radix Gesundheitsförderung
www.radix.ch

Projekt Nationale Gesundheitspolitik/Projet "Politique nationale de la santé"
www.nationalegesundheit.ch

s) eHealth

eHealthCare.ch (organisiert jährlichen Kongress)
Kongress-Sekretariat
Josef Müller-Weg 2
6210 Sursee
Tel 041 925 76 89
Fax 041 925 76 80
www.eHealthCare.ch

t) Nationale und Kantonale Organisationen und Behörden

Eidgenössischer Datenschutzbeauftragter
http://www.vpb.admin.ch/deutsch/cont/aut/aut_1.1.3.7.html

Bundesamt für Gesundheit/Office fédéral de la santé publique BAG/OFSP
www.bag.admin.ch/d/

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium/
Observatoire suisse de la santé
c/o Bundesamt für Statistik
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
TEI.: 032 713 60 45
www.obsan.ch

Bundesamt für Umwelt, Wald und Landschaft
Tel. 031 32 293 11
<http://www.umwelt-schweiz.ch/buwal/de/>

Bundesamt für Statistik/Office fédéral de la statistique BFS/OFS
www.statistik.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherung/Office fédéral des assurances sociales BSV/OFAS
www.bsv.admin.ch

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie/Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
BBT/OFFT
www.admin.ch/bbt/

Konferenz der Kantonsregierungen/Conférence des gouvernements cantonaux
KDK/CdC
<http://www.kdk.ch>

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
(ehemals SDK)
Weltpoststr. 20 Postfach CH-3000 Bern 15
Tel. 031 356 20 20 Fax 031 356 20 30
www.gdk-csd.ch

Erziehungsdirektorenkonferenz/Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique EDK/CDIP
<http://edkwww.unibe.ch/>

Konferenz der kantonalen Sozialdirektoren/Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales SODK/CDAS
www.sodk-cdas-cdos.ch

Schweizerische Universitätskonferenz/Conférence universitaire suisse SUK/CUS
<http://shkwww.unibe.ch/>

Integrationsbüro/Bureau d'intégration
www.europa.admin.ch/

Bundesverwaltung/Administration fédérale
www.admin.ch

Parlament/Parlement
www.parlament.ch

Gemeinsame Einrichtung KVG
www.kvg.org

Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik/Société suisse d'informatique médicale
<http://www.sgmi-ssim.ch/>

Schweizerische Kommission für Gesundheitsstatistik (*KOGES*)

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
Mühleplatz 3
Postfach
3000 Bern 13
www.skos.ch

u) Nichtregierungsorganisationen, NGOs

Schweizerisches Rote Kreuz/Croix-Rouge Suisse SRK/CRS
www.srk.ch/

www.bildung-gesundheit.ch

v) Internationale Organisationen

World Health Organization WHO Genf
www.who.int

World Health Organization - Regional Office for Europe WHO Kopenhagen
www.who.dk

The European Observatory on Health Systems and Policies
<http://www.euro.who.int/observatory>