

<b>Zeitschrift:</b>	Widerspruch : Beiträge zu sozialistischer Politik
<b>Herausgeber:</b>	Widerspruch
<b>Band:</b>	29 (2009)
<b>Heft:</b>	56
<b>Artikel:</b>	Für eine soziale Gesundheitsversorgung in der Schweiz : persönliche Gesundheitsstelle (PGS) und weitere Alternativen
<b>Autor:</b>	Goll, Christine
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-651600">https://doi.org/10.5169/seals-651600</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 16.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Für eine soziale Gesundheitsversorgung in der Schweiz

## Persönliche Gesundheitsstelle (PGS) und weitere Alternativen

Die seitens der SP Schweiz in Kauf genommene Preisgabe des Eidgenössischen Departements des Innern nach dem Rücktritt von Bundesrätin Ruth Dreifuss erweist sich nach gut fünf Jahren als fataler Fehler. Die Übernahme des Gesundheits- und Sozialversicherungsdepartementes durch den Freisinnigen Pascal Couchepin hat das errungene Modell der sozialen Krankenversicherung innerhalb kurzer Zeit aufgeweicht und die kompetentesten Mitarbeitenden aus der Bundesverwaltung mehr oder weniger aktiv vertrieben. Das Desaster begann bereits mit der ersten Amtshandlung des neuen Vorstehers, nämlich mit der Ausgliederung der Krankenpflegeversicherung aus dem Bundesamt für Sozialversicherung. Symbolisch und faktisch wurde damit die Demontage einer Sozialversicherung eingeleitet. Als grösste sozialpolitische Errungenschaft des 1996 nach einer Megarevision in Kraft getretenen Krankenpflegeversicherungsgesetzes (KVG) muss die Einführung des Obligatoriums gewertet werden. Mit der Konzipierung einer obligatorischen sozialen Grundversicherung wurde eine hochstehende medizinische und pflegerische Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung, unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten der PatientInnen, garantiert.

Die Zweiteilung der Krankenversicherung durch die gleichzeitige Einführung eines privaten Zusatzversicherungssystems barg jedoch auch die Gefahr, dass sich eine Zweiklassenmedizin etablieren könnte. Beispiele solcher Versuche aus der jüngsten Vergangenheit gibt es genügend: Dazu gehören die Ausgliederung von komplementärmedizinischen oder psychotherapeutischen Leistungen aus der Grundversicherung unter Umgehung von Parlament und Volk, also in der alleinigen Verordnungskompetenz der Landesregierung. Ziel und Zweck dieser Übungen waren jedes Mal, die Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung zu unterlaufen und dafür die Krankenkassen in ihrem lukrativen Geschäft mit teuren, privaten Zusatzversicherungen zu unterstützen. Wie anders ist es zu erklären, dass im Sommer 2005, als Bundesrat Couchepin – willkürlich und ohne wissenschaftlich fundierte Grundlage, wie die Geschäftsprüfungskommission des Nationalrates aufgrund einer Untersuchung des Entscheides im nachhinein rügte – die Streichung von fünf komplementärmedizinische Methoden verordnete gleichzeitig in allen Tageszeitungen ganzseitige Werbeinserate einer dem Bundesrat nahestehenden Krankenkasse mit dem Angebot einer Zusatzversicherung für Komplementärmedizin erschienen? Erfreulicherweise hat die Stimmbevölkerung Mitte Mai 2009 mit dem Ja zu einem

Verfassungsartikel für die Komplementärmedizin den bundesrätlichen Willkürakt korrigiert.

Blicken wir auf die Couchepin-Ära zurück. Nachdem eine grossangelegte Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Ende 2003 im Parlament gescheitert war, kündigte der neue Gesundheitsminister radikale Reformen an. So legte er verschiedene Revisionspakete vor, die den Ansprüchen nach Sozialverträglichkeit, Kostenlenkung und Qualität jedoch kaum entsprechen und deshalb in der Debatte bis heute zu keinen brauchbaren Lösungen geführt haben. Die Bilanz: Der Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten verschärft sich. Wer auf Pflege angewiesen ist, wird aufgrund der vom Parlament beschlossenen Vorlage zur Pflegefinanzierung künftig noch tiefer in die eigene Tasche greifen müssen. Die neue Spitalfinanzierung wird mit der Möglichkeit, dass Krankenversicherer mit Privatspitalern Verträge zur Behandlung von Grundversicherten abschliessen können, zu einer unkontrollierten Mengenausweitung mit entsprechenden Kosten- und Prämiensteigerungen führen.

Mit der für die gesamte Schweiz geltenden Einführung von einheitlichen Fallkostenpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG), geplant auf Anfang 2012, droht eine Ökonomisierung der Medizin mit negativen Auswirkungen für das Gesundheitspersonal sowie die Patientinnen und Patienten. Mit einer rein marktwirtschaftlichen Ausrichtung des Instrumentes DRG droht der Wirtschaftlichkeitsdruck sich auf Kosten von Löhnen, Arbeitsbedingungen, Aus- und Weiterbildung sowie Versorgungssicherheit niederzuschlagen. Durch die Erhöhung von Franchisen und Kostenbeteiligung sowie den Ausschluss von Leistungen aus der Grundversicherung wurden die Privathaushalte zudem noch stärker belastet. Mit der nun per Notrecht für nächstes Jahr angekündigten Einführung einer Praxisgebühr sollen Kranke noch mehr aus dem eigenen Sack bezahlen, während die Pharmalobby weiterhin mit Samthandschuhen angefasst wird, und dies obwohl erwiesenermassen bei den Medikamentenpreisen das grösste Einsparungspotential liegt. Der zu erwartende massive Prämienanstieg im nächsten Jahr entzieht den Haushalten Kaufkraft in der Höhe von bis zu 3 Milliarden Franken und verschärft die wirtschaftliche Krisensituation zusätzlich (vgl. Lampart 2009).<sup>1</sup>

## **Der Widerstand gegen negative Auswirkungen der Fallkostenpauschalen wächst**

Die Verantwortung für die negativen Entwicklungen im Gesundheitswesen allein auf den im Herbst zurücktretenden FDP-Bundesrat Couchepin abzuwerfen, würde zu kurz greifen. Das schweizerische Gesundheitssystem weist heute einige Fehlkonstruktionen und Lücken auf, auch wenn das KVG mit dem Obligatorium im Bereich der Grundversorgung und der Abschaffung von Prämiedifferenzen nach Alter und Geschlecht die Solidarität zwischen

den Armen und Reichen sowie den Gesunden und Kranken gestärkt hat. Eine Gesundheitsversorgung von hoher Qualität für die gesamte Bevölkerung ist vorläufig noch sichergestellt, auch wenn der Grundleistungskatalog von rechtsbürgerlichen Kreisen immer wieder unter Beschuss gerät und weiterhin gravierende Lücken enthält. Dazu zählt auch eine obligatorische Erwerbsersatzversicherung im Krankheitsfall (Taggeldversicherung).

Hinsichtlich der Kostenentwicklung wurden die Erwartungen ans KVG nicht erfüllt: Die Gesundheitsausgaben sind in den letzten Jahren stärker gewachsen als das Bruttoinlandprodukt. Das ist, wie internationale Vergleiche zeigen, auch ein Ergebnis von Fehlanreizen in einem nach dem „Jekami-Prinzip“ funktionierenden System, in dem die verschiedenen Akteure eifrig ihre Pfründe verteidigen. Es braucht in erster Linie eine verstärkte staatliche Steuerung der Leistungserbringer, insbesondere durch die Kantone. Gestärkt werden müssen auch die Zusammenarbeit der Kantone für Spitalregionen und die Planungskompetenz des Bundes im Bereich der Spitzenmedizin. Spitalplanungen und die Kostenkontrolle dürfen nicht durch den unkontrollierten Aufbau von Privatspitälern unterlaufen werden. Deshalb sind in erster Linie die öffentlichen Spitäler zu stärken, die im Gegensatz zu den privaten einen umfassenden Versorgungsauftrag unter Einbezug von Notfalldiensten sowie Aus- und Weiterbildung des Personals erfüllen.

Ein breitabgestütztes Bündnis von Gewerkschaften und Personalverbänden hat soeben eine Petition lanciert und sammelt Unterschriften im Hinblick auf die schweizweite Einführung der Fallpauschalen. Damit wird die kritische öffentliche Diskussion über die diagnosebezogenen Fallpauschalen auch in der Schweiz angestoßen. Erfahrungen mit DRG wurden bereits in anderen Ländern ausgewertet. Gerade Untersuchungen in Deutschland zeigen besorgniserregende Entwicklungen auf (vgl. Manzeschke 2006). Verschiedene Kantone haben DRG bereits eingeführt und erste Erfahrungen gesammelt. In diesem Zusammenhang sind jedoch auch konfliktreiche Situationen, wie beispielsweise im Kanton Zug, entstanden, wo der Regierungsrat Ende letzten Jahres zur Beruhigung der Lage eine Task-Force eingesetzt hat.

Die kritischen Stimmen, auch in Ärztekreisen, werden lauter. Das Gesundheitspersonal befürchtet negative Auswirkungen für die Beschäftigten und die Patientinnen und Patienten. Deshalb fordert es mit seiner Petition flankierende Massnahmen, um die Sicherheit und Qualität der Versorgung für die Bevölkerung sowie die Sicherstellung der Weiterbildung und gerechter Arbeitsbedingungen für das Personal zu gewährleisten. Gefordert werden die Einhaltung der orts- und branchenüblichen Löhne und die verbindliche Festlegung von Personalschlüsseln durch die Kantone. Eine Begleitforschung wird als unabdingbar erachtet. Die Gesundheitsorganisationen haben ihren Widerstand angekündigt, wenn ihre Anliegen nicht mit flankierenden Massnahmen berücksichtigt werden.

Bis Ende 2009 muss der Bundesrat zudem aufgrund eines Postulates einen Bericht über die Fallkostenpauschalen vorlegen. Der Bericht soll Auskunft geben über den Stand der Umsetzungsarbeiten und den weiteren Gestaltungprozess zur flächendeckenden Einführung von DRG, über die konkreten Auswirkungen auf die vor- und nachgelagerten Bereiche wie Spitäler, Pflegeheime und Wochenbettbetreuung nach Geburt sowie über die Folgen für die Personalsituation, für die Patientinnen und Patienten und deren Versorgungsqualität. Der Bundesrat soll aufzeigen, wie die betroffenen Leistungserbringer, namentlich das Pflegepersonal und die Hebammen, direkt in die Umsetzungsarbeiten einbezogen werden können. Bis Ende dieses Jahres wird sich also abzeichnen, ob grossangelegte Mobilisierungsaktionen im Gesundheitsbereich notwendig sind, um die notwendigen Schutzmassnahmen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung durchzusetzen.

## **Dringliche Massnahmen in der Wirtschaftskrise**

Eine verstärkte Steuerung des Gesundheitswesens durch die Krankenversicherer, wie sie die Krankenkassenlobby, die pikanteweise in den parlamentarischen Gesundheitskommissionen bestens verankert ist, anstrebt, muss jedoch verhindert werden. Die heute untereinander in Konkurrenz stehenden gut 80 Krankenkassen sind nämlich an Lücken in der Grundversicherung interessiert, weil sie diese mit rentablen Zusatzversicherungen kompensieren können. Das wird so bleiben, solange keine saubere Trennung von Grund- und Zusatzversicherung durchgesetzt wird und der Bund seine Aufsichtspflicht gegenüber den Kassen nicht besser wahrnehmen kann. Studien zeigen, dass der Gesundheitszustand von bildungs- und einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen schlechter ist (Bundesamt für Statistik 2007). Wenn der bereits eingeleitete schleichende Abbau von Pflichtleistungen im KVG sich fortsetzt, werden es genau diese benachteiligten Bevölkerungsgruppen sein, die von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden. Die Amerikanisierung des Gesundheitswesens – in den USA sind rund 46 Mio. Nichtversicherte von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen – würde damit auch in der Schweiz Einzug halten.

Die einfachste Lösung wäre natürlich nach wie vor die Realisierung einer nationalen Einheitskrankenkasse, deren politische Durchsetzungsfähigkeit aufgrund der vor drei Jahren abgelehnten Volksinitiative zurzeit jedoch (noch) schwach ist. Immerhin haben die Stimmberchtigten im vergangenen Sommer einen neuen Verfassungsartikel mit deutlicher Mehrheit abgelehnt, der mehr Markt und Wettbewerb und insbesondere mehr Entscheidungsmacht für die Versicherer festgeschrieben hätte. Ein Bündnis, bestehend aus kantonalen Gesundheitsdirektorinnen, Ärztekreisen, Gewerkschaften, Berufsverbänden Gesundheitsorganisationen, linken und grünen Parteien, hatte sich erfolgreich „gegen das Kassendiktat“ eingesetzt.

Die Finanzierung des Gesundheitswesens muss solidarischer werden. Gleichzeitig braucht es kostendämpfende Massnahmen. Zum Finanzierungssystem ist festzuhalten: Ohne verbindliches Sozialziel, also der Festlegung von einkommensabhängigen Krankenkassenprämien auf Bundesebene, bleiben die heutigen Kopfprämien mit einem föderalistischen Ausgleichssystem zutiefst unsozial. Bei der Einführung des KVG hat der Bundesrat eine maximale Prämienbelastung von 8 Prozent des steuerbaren Einkommens als Zielgröße formuliert, wovon wir in der Praxis jedoch meilenweit entfernt sind. Die Prämienverbilligung ist das Korrekturelement zur unsozialen Kopfprämie und Teil des Systems, das jedoch bis heute nicht zufriedenstellend umgesetzt worden ist, wie die Analysen deutlich zeigen (vgl. Bieri et al. 2008; Experten-/Forschungsberichte zur Kranken- und Unfallversicherung, Monitoring 2007). In der heutigen Situation kann jedoch nur eine massive Aufstockung der Prämienverbilligungsgelder durch den Bund eine rasche und wirkungsvolle Entlastung für die unteren und mittleren Einkommen bewirken. Und das ist angesichts der wirtschaftlich angespannten Lage bitter notwendig.

Der Bundesrat überlegt sich im Rahmen eines dritten Konjunkturpaketes zwar eine Aufstockung der Subventionen für die Krankenkassenprämien. Die anvisierten 200 Millionen Franken sind jedoch nicht einmal einen Tropfen auf den heißen Stein. Damit die Krise im kommenden Jahr nicht verschärft wird, müssen die Prämiensteigerungen mindestens im selben Ausmass durch Prämienverbilligungen aufgefangen werden. Das fordert der Schweizerische Gewerkschaftsbund. Es braucht eine gezielte und wirksame Entlastung für Familien. Zudem müssen künftig nicht nur die Einkommensschwächen besser entlastet werden, sondern auch Versicherte mit mittleren Einkommen müssen Prämienverbilligungen erhalten. Die Kantone müssten dazu die Einkommensschwelle anheben.

### **Das alternative Modell: Persönliche Gesundheitsstelle (PGS)**

Zusätzlich braucht es neben wirklichen Prämienentlastungen für die Versicherten bzw. den Ausbau eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens, aber auch kostendämpfende Massnahmen. Dabei wäre es angesichts des gesellschaftlich berechtigten Anspruchs auf eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung für alle vermessenen, weitreichende Kostensenkungen zu versprechen. Das Modell *Persönliche Gesundheitsstelle (PGS)* gewährleistet allen Bevölkerungsteilen eine Versorgung von hoher Qualität.

Die PGS wird von einer breiten Allianz von Ärztinnen, Pflegefachleuten, Ergotherapeuten, Hebammen, Gewerkschaften und Organisationen im Gesundheitswesen unterstützt. Die PGS kann eine Hausärztin, eine Praxisgemeinschaft, ein Ambulatorium, ein Ärztenetzwerk oder eine Kinderärztin sein. Diese stellt die hausärztliche Grundversorgung für die ge-

samte Bevölkerung sicher, stimmt die Versorgungsleistungen optimal aufeinander ab und verbessert damit Effizienz und Qualität der Behandlungen. Sie setzt aber auch der unkontrollierten Mengenausweitung Grenzen, indem sie Doppelprurigkeiten und Kosten mangelnder Koordination ausschaltet und trägt damit zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Das PGS-Modell verbessert damit zwei wesentliche Nachteile des heutigen Versorgungssystems: die Intransparenz über die erbrachten Leistungen durch unkoordinierte Konsultationen bei Spezialisten und Mehrfachuntersuchungen sowie die oft fehlende Abstimmung der einzelnen Behandlungs- und Versorgungsschritte.

Das PGS-Modell lehnt sich an die bekannten Hausarzt- und HMO-Modelle an. Im Krankheitsfall müssen die PatientInnen ihre PGS wählen. Jede PGS muss eine kompetente Erst- und Grundversorgung anbieten und baut deshalb auf den Kompetenzen von HausärztInnen auf. Eine PGS kann jedoch auch weitere Fachpersonen umfassen und sich auf bestimmte Patientengruppen ausrichten, zum Beispiel auf pflegebedürftige Betagte. In definierten Ausnahmefällen können zudem auch spezialisierte FachärztInnen die Funktion einer PGS übernehmen. Mit dem PGS-Modell werden erstmals verbindliche Kriterien zur Qualitätssicherung vorgeschrieben. Dazu gehört die Verpflichtung, dass die PGS und die übrigen Leistungserbringer qualitätsorientierte Netzwerke bilden müssen. Das Vertragsobligatorium bleibt vollumfänglich erhalten. Die Kassen müssen mit allen Leistungserbringern, die die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, zusammenarbeiten und ihre Leistungen wie heute zu einem definierten Preis (Tarmed) vergüten.

Die Entscheidungsmacht liegt nicht bei den Krankenkassen, sondern bei der öffentlichen Hand. Die Kantone sorgen für eine flächendeckende Versorgung und anerkennen die PGS aufgrund von gesetzlich festgeschriebenen Qualitätskriterien. Die Einführung des PGS-Modells stärkt die Stellung der Hausarztmedizin und macht diesen Beruf wieder attraktiver, wodurch dem drohenden Hausärztemangel entgegengewirkt wird. Die Kantone kommen ins Spiel, wenn sich ein akuter Mangel in einer bestimmten Region abzeichnet. In einem solchen Fall hat der Kanton eine ganze Palette von Möglichkeiten. Er kann für einzelne ÄrztInnen oder Ärztenetze Anreize schaffen, in der betroffenen Gegend zu praktizieren oder mit den ambulanten Abteilungen von bestehenden Spitätern oder Kliniken nach einer Lösung suchen. Er kann auch selbst oder in Zusammenarbeit mit den betroffenen Gemeinden ein öffentlich finanziertes Ambulatorium eröffnen.

Die Zuweisung zu SpezialärztInnen muss über eine PGS erfolgen. Die PatientInnen können sowohl den Grundversorger als auch die Spezialfachärztin selber wählen. Die Zuweisung zu spezialisierten Leistungserbringern soll im Normalfall durch die PGS erfolgen, wobei diese Zuweisung mit den PatientInnen abzusprechen ist. Dieses Verfahren, auch Gate-Keeping

genannt, d.h. die Steuerung der Behandlungskette durch eine Stelle, macht jedoch nicht in allen Fällen Sinn. Deshalb sieht das Modell den direkten Zugang vor zu periodischen Vorsorge- und Routineuntersuchungen (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe, Ophthalmologie), zu allen Leistungen der Mutterschaft, zu chiropraktischen Leistungen und zur psychiatrischen Versorgung. Im Konfliktfall können die Versicherten die PGS wechseln.

Die flächendeckende Einführung von PGS schafft die Voraussetzungen dafür, dass Doppelprüfungen eliminiert, überflüssige Leistungen vermieden und die Kosten mangelnder Koordination ausgeschaltet werden. Die Persönlichen Gesundheitsstellen sollen zudem verpflichtet werden, sich kontinuierlich in Gesundheitsökonomie weiterzubilden. Das Modell ist ein Beitrag für eine bessere Kostenkontrolle und Kostenlenkung. Einsparungen dürfen jedoch nicht zum Ziel an sich werden, weil sie sonst auf Kosten einer guten Versorgungsqualität gehen. Ausschliesslich ökonomische Anreize, die heute eine Budgetverantwortung mit einbeziehen wollen, sind problematisch und werden deshalb abgelehnt.

Angesichts der drohenden Prämienexplosion ist die Gefahr drastischer Leistungskürzungen und einschneidender Sparmassnahmen auf dem Rücken von PatientInnen und Personal gross. Im Interesse der Versicherten und der im Gesundheitswesen Beschäftigten muss ein soziales und leistungsfähiges Versorgungssystem das Ziel bleiben. Alle Menschen müssen unabhängig von Alter, Herkunft, Geschlecht oder Gesundheitszustand Anspruch auf eine umfassende, qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung haben. Das Obligatorium für die Krankenpflegeversicherung muss erhalten bleiben. Die PGS garantiert eine integrierte Behandlungskette, welche die PatientInnen mitbestimmen. Der Staat sorgt für ein flächendeckendes und ausreichendes Angebot von Gesundheitsstellen. Die Qualitätssicherung wird verbindlich festgeschrieben.

Gleichzeitig müssen die Prävention und die Krankheitsverhinderung ausgebaut werden. Zentral ist dabei der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Die Finanzierung muss angesichts der heutigen unsozialen Kopfsteuer solidarischer werden, kurzfristig durch eine Optimierung des Prämienverbilligungssystems für untere und mittlere Einkommen, längerfristig durch die Festlegung einer maximalen Begrenzung von acht Prozent des Haushalteinkommens. Die Krankenkassen müssen sich entscheiden und dürfen Grund- und Zusatzversicherungen nicht gleichzeitig anbieten. Mit einer von den Versicherern unabhängigen Beschwerdestelle muss die Aufsicht verstärkt werden.

Die staatliche Steuerung des Gesundheitswesens, insbesondere auch im ambulanten Sektor, muss ausgebaut und die öffentlichen Spitäler gestärkt werden. Gute Arbeits- und Lohnbedingungen für das Personal sichern auch die Qualität. Spitäler, Heime und andere Gesundheitsinstitutionen müssen genügend Lehrstellen, Ausbildungsplätze und Weiterbildungsmöglich-

keiten anbieten können. Damit kann auch dem drohenden Personalmangel, namentlich im Bereich der (Langzeit-)pflege, entgegengewirkt werden. Mit diesen Eckpfeilern lässt sich das schweizerische Gesundheitssystem sozialverträglich umbauen.

## Anmerkung

- 1 Das von einer überparteilichen Arbeitsgruppe präsentierte „Sofortpaket 09“, eine vom FDP-Nationalrat Otto Ineichen initiierte „Feuerwehrübung“ (NZZ v. 17. Juni 2009), will u.a. die Mehrbelastung für die PatientInnen, die den direkten Weg zu SpezialistInnen wählen, bezeichnenderweise im Gesetz festnageln, während für die Senkung von Preisen und Margen von Arzneimitteln dort, wo es also am meisten einschränken würde, keine griffigen Massnahmen im Gesetz vorgeschlagen werden. Die Verdoppelung des Selbstbehaltes von heute 10 auf 20 Prozent für den direkten Zugang zu SpezialärztInnen und-ärzten ist so lange inakzeptabel, wie die öffentliche Hand bzw. die Kantone nicht verpflichtet werden, ein flächendeckendes Grundversorgungsangebot zu gewährleisten und die Steuerung den Krankenkassen überlassen wird.

## Literatur

- Balthasar, Andreas / Bieri, Oliver / Gysin, Basil, 2008: Die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in den Kantonen. Luzern
- Bundesamt für Statistik, 2007: Schweizerische Gesundheitsbefragung. Bern
- Lampart, Daniel, 2009: SGB-Dokumentation zur Krisenbekämpfung. Schweizerische Gewerkschaftsbund, Juni, Bern
- Manzeschke, Arne, 2006: Ökonomisierung im klinischen Alltag. Auswirkungen der Fallpauschalen auf Behandlungsqualität und Organisationsstruktur. Symposium v. 5.-7. Oktober, Hannover
- Schweizerische Gewerkschaftsbund, 2009: Für eine neue Gesundheitsversorgung in der Schweiz; im Rahmen des gemeinsamen Projektes des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, des Verbands des Personals öffentlicher Dienste vpod und des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes SGB. Dossier Nr. 47, Bern
- Schweizerische Gewerkschaftsbund, 2009: Präsentation des Modells der Persönlichen Gesundheitsstelle PGS an der Medienkonferenz vom 12. Januar 2009. Mediendokumentation. Zu beziehen beim SGB, Bern. Sämtliche SGB-Dokumente sind auch auf [www.sgb.ch](http://www.sgb.ch) verfügbar.