Departement des Innern
Amt für Gesundheit und Soziales

kantonschwyz

Ambulante medizinische Versorgung

Fachbericht des Amtes für Gesundheit und Soziales

Juli 2014

www.sz.ch/ags

Impressum

Bericht 2014

erstellt im Auftrag der Amtsvorsteherin Evelyne Reich

Verfasserin
Kathrin, Jehle, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Amt für Gesundheit und Soziales

Steuergruppe
- Svend, Capol, Kantonsarzt (Projektleitung)
- Evelyne, Reich, Amtsvorsteherin
- Urs, Vögtli, Leiter Abteilung Gesundheit und Prävention
- Kathrin, Jehle, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Arbeitsgruppe
Bregenzer Thomas (Spital Lachen, Delegierter innerkantonaler Spitäler)
Brunner Hugo (Ärztegesellschaft Schwyz)
Capol Svend (Amt für Gesundheit und Soziales, Kantonsarzt) (Sitzungsleitung)
Dobler Peter (Drogistenverband Kanton Schwyz)
Jehle Kathrin (Amt für Gesundheit und Soziales) (Aktennotiz)
Kamber Vreni (Schweizerisches Rotes Kreuz, Kanton Schwyz)
Marty-Holzgang Simone (Apothekerverein Kanton Schwyz)
Pollyn Stefan (Kantonalverband Physio Zentralschweiz)
Rutz Franz (Komplementärmedizin, Kantonsrat)
Schreier Kurt (Ärztegesellschaft Schwyz)
Vogt Arthur (Hausärzteverein Kanton Schwyz)
Von Weber Marie-Gabrielle (Hebammenverband Sektion Schwyz)
Walker Markus (Spitex Kantonalverband Schwyz)

Im vorliegenden Bericht wird grundsätzlich auf eine gendergerechte Sprache Wert gelegt. Wenn dies dem Lesefluss hinderlich wäre, wird eine Schreibweise verwendet, bei der sinngemäss beide Geschlechter gemeint sind.

Fussnoten vor dem Punkt bezeichnen Quellen die sich nur auf den entsprechenden Satz beziehen. Fussnoten nach dem Punkt zeigen an, dass die Quellenangaben für den entsprechenden Abschnitt gelten.

Kursiv geschriebene Begriffe werden im Glossar erläutert.

In Kürze

Einleitung

„Die Bevölkerung in der Schweiz profitiert heute davon, dass die medizinische Grundversorgung im ganzen Land in hoher Qualität erbracht wird. Dabei übernehmen die Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Funktion. Sie sind meistens die erste Anlaufstelle, wenn jemand erkrankt oder verunfallt. Dieses bewährte System ist jedoch in Gefahr: Viele Hausärztinnen und Hausärzte erreichen in den nächsten Jahren das Pensionsalter und finden keine Nachfolge für ihre Praxis. Der Hausarztberuf hat an Attraktivität verloren, und junge Ärztinnen und Ärzte wollen oft nicht mehr in Einzelpraxen arbeiten. Hinzu kommt, dass die Bevölkerung in der Schweiz immer älter wird. Damit nimmt auch die Zahl der Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten zu.

Diese Herausforderungen kann unser Gesundheitswesen nur bewältigen, wenn es erstens genügend Hausärztinnen und Hausärzte sowie richtig ausgebildete Fachpersonen im Pflege-und Therapiebereich gibt, wenn sich zweitens neue Formen der Grundversorgung wie Gemeinschaftspraxen oder Gesundheitszentren weiterentwickeln und etablieren und wenn schliesslich alle Gesundheitsfachpersonen bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten besser zusammenarbeiten.“[1]

Mit diesem Auszug aus den Erläuterungen des Bundesrates zu den Volksabstimmungen vom 18. Mai 2014 wird das Wesentliche der heutigen Herausforderungen im Gesundheitswesen sehr gut zusammengefasst. Angesprochen sind die demographische Entwicklung und die Zunahme an chronischen Erkrankungen. Um auch in Zukunft eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, ist eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens notwendig. Insbesondere im ambulanten Bereich werden Versorgungsnetze, in denen verschiedene Fachpersonen mit dem bestmöglichen *Skill Mix* zusammenarbeiten, immer wichtiger.

Hinzu kommt, dass das Schweizerische Gesundheitswesen auf mehreren „Ebenen mit unklaren Kompetenzverteilungen, Einnahmen- und Ausgabenverflechtungen, Doppelspurigkeiten und anderen nur noch historisch oder realpolitisch erklärbaren Unzweckmässigkeiten“[2] aufgebaut ist. Sogar Fachleute haben oft Mühe, sich in diesem komplexen Umfeld zu Recht zu finden. Zudem besteht eine nicht mehr zeitgemässe Fragmentierung der Zuständigkeiten, die eng mit unserem föderalistischen System verknüpft ist.[3] Auch die Datenbeschaffung stellt sich als schwieriges Unterfangen dar. Es sind viele Daten vorhanden, aber nur sehr wenige davon stehen in einer verwertbaren Form zur Verfügung.

Ziele des Projekts

In Anbetracht der Diskurse über einen (drohenden) Ärztemangel in der Grundversorgung, erteilte die Amtsvorsteherin im November 2011 den Auftrag, einen Bericht über die medizinische Versorgungslage im ambulanten Bereich des Kantons Schwyz zu erarbeiten. Im Teil eins werden bestehende Grundlagen, Hintergründe, Trends, Problematiken sowie Gestaltungsmöglichkeiten thematisiert und daraus ableitend konkrete Empfehlungen zur weiteren Entwicklung formuliert. Im Teil zwei des Berichts sind die verschiedenen Versorgungsbereiche erfasst und die darin verfügbaren Kapazitäten, soweit möglich, dargestellt. **Der Bericht will die Grundlagen und Empfehlungen dafür liefern, dass auch zukünftig eine wohnortsnahe, qualitativ hochstehende und preisgünstige ambulante medizinische Versorgung im Kanton Schwyz möglich ist.** Zur Beurteilung der Situation im Kanton Schwyz wurde eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Praxis eingesetzt.

[1] Erläuterungen des Bundesrates zu den Volksabstimmungen vom 18. Mai 2014, S.5
[2] Kocher (2010): 133
[3] Kocher (2010): 138ff

Ergebnisse aus Teil 1 – Rahmenbedingungen
Die gesetzlichen Grundlagen im Rahmen der medizinischen Versorgung bestehen im Wesentlichen aus dem Krankenversicherungsgesetz (KVG) und daraus abgeleiteter kantonaler Gesetze und Verordnungen. Im Allgemeinen kann festgestellt werden, dass die Kantone im ambulanten Bereich über sehr beschränkte Steuerungsmöglichkeiten verfügen, was unter anderem auch dem fehlenden Zugang zu validen Daten zuzuschreiben ist. Vor allem aber liegt die spitalexterne Pflege und Betreuung im Zuständigkeitsbereich der Gemeinden.
Der gesellschaftliche Kontext umfasst sowohl Trends in der Veränderung des Angebots und der Inanspruchnahme sowie der Entwicklung der Kosten und Vorstellungen über eine gute Versorgung. So kann festgestellt werden, dass entgegen landläufiger Annahmen der Kostenzuwachs in der Regel nicht mehr hauptgewichtig dem zunehmenden Alter zugeschrieben wird, sondern vielmehr einer allgemeinen Mengenausweitung. Diese ergibt sich einerseits aufgrund erhöhter Kaufkraft (Medizin als Luxusgut), andererseits lässt sich feststellen, dass durch den medizinischen Fortschritt oft ergänzende und nicht ersetzende Untersuchungen gemacht werden. Zudem muss der Mechanismus einer angebotsinduzierten Nachfrage in Betracht gezogen werden. Das Angebot ist der Gefahr ausgesetzt, inadäquat und unnötiger Weise in Anspruch genommen zu werden. Eine Kostendämpfung ist demnach am ehesten durch eine klare Steuerung mit Strukturvorgaben zu erreichen. Es zeigt sich, dass im Kanton Schwyz die Entwicklungen der Grund- und Spezialversorgung zu einem ungünstigen Verhältnis führt. Das heisst, immer mehr Ärztinnen und Ärzte sind im Bereich der (lukrativen und dadurch teuren und der Gefahr der Angebotsinduzierung ausgesetzten) Spezialversorgung tätig. In der Grundversorgung ist hingegen von einem zukünftigen Mangel auszugehen. Auch im Versorgungsbereich Pflege und Betreuung zeigt sich im Kanton Schwyz ein ungünstiges Verhältnis indem die Bettenquote im Langzeitpflegebereich über dem Schweizer Durchschnitt und die spital-externe Pflegequote unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. Es muss davon ausgegangen werden, dass viele Heimeintritte verhindert oder verzögert werden könnten, wenn die Pflege und Betreuung zu Hause besser sichergestellt wäre. Das Ziel, die Bettenquote zu senken wird bereits angestrebt. Damit es erreicht werden kann, ist nebst der Förderung von Spitex und Entlastungsdienst des SRKs auch die Kapazität der pflegenden Angehörigen sowie der Freiwilligen zu stärken. In dem sich die Krankheitslast in den Bereich der chronischen Krankheiten verlagert, werden neue Versorgungsstrukturen notwendig, die die Patientinnen und Patienten in der Krankheitsbewältigung unterstützen. Mit Gesundheitsförderung und Prävention ergeben sich Handlungsmöglichkeiten, chronischen Erkrankungen vorzubeugen oder gar zu verhindern. In diesem Zusammenhang wird auch deutlich, dass Gesundheit und Krankheit vielschichtige Dynamiken sind, die durch unterschiedliche politische Bereiche beeinflusst werden. Gesundheit und Krankheit werden nicht nur durch das Verhalten und die zugängliche Versorgung bestimmt, sondern ebenso durch die Lebensverhältnisse, die durch die Bildungs-, Sicherheits-, Finanz- und Umweltpolitik beeinflusst werden.

Ergebnisse Teil 2 – Die Versorgung im Kanton Schwyz
Darüber was einer guten Versorgung entspricht, existiert keine allgemeingültige Definition. Die Wahrnehmung der Versorgung ist regional geprägt und reagiert auf Veränderungen.
Der **zweite Teil** stellt eine Ist-Analyse der Versorgungsstrukturen des Kantons Schwyz dar und umfasst die demographische Entwicklung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung und verschiedene Bereiche der ambulanten medizinischen Versorgung. Der Kanton Schwyz verfügt im Allgemeinen über ein kostengünstiges Versorgungssystem mit einem breiten Angebot an unterschiedlichen *Ansprechstrukturen*. Die Analysen zu den Entwicklungen zeigen, dass zukünftig einerseits von einem überdurchschnittlichen Bevölkerungswachstum auszugehen ist. Andererseits liegt der entsprechende Zuwachs an ambulanter ärztlicher und pflegerischer Versorgung – insbesondere in der Grundversorgung – unter dem Schweizer Durchschnitt. Die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, wohnortsnahen und kostengünstigen ambulanten Versorgung ist im Kanton Schwyz also in Zukunft nicht flächendeckend gewährleistet. In Anbetracht der

Herausforderung der chronischen Krankheiten, ist es dringlich integrierte Versorgungssysteme zu fördern und die ärztlichen und pflegerischen Fachkräfte einerseits durch den Einbezug weiterer Gesundheitsfachkräfte (MPA, Apotheken, Drogerien) und andererseits durch die Verminderung von administrativen Aufgaben zu entlasten. Zudem macht es auch für den Kanton Schwyz Sinn, viel mehr in Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren.

Ergebnisse Teil 3 – Erkenntnisse und Empfehlungen
Experten aus verschiedenen Bereichen der ambulanten medizinischen Versorgung fanden sich in einer Arbeitsgruppe zusammen, um die Versorgungssituation im Kanton Schwyz zu beurteilen und eine ganzheitliche Sicht zu entwickeln. Ausgehend von einer Zusammenfassung der ersten zwei Teile werden Aspekte einer guten Versorgung (Fokusfelder), möglicher Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungslage sowie aktuelle Handlungsfelder definiert. Es zeigt sich, dass hinsichtlich der weiteren Gestaltung der ambulanten medizinischen Versorgung auch im Kanton Schwyz den folgenden Bereichen grosse Bedeutung zukommt:

- **Demographische und soziale Entwicklungen**
  Die Notwendigkeit der Versorgungsforschung wird insbesondere unter dem gegenwärtig herrschenden ökonomischen Druck als wichtig erkannt. Um die Versorgungslage und insbesondere die zukünftigen Veränderungen einschätzen zu können, ist die Etablierung eines Monitoringssystems und von gesetzlichen Grundlagen zur zeitnahen Reaktion auf handlungsrelevante Veränderungen notwendig.

- **Struktur- und Kostenentwicklung**
  Um der Kostenzunahme entgegenwirken zu können, sind Steuerungsmöglichkeiten notwendig, um ersten die fachliche Verteilung der Ärzteschaft in Richtung der Grundversorgung zu lenken und zweitens strukturelle Verbesserungen im Sinne von integrierten Versorgungsmodellen anzustreben. Dadurch wird dem Anspruch der Fachpersonen nach geregelten Arbeitszeiten, der Möglichkeit von Teilzeitarbeit und die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie entsprochen. Zudem ist davon auszugehen, dass benötigte Leistungen in diesen Modellen kosteneffizienter erbracht werden können.

- **Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen**
  Der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Dies sowohl hinsichtlich der Gesundheitsförderung und Prävention, als auch der Betreuung und Pflege zu Hause. Ambulante Versorgungsstrukturen sind netzwerkartig zu gestalten, damit Doppelspurigkeiten vermieden werden können und die Fachpersonen dort eingesetzt werden, wo sie am besten dafür ausgebildet sind (*Skill Mix*).

Der eiligen Leserschaft empfiehlt sich der dritte Teil. Darin werden die Ergebnisse der ersten zwei Teile zusammengefasst, die Ergebnisse der Arbeitsgruppe vorgestellt und die daraus abgeleiteten Empfehlungen und das Fazit dargelegt.

Inhaltsverzeichnis

Impressum ..... **II**

In Kürze ..... **III**

Inhaltsverzeichnis ..... **VI**

Vorwort ..... **XII**

TEIL 1: Rahmenbedingungen **1**

1. Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung **1**

1.1 Bundesrecht 1
1.1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; KVG) . 1
1.1.2 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (SR 811.11; MedBG) 1
1.1.3 Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21; HMG) 1
1.1.4 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (EpG) 1
1.2 Kantonsrecht 1
1.2.1 Spitalgesetz vom 22. Oktober 2003 (SRSZ 574.110; SpitG) 2
1.2.2 Gesundheitsgesetz vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110; GesG) 2
1.2.3 Gesundheitsverordnung vom 23. Dezember 2003 (SRSZ 571.111; GesV) 2
1.2.4 Vollziehungsverordnung zum Epidemiengesetz und zum Tuberkulosegesetz vom 23. Januar 1984 (SRSZ 571.211) 3
1.2.5 Vollzugsverordnung zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, vom 10. September 2013 (SRSZ 572.211) 3
1.2.6 Heilmittelverordnung vom 14. Dezember 2010 (SRSZ 573.211) 3
1.2.7 Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 24. Juli 1978 (SRSZ 573.411) 3
1.2.8 Pflegefinanzierungsverordnung vom 3. November 2010 (SRSZ 361.511) 3
1.3 Kantonale Verantwortungsbereiche der Finanzierung 4

2 Gesellschaftlicher Kontext – allgemeine Entwicklungstendenzen **5**

2.1 Einführung 5
2.2 Veränderung von Nachfrage und Inanspruchnahme 5
2.2.1 Zunahme der Inanspruchnahme spitalambulanter Leistungen 5
2.2.2 Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität 6
2.2.3 Entwicklung der Rolle der Patientinnen und Patienten 6
2.2.4 Human Enhancement 7
2.2.5 Zusammenfassung: Veränderung von Nachfrage und Inanspruchnahme 7
2.3 Veränderung des Angebots – Trends 8
2.3.1 Ärztliche Versorgung 8
2.3.1.1 Standort 9
2.3.1.2 Feminisierung und Zunahme an Teilzeittätigkeit 9
2.3.1.3 Attraktivität und Modelle der Leistungserbringung 9

2.3.1.4 Aus- und Weiterbildung 10
2.3.1.5 Entwicklung ärztliche Grundversorgung und Spezialversorgung 10
2.3.2 Pflegerische und betreuende Versorgung 11
2.3.2.1 Professionelle Pflege 11
2.3.2.2 Pflegende Angehörige 13
2.3.2.3 Care Migration 13
2.3.3 Neue Versorgungsmodelle 14
2.3.3.1 Definition 14
2.3.3.2 Konkrete Beispiele neuer Versorgungsmodelle 14
2.3.3.3 Weitere Ansätze und Überlegungen 16
2.3.4 Telemedizin 17
2.3.5 Zusammenfassung: Veränderung des Angebotes 18
2.4 Entwicklung der Kosten 19
2.4.1 Mengen und Preise der OKP-Leistungen – eine Studie der ZHAW 20
2.4.2 Demographische Entwicklung und Kosten 20
2.4.3 Technischer Fortschritt und Medikalisierung 21
2.4.4 Zusammenfassung: Entwicklung der Kosten 21
2.5 Wissenschaftliche Konzepte zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen 22
2.5.1 Gesundheitsdeterminanten 22
2.5.2 Gesundheitsförderung und Prävention 23
2.5.2.1 Definitionen 23
2.5.2.2 Historische Hintergründe und gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung 25
2.5.2.3 Organisationen in der Schweiz 25
2.5.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung 27
2.5.2.5 Untersuchungen zum Return on Investment von Präventionskampagnen 28
2.5.3 Zusammenfassung wissenschaftliche Konzepte zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen 28

3 Diskurse über die gute Versorgung? 29

3.1 Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates 29
3.1.1 elektronisches Patientendossier 30
3.1.2 Masterplan Hausarztmedizin 30
3.1.2.1 Vorgeschichte: Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ 30
3.1.2.2 Gegenentwurf: „Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ 30
3.1.3 Qualitätsstrategie 31
3.1.4 MARS 32
3.2 Obsan: Indikatoren und Einbezug nichtärztliche Gesundheitsfachleute 32
3.3 SAMW: Nachhaltige Medizin 34
3.4 Careum: Ansprechstrukturen 34
3.5 OECD – Reviews of Health Systems 35
3.6 Zusammenfassung: Was ist eine gute Versorgung? 35

TEIL 2: Ist-Analyse im Kanton Schwyz 37

4 Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz 37
4.1 Entwicklung der Bevölkerungszahl 37
4.2 Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung 38
4.3 Regionale Ausprägung der Gesundheitsdeterminanten Arbeitsmarkt- und Bildungsstatus 40
4.4 Zusammenfassung: Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz 43
5 Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung 44
5.1 Ergebnisse der nationalen Gesundheitsbefragungen Jahr 2007 44
5.2 Ergebnisse der nationalen Gesundheitsbefragungen Jahr 2012 44
5.3 Zusammenfassung: Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung 46
6 Ärztliche Versorgung 47
6.1 Vorbemerkung 47
6.2 Demographie der ärztlichen Leistungserbringenden 47
6.2.1 Geschlecht 47
6.2.2 Alter 48
6.2.3 Ärztedichte 48
6.2.4 Nationalitäten 51
6.3 Berufsausübung 52
6.3.1 Facharztgruppen 52
6.3.2 Netzwerke, Einzel- und Gemeinschaftspraxen 53
6.3.3 Analyse der Leistungserbringung 53
6.3.3.1 Beurteilung der Datengrundlage 54
6.3.3.2 Allgemeine Beschreibung der Leistungserbringung 55
6.3.3.3 Leistungserbringung nach Fachgruppe und Bezirk 56
6.3.3.4 Hochrechnung der ärztlich geleisteten Arbeitsstunden 59
6.3.3.5 Untersuchung der Patientenströme 60
6.3.3.6 Kritische Würdigung der Analysen 60
6.3.3.7 Zusammenfassende Betrachtung der ärztlichen Versorgung 61
6.4 Notfalldienst 61
6.5 Zahnmedizin 62
6.6 Spital ambulant 62
6.6.1 Spital Schwyz 63
6.6.2 Spital Lachen 64
6.6.3 Spital Einsiedeln 65
6.6.4 Aeskulapklinik 66
6.6.5 OKP-Daten zum Spitalambulanten Bereich 67
6.6.6 Praxisassistenz 67
6.7 Zusammenfassung ärztliche Versorgung im Kanton Schwyz 67
7 Versorgung im Bereich Pflege und Betreuung 69
7.1 Freiberufliche Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner 69

7.2 Spitex ... 69
7.2.1 Allgemeines ... 69
7.2.2 Spitex-Organisationen mit Leistungsaufträgen ... 70
7.2.3 Spitex-Organisationen ohne Leistungsauftrag ... 73
7.2.4 Leistungsdaten aller Spitex-Organisationen ... 73
7.3 Schnittstellen zur stationären Langzeitpflege ... 76
7.3.1 Früherkennung ... 76
7.3.2 Tages- und Nachtplätze ... 76
7.3.3 Kurzzeitaufenthalter ... 76
7.3.4 Bettenquote ... 77
7.4 SRK Entlastungsdienst ... 77
7.4.1 Pflegehelferinnen SRK ... 77
7.4.2 Weitere entlastende Dienstleistungen des SRK ... 79
7.4.3 SRK Kinderbetreuung ... 79
7.5 Weitere Angebote im Bereich Betreuung und Hilfe zu Hause ... 80
7.5.1 Bäuerinnenvereinigung ... 80
7.5.2 Pro Senectute ... 80
7.5.3 Alzheimervereinigung ... 80
7.5.4 Gesundheitsligen ... 81
7.5.5 Palliative Care ... 81
7.6 Pflege durch Angehörige ... 81
7.7 Care Migration ... 82
7.8 Freiwilligenarbeit ... 82
7.9 Zusammenfassung pflegerische und betreuende Versorgung im Kanton Schwyz ... 82
8 Weitere gesetzlich geregelte und bewilligungspflichtige Dienstleistungen ... 83
8.1 Allgemeines ... 83
8.2 Apotheken ... 84
8.3 Drogerien ... 86
8.4 Hebammen ... 87
8.5 Physiotherapie ... 89
8.6 Zusammenfassung weitere bewilligungspflichtige Berufe ... 90
9 Komplementär- und Alternativmedizinische Versorgung ... 91
9.1 Allgemeines ... 91
9.2 Methoden ... 92
9.3 Therapeutinnen und Therapeuten ... 94
9.4 Daten CSS zur Komplementärmedizin ... 94
9.5 Zusammenfassung komplementärmedizinischer Bereich ... 95
10 Therapeutische und beratende Dienstleistungen ... 96

10.1 Freiberufliche Psychiater und Psychotherapeuten 96
10.2 Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD) 96
10.3 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) 97
10.4 Frühberatungs- und Therapiestelle für Kinder 98
10.5 Mütter- und Väterberatung 98
10.6 Zusammenfassung therapeutische und beratende Dienstleistungen 100
11 Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz 101
11.1 Fachstelle Gesundheit Schwyz 101
11.2 Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen 101
11.3 Konzept des Kantons Schwyz 102
11.4 Zusammenfassung Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz 102
12 Entwicklung der OKP-Kosten im Kanton Schwyz 103
12.1 Einführung 103
12.2 Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten 103
12.3 Vergleich Rechnungssteller- und Versichertenstatistik 104
12.4 Prämienentwicklung 105
12.5 Zusammenfassung Entwicklung der OKP-Kosten im Kanton Schwyz 106
TEIL 3: Ergebnisse, Erkenntnisse und Empfehlungen 107
13 Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Teilen I und II 107
13.1 Einleitung 107
13.2 Wissenschaftliche Modelle zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen 107
13.3 Veränderung der Nachfrage und Inanspruchnahme – allgemeine Tendenzen 108
13.4 Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz 109
13.5 Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung 110
13.6 Ärztliche Versorgung im Kanton Schwyz 110
13.7 Versorgung im Bereich Pflege und Betreuung 111
13.8 Weitere Dienstleistungen bewilligungspflichtiger Berufe der ambulanten Versorgung 113
13.9 Komplementär- und Alternativmedizin 113
13.10 Therapeutische und beratende Dienstleistungen 114
13.11 Gesundheitsförderung und Prävention 114
13.12 Neue Versorgungsmodelle und Telemedizin 115
13.13 Entwicklung der OKP-Kosten 115
13.14 Diskussionen zur guten Versorgung 116
14 Ergebnisse und Erkenntnisse der Arbeitsgruppe 118
14.1 Fokusfelder - Definition der guten Versorgung 118

14.2 Indikatoren 119
14.3 Handlungsfelder - Wichtige Erkenntnisse aus den Teilen I und II 120
14.3.1 Demographische und soziale Entwicklungen 121
14.3.2 Struktur- und Kostenentwicklung 121
14.3.3 Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen 122
15 Empfehlungen und Fazit 124
15.1 Empfehlungen 124
15.2 Fazit 126
Tabellenverzeichnis 128
Abbildungsverzeichnis 129
Abkürzungsverzeichnis 132
Glossar 134
Literaturverzeichnis 136
Anhang A 141
Anhang B 149

Vorwort

Seit gut zehn Jahren wird von verschiedener Seite auf den drohenden Hausärztemangel und seine Auswirkungen auf das Gesundheitswesen hingewiesen. Immer mehr und immer vielfältigere Leistungen werden von der Bevölkerung gewünscht, was die Last auf die schwindende Zahl von Leistungserbringern in der ambulanten Grundversorgung erhöht. Eigentliche Grundversorgerleistungen werden demzufolge in den Bereich der Spezial- und Spitalversorgung verschoben, was zu einer unnötigen Verteuerung des Systems führt. Es gibt einige Faktoren, die den Druck auf das Versorgungssystem noch weiter erhöhen: die demographische Entwicklung mit einer Zunahme der älteren Bevölkerung, die Zunahme von chronischen Krankheiten, der medizinisch-technische Fortschritt mit einem wachsenden Spektrum an Angeboten und andere mehr. Es stellt sich rasch die Frage, wer soll das alles machen und wer soll das alles bezahlen? Werden steigende Gesundheitskosten gepaart mit einem Mangel an Fachpersonen die Frage nach Rationierung von Leistungen lauter klingen lassen? Die zweckmässige, wirtschaftliche, wirksame und wohnortsnahe medizinische Grundversorgung, wie wir sie heute kennen, ist gefährdet.

Der vorliegende Bericht soll entsprechend die heutige Situation im Kanton Schwyz aufzeigen und einen Überblick über die wesentlichen Belange der ambulanten medizinischen Versorgung aufzeigen, sowie eine Grundlage für die daraus abzuleitende Diskussion unter den politischen Entscheidungsträgern bilden. Gesellschaftliche Hintergründe werden ebenso thematisiert wie aktuelle Trends und Problematiken im Gesundheitswesen. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse werden Empfehlungen für die künftige Planung und für die Umsetzung notwendiger Massnahmen aufgezeigt.

Der Bericht besteht aus drei Teilen, welche die Rahmenbedingungen, die ist-Analyse im Kanton Schwyz und Schlussfolgerungen ausführlich darstellen. Die Erstellung dieses Berichts ist eine eigentliche Pionierleistung, denn vergleichbare Arbeiten sind auf dieser Ebene kaum vorhanden. Es zeigte sich dabei eindrücklich, wie gekammert und heterogen die Gesundheitslandschaft ist und wie lückenhaft sie vermessen ist. Fehlende oder mangelhafte Daten über verschiedene Bereiche des Gesundheitssystems stellten eine große Herausforderung dar und lassen Raum offen für breite Interpretationen oder gar Spekulationen. Umso wichtiger war der Beizug einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, deren Experten das Schwyzerische Gesundheitswesen quasi von innen heraus und von verschiedenen Seiten her sichten und beurteilen konnte. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe mündeten in eine eigene Definition der guten Versorgung mit daraus abgeleiteten und priorisierten Empfehlungen.

Schliesslich ist das Ziel eine gute Gesundheit für die ganze Bevölkerung auf der Basis einer wohnortsnahen, kosteneffizienten und qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung. Gesundheit ist ein kostbares Gut, zu dem Sorge getragen werden muss und als eines der wichtigsten Dimensionen des Lebens eines jeden einzelnen Menschen gilt.

Ein grosser Dank gehört der Auftraggeberin, der Amtsvorsteherin des Amtes für Gesundheit und Soziales, Evelyne Reich, für diesen wegweisenden Bericht. Ebenso danken möchte ich der Steuergruppe für die wesentlichen Inputs, sowie der engagierten und kompetenten Arbeitsgruppe für die wichtigsten Essenzen dieses Berichts. Zum Schluss gratuliere ich Kathrin Jehle für die Erarbeitung und Erstellung dieses hervorragenden Werkes. Möge es die Leserinnen und Leser inspirieren und die Diskussion um die ambulante medizinische Versorgung beleben.

Svend Capol, Kantonsarzt

TEIL 1: Rahmenbedingungen

1 Gesetzliche Grundlagen und Finanzierung

Das Gesundheitswesen wird durch verschiedene Gesetze geregelt. Nachfolgend werden die Inhalte der wichtigsten Gesetze kurz dargestellt. Die systematische Gesetzessammlung des Kantons Schwyz kann auf der Webseite[4] eingesehen werden.

1.1 Bundesrecht

1.1.1 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10; KVG)

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG), einschliesslich verschiedener Ausführungserlasse, regelt die soziale Krankenversicherung. Hierzu gehören insbesondere Fragen der Zulassung von Leistungserbringern, der Finanzierung der Pflege und der Versicherungspflicht. So sind die Kantone zuständig für die Einhaltung der Versicherungspflicht (Art. 6), sie regeln die Restfinanzierung (Art. 25), sie koordinieren die Spital- und Pflegeheimplanung, führen entsprechende Spital- und Pflegeheimlisten (Art. 39 KVG) und stellen die Tarifverträge sicher (Art. 46 und 47 KVG).

1.1.2 Medizinalberufegesetz vom 23. Juni 2006 (SR 811.11; MedBG)

Das Medizinalberufegesetz regelt die Aus- und Weiterbildung sowie die Berufsausübung der universitären Medizinalberufe. Die Kenntnisse, Fertigkeiten, Fähigkeiten, Verhaltensweisen und Haltungen sind in Form normativer Ziele vorgegeben. Der Geltungsbereich umfasst die Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiterbildung und der Fortbildung sowie der Berufsausübung der Fachpersonen im Bereich der Humanmedizin, der Zahnmedizin, der Chiropraktik, der Pharmazie und der Veterinärmedizin.

1.1.3 Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinalprodukte vom 15. Dezember 2000 (SR 812.21; HMG)

Zweck des Heilmittelgesetzes ist zu gewährleisten, dass nur qualitativ hoch stehende, sichere und wirksame Heilmittel in den Verkehr gebracht werden, dass diese zweckmässig und massvoll eingesetzt werden und dass eine sichere und geordnete Versorgung landesweit angeboten wird.

1.1.4 Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen vom 28. September 2012 (EpG)

Am 22. September 2013 wurde dem neuen Epidemiengesetz bei der Volksabstimmung zugestimmt. Es ersetzt das Gesetz aus 1970. Durch die Annahme des neuen Gesetzes wird eine zeitgemässe Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten gewährleistet sowie zu einer verbesserten Bewältigung von Krankheitsausbrüchen mit grossem Gefährdungspotenzial für die öffentliche Gesundheit beigetragen.

1.2 Kantonsrecht

Die Gesundheitsversorgung ist im Wesentlichen Sache der Kantone. Die innerkantonalen Kompetenzregelungen sind von Kanton zu Kanton verschieden. Beim Vollzug von eidgenössischen Gesetzen hat der Kanton einen gewissen Gestaltungsspielraum. Der Kanton bestimmt entsprechend die Art und den Umfang der angebotenen Dienstleistungen des öffentlichen Gesundheitswesens.

[4] http://www.sz.ch/xml_1/internet/de/application/d999/d2522/d24457/p24456.cfm [12.06.2014]

Im stationären Bereich erfolgt dies im Kanton Schwyz durch die Spitalverordnung. Ebenfalls entscheidet der Kanton, ob Aufgaben durch Private oder durch die öffentliche Hand (Kanton, Bezirke, Gemeinden) wahrgenommen werden.

Der ambulante Bereich ist weitgehend ungeregelt. Die kantonalen Steuerungsmöglichkeiten beschränken sich hauptsächlich auf Leistungsaufträge mit ambulanten Diensten kantonaler Bedeutung, Zulassungsbeschränkungen, Finanzierung der Spitex, Gesundheitsförderung und Prävention sowie meinungsbildende Massnahmen.

Der Kanton ist zuständig für die Erteilung der Berufsausübungsbewilligungen und die Aufsicht über die Gesundheitsberufe. Er führt ein Register über die erteilten Bewilligungen.

Die kantonalen Aufgaben im Gesundheitswesen werden im Kanton Schwyz mit folgenden Gesetzen geregelt:

1.2.1 Spitalgesetz vom 22. Oktober 2003 (SRSZ 574.110; SpitG)[5]

Das Spitalgesetz regelt die Bewilligungspflicht für Spitäler und ähnliche Einrichtungen, den Erlass der Spitalplanung und der Spitalliste sowie die Erteilung des Leistungsauftrages an die innerkantonalen Spitäler, die Leistungsabgeltung für Spitäler mit Leistungsvereinbarung, die Kostenbeteiligung des Kantons bei ausserkantonalem Spitalaufenthalt und das Leistungs-, Finanz- und Qualitätscontrolling (§26) in den Spitälern mit Leistungsvereinbarung.
Die ambulante Akut- und Übergangspflege wird in § 29 geregelt. Der Regierungsrat ist für die Leistungsvereinbarungen und Festlegung der Einzelheiten zuständig

1.2.2 Gesundheitsgesetz[6] vom 16. Oktober 2002 (SRSZ 571.110; GesG)[7]

Das Gesundheitsgesetz regelt das öffentliche Gesundheitswesen im Kanton Schwyz. Gemäss § 6 nimmt das vom Regierungsrat bezeichnete Departement die Aufsicht über das öffentliche Gesundheitswesen wahr. Entsprechend vollzieht das zuständige Amt die Gesetzgebung und übernimmt die Koordination der Massnahmen zur Gesundheitsförderung, die Aufsicht über die Gesundheitsberufe, die Überwachung der Apotheken, Praxen und anderen relevanten Einrichtungen, die Aufsicht über den Verkehr mit Heil- und Betäubungsmitteln, die Koordination der medizinischen Katastrophen- und Nothilfe – insbesondere des ärztlichen Notfalldienstes – sowie die Durchführung von Massnahmen gegen ansteckende Krankheiten.
Mit dem Gesundheitsgesetz werden in § 15 des Weiteren die Zuständigkeiten der Gemeinden für die Sicherstellung eines Angebots für die Hauskrankenpflege (Spitex), die hauswirtschaftlichen Dienste und die Entlastungsdienste für pflegende Angehörige geregelt. In § 16 wird festgehalten, dass die Gemeinden auch für die Sicherstellung und Finanzierung der Mütter- und Väterberatung zuständig ist.
Im Übrigen werden die Rechte und Pflichte der Patientinnen und Patienten festgehalten (§ 38-48). Zu erwähnen sind zum Beispiel die Gewährung einer dem Krankheitszustand entsprechenden, wirtschaftlichen und verhältnismässigen Behandlung, die Achtung von persönlicher Freiheit, Würde und Selbstbestimmung, das Recht auf Information sowie eine Mitwirkungspflicht im Rahmen der erforderlichen Behandlung.

1.2.3 Gesundheitsverordnung[8] vom 23. Dezember 2003 (SRSZ 571.111; GesV)

Die Gesundheitsverordnung regelt die Zuständigkeiten der kantonalen Behörden und Amtsstellen im Gesundheitswesen, die Gesundheitsförderung und Krankenpflege, das Rettungswesen und die medizinische Katastrophenhilfe sowie Bewilligungsvoraussetzungen- und Verfahren für

[5] Aktuell ist eine Überarbeitung im Gange
[6] Neue Bezeichnung seit 1.1.2014, davor Gesundheitsverordnung, GesV
[7] Aktuell ist eine Überarbeitung im Gange
[8] Neue Bezeichnung seit 1.1.2014, davor Vollzugsverordnung zur Gesundheitsversorgung, VV

Gesundheitsberufe, medizinische Organisationen und Einrichtungen. Unter § 7 werden alle bewilligungspflichtigen Berufe aufgelistet.
Als ambulante Dienste von kantonaler Bedeutung werden explizit der Sozialpsychiatrische Dienst (SPD), der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD), die Frühberatungs- und Therapiestelle (F+T), das Care Team (CT) und die Kinderspitex genannt (§ 4).
Für bewilligungspflichtige Berufe werden die Voraussetzungen, die Geltungsdauer und besondere Bestimmungen für die einzelnen Berufe geregelt. Ebenso werden die bewilligungspflichtigen Betriebe festgelegt und deren Bewilligungsvoraussetzungen, Betriebsführung und Inspektionen geregelt.

1.2.4 Vollziehungsverordnung zum Epidemiengesetz und zum Tuberkulosegesetz vom 23. Januar 1984 (SRSZ 571.211)

Diese Vollziehungsverordnung regelt erstens die Zuständigkeiten von Regierungsrat, zuständigem Departement, Kantonsarzt, Kantonsapotheker und Bezirksärzte hinsichtlich der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Zweitens werden Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten festgehalten. Im Rahmen dieser Verordnung kann der Kanton die Kosten für angeordnete Massnahmen (z.B. Impfungen) übernehmen.

1.2.5 Vollzugsverordnung zur Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung, vom 10. September 2013 (SRSZ 572.211)

Der Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte sowie für Apothekerinnen und Apotheker lief per 31. Dezember 2011 aus. Er wurde, befristet auf drei Jahre, im September 2013 wieder eingeführt.[9] Von den Einschränkungen sind Ärztinnen und Ärzte mit folgenden Weiterbildungstiteln ausgenommen: Allgemeine Innere Medizin, praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Zahnmedizin, sowie Ärztinnen und Ärzte im spitalambulanten Bereich.

1.2.6 Heilmittelverordnung vom 14. Dezember 2010 (SRSZ 573.211)

Diese Verordnung regelt die Bewilligung zur Herstellung, die Verschreibung und die Anwendung von Arzneimitteln. Sie bildet ferner die Grundlage für die Qualitätssicherung in Gesundheitseinrichtungen und für Bewilligungen von Apotheken, Patientenapotheken, Spital- und Heimapotheken und Drogerien.

1.2.7 Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel vom 24. Juli 1978 (SRSZ 573.411)

In dieser Vollziehungsverordnung wird innerhalb der Zuständigkeiten des Regierungsrates der Umgang mit Betäubungsmitteln geregelt. Hierin werden die Aufgaben des zuständigen Departementes, des Kantonsarztes und Kantonsapothekers festgehalten sowie Bewilligungen, Kontrollen, Gebühren, Rechtsmittel und Strafen geregelt.

1.2.8 Pflegefinanzierungsverordnung vom 3. November 2010 (SRSZ 361.511)

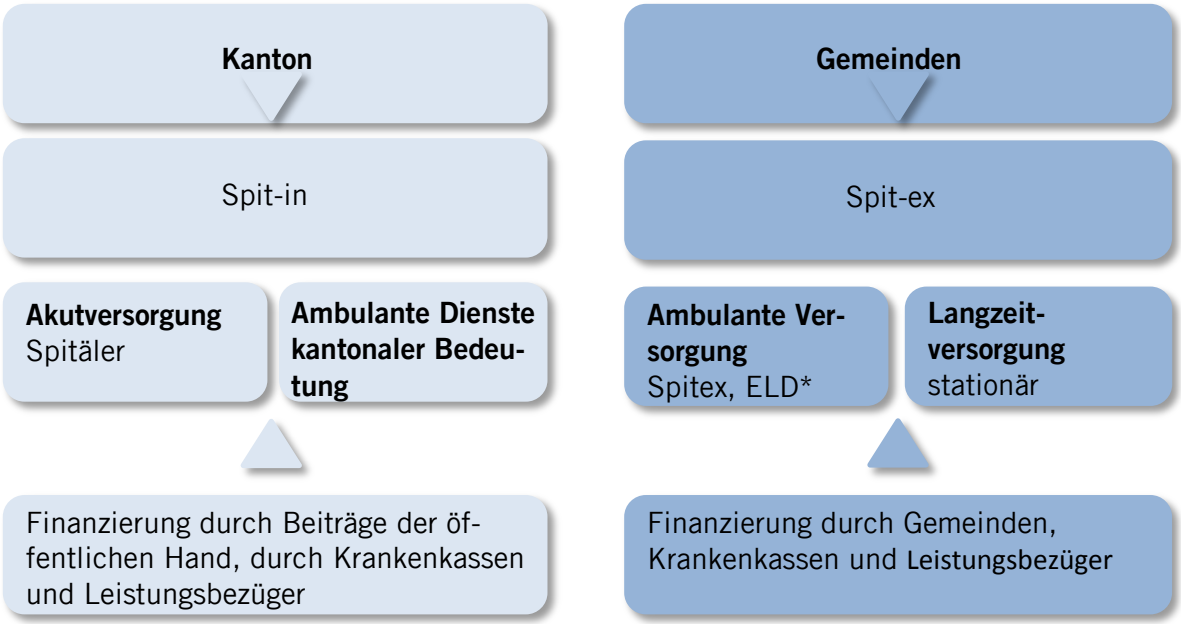
In der Pflegefinanzierungsverordnung wird die Finanzierung der Pflege im ambulanten und im stationären Bereich geregelt. Im Bereich der ambulanten Pflege umfasst sie die Leistungserbringer mit und ohne Leistungsaufträge, die Kostenbeteiligung der Leistungsbezüger, Abrechnungsverfahren und Ausnahmen der Leistungserbringung.

[9] vgl. RRB Nr. 807 vom 10. September 2013

1.3 Kantonale Verantwortungsbereiche der Finanzierung

Grundsätzlich sind die Kantone für die Gesundheitsversorgung verantwortlich. Gemäss den gesetzlichen Vorgaben teilen sich der Kanton und die Gemeinden im Schwyzer Gesundheitswesen die Zuständigkeiten und die Finanzierung entsprechend der Darstellung in Abbildung 1.

Abbildung 1: Zuständigkeiten Kanton und Gemeinden



Quelle: eigene Darstellung, * Entlastungsdienst (ELD) des Schweizerischen Roten Kreuzes

Im ambulanten Bereich übernimmt der Kanton hauptsächlich Aufgaben zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Dazu gehören Leistungsaufträge mit ambulanten Diensten kantonaler Bedeutung (Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD), den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD), die Frühberatungs- und Therapiestellen für Kinder, das Care Team und die Kinderspitex[10]) und die Aufsicht über bewilligungspflichtige Berufe. Hinzu kommt eine Leistungsvereinbarung für die Koordination der Spitexstatistik und für die Zusammenführung der Kostenrechnungsdaten der öffentlichen Spitex.

Die Gemeinden sind in erster Linie zuständig für die gemeindenahe Pflege und Betreuung bedürftiger, hilfloser oder vernachlässigter Menschen. Dies betrifft die Bereiche der spitalexternen Kranken- und Hauspflege (Spitex), den Entlastungsdienst (ELD) sowie Alters- und Pflegeheime. Jede Gemeinde hat ein Angebot für die Hauskrankenpflege, die hauswirtschaftlichen Dienste sowie den Entlastungsdienst für betreuende und pflegende Angehörige über entsprechende Leistungsvereinbarungen sicher zu stellen.

Die Finanzierung der ärztlich verordneten ambulanten Pflege ist in der Pflegefinanzierungsverordnung geregelt. Die Kosten werden von der Krankenversicherung, den Gemeinden und den Leistungsbezügern gemeinsam getragen. Die übrigen Leistungen werden durch die Gemeinden und die Leistungsbezügern oder deren Zusatzversicherung bezahlt.

[10] Zur Sicherung der Kinderspitex bestehen Leistungsvereinbarungen mit dem Verein Kinderspitex Zentralschweiz und kispex – Kinder-Spitex des Kantons Zürich

2 Gesellschaftlicher Kontext – allgemeine Entwicklungstendenzen

2.1 Einführung

In diesem Kapitel werden unterschiedliche Faktoren thematisiert, die Teil des Gesundheitssystems sind, oder dieses beeinflussen. Diese Faktoren können als Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Versorgung verstanden werden und sind Gegenstand aktueller Diskussionen. Ziel der folgenden Erörterungen ist es, ein möglichst differenziertes Bild der Dynamiken im Gesundheitswesen zu vermitteln. Es werden verschiedene Ebenen angesprochen, die zum Teil nicht klar voneinander abgrenzbar sind. So sind Nachfrage, Angebot und Entwicklung der Kosten stark miteinander verknüpft. Die Thematik ist also sehr komplex, trotzdem können einige Schwerpunkte herauskristallisiert werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird jedoch nicht erhoben.

2.2 Veränderung von Nachfrage und Inanspruchnahme

Auch wenn sich Angebot und Nachfrage gegenseitig beeinflussen, können Veränderungen festgestellt werden, die ihren Ursprung auf der Seite der nachfragenden Menschen haben. Dies hat Konsequenzen auf der Seite des Angebots zur Folge. Die Nachfrage selbst ergibt sich aus den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen. Unter **Bedürfnissen** werden die subjektiven Einschätzungen der Patientinnen und Patienten verstanden. Diese decken sich nicht zwangsläufig mit dem tatsächlichen **Bedarf**, den Gesundheitsfachleute definieren. Es kann also sein, dass eine Patientin oder ein Patient der Meinung ist, dass weitere Untersuchungen gemacht werden müssen, die aber aus Sicht der Gesundheitsfachleute nicht notwendig sind. Es ist auch möglich, dass Gesundheitsfachpersonen den Bedarf als höher einschätzen und zum Beispiel eine andere oder mehr Behandlungen als angebracht erachten, die jedoch von der Patientin oder dem Patienten nicht gewünscht wird.
Veränderungen der Nachfrage ergeben sich also im Wesentlichen aus veränderten Verhaltensweisen der Patientinnen und Patienten. Dies hat zur Folge, dass sowohl mehr, als auch andere Angebote in Anspruch genommen werden. Grundsätzlich stehen unterschiedliche ***Ansprechstrukturen***[11] – von der Apotheke über die Hausärztinnen und Hausärzte bis zur Notfallstation – zur Verfügung, die auf unterschiedliche Schweregrade der medizinischen Anliegen spezialisiert sind.
Im Folgenden werden aktuell diskutierte Gebiete dargelegt, in denen Veränderungen der Nachfrage besonders auffallend sind.

2.2.1 Zunahme der Inanspruchnahme spitalambulanter Leistungen

Spitalambulante Leistungen werden sowohl notfallmässig wie auch geplant erbracht. Bezüglich der Nachfrage von notfallmässigen Leistungen lässt sich eine gesunkene Hemmschwelle der Patientinnen und Patienten feststellen, die Notfallstationen in Anspruch zu nehmen sowie die Sanitätsnotrufnummer oder den Rettungsdienst zu rufen. Man spricht umgangssprachlich vom „Bobo-Taxi“ oder „Party-Taxi“[12]. Wenn wegen Bagatellverletzungen die Notfallstation am Spital aufgesucht wird, entspricht dies nicht einer adäquaten Inanspruchnahme der *Ansprechstrukturen*. Problematisch ist einerseits, dass dadurch die Ressourcen der Notfallstationen für wirkliche Notfälle blockiert werden und andererseits, dass dadurch höhere Kosten verursacht werden. Als Reaktion auf diese Entwicklung wurden an Spitälern **Notfallpraxen** eingerichtet, in denen Hausärztinnen und Hausärzte diejenigen Patientinnen und Patienten betreuen, deren Anliegen keine Inanspruchnahme des Spitalnotfalls notwendig machen und von der Hausarztmedizin bestens abgedeckt werden können.

[11] vgl. Sottas und Brügger (2012)
[12] vgl. Marty (2013) und Hirschberg (2013)

Folgende Faktoren können das veränderte Verhalten erklären: Es wird angenommen, dass heute viele Menschen keine eigene Hausärztin oder eigenen Hausarzt mehr haben. Sie wollen flexibel sein und möglichst schnell behandelt werden. Zudem muss in Betracht gezogen werden, dass viele – vor allem junge und ausländische – Personen nicht genügend über das Gesundheitssystem der Schweiz informiert sind.
Im Weiteren können viele Abklärungen und Eingriffe, die früher im stationären Bereich gemacht wurden, heute dank dem **technischen Fortschritt** vermehrt ambulant erbracht werden. Meist kehren die Patientinnen und Patienten dadurch rascher an den Arbeitsplatz zurück, was volkswirtschaftlich Sinn macht. Durch die Verschiebung der Leistungserbringung in den ambulanten Bereich, kommt es zu einer Verschiebung der Kosten von der Spitalfinanzierung in den Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP).

2.2.2 Zunahme chronischer Erkrankungen und Multimorbidität

Gemäss Todesursachenstatistik sind bösartige Tumore und Erkrankungen des Herzkreislaufsystems Ursache für über 60% aller Todesfälle[13]. Seit der Verbesserung hygienischer Massnahmen und der Verfügbarkeit von Impfungen und Antibiotika sterben Menschen immer seltener an Infektionskrankheiten. Mit zunehmendem Alter wird es immer wahrscheinlicher, dass ein Mensch an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet. Die Einschränkungen, die mit einer chronischen Erkrankung einhergehen, sind unterschiedlich stark und man kann – je nach dem – gut damit leben lernen. Daraus ergibt sich eine neue Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten, der mit entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten begegnet werden muss. Der Fokus verschiebt sich in Richtung **Krankheitsbewältigung**. Eine Möglichkeit wäre das *Chronic Care Model*, das den Selbstbestimmungsbedürfnissen der Patientinnen und Patienten entspricht und sie im Selbstmanagement unterstützt sowie den Einbezug verschiedener Gesundheitsfachpersonen vorsieht[14]. Damit chronisch kranke Menschen möglichst lange zu Hause leben können, ist ein stabiles **Netzwerk** von verschiedenen Gesundheitsfachpersonen im ambulanten Bereich notwendig. So können unnötige Spitalaufenthalte und frühzeitige Heimeintritte verhindert werden. Das Angebot muss also auch in diesem Bereich dem Bedarf angepasst werden und sich in Richtung einer **integrierten Versorgung** entwickeln.
Da die Lebensweise gerade bei chronischen Erkrankungen eine grosse Rolle spielt, kann mit präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen wesentlich Einfluss genommen werden. Eine Stärkung der **Prävention** und der **Gesundheitsförderung** wird der Schweiz auch von der OECD empfohlen.

2.2.3 Entwicklung der Rolle der Patientinnen und Patienten

Im Rahmen von Kongressen der Stiftung Careum werden die Rolle der Patientinnen und Patienten und die damit einhergehenden Herausforderungen für die Gesundheitsfachleute thematisiert. Es wird einerseits davon ausgegangen, dass Patientinnen und Patienten beispielsweise durch *Patientenschulung* in ihrer Selbstmanagementkompetenz gefördert werden sollen (z.B. im Bereich Ernährung, Diabetes, Herzinsuffizienz). Andererseits sollen sie ihre Versorgung zukünftig vermehrt mitgestalten und als selbstbestimmte Akteure wahrgenommen werden.[15] Der Forderung nach **Partizipation** wird damit Rechnung getragen. In diesem Kontext müssen auch zwei wichtige Vorlagen (Managed Care Initiative und das Präventionsgesetz) gesehen werden, die beide vom Stimmvolk verworfen wurden.
Die Boston Consulting Group spricht in einer Analyse zu den heutigen Patientinnen und Patienten vom ungeduldigen Gesundheitsdienstleistungs-Konsumenten, welcher Gesundheitsleistungen wie andere Konsumgüter in Anspruch nimmt und dabei einen hohen Anspruch an „convenience“ hat. Lange Wartezeiten, insbesondere während der Arbeitszeit werden als unzumutbar

[13] BfS (2010)
[14] Sottas und Brügger (2012): 34
[15] BAG (2013): 10

empfunden. Es wird beschrieben, dass der heutige Patient und die heutige Patientin eine zeitarme, kostenbewusste, vernetzte und informierte Person ist, welche Respekt verlangt und Wert auf Bezogenheit legt. Daraus folgen verschiedene Anforderungen an die Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister: Sie müssen die verschiedenen Bedürfnisse verstehen und ihre Angebote individuell anpassen, sie müssen Informationen über ihre Produkte und Dienstleistungen transparent und verständlich zugänglich machen, sie müssen den Wert der Zeit der Konsumenten anerkennen und effiziente sowie komfortable Dienstleistungen anbieten. Sie müssen ein Geschäftssystem entwickeln, das erlaubt sowohl Flexibilität als auch Zugehörigkeit, sowie Dienstleistungen und Produkte zu vermitteln.[16]

2.2.4 Human Enhancement

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt, wie bereits erwähnt, nicht zwangsläufig mit dem objektiven Bedarf zusammen. Damit werden Leistungen in Anspruch genommen, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Werden solche Leistungen in Anspruch genommen, um beispielsweise überdurchschnittlich leistungsfähig zu sein, wird dies als *human enhancement* bezeichnet. Gesundheit wird dadurch zum Luxusobjekt. Der Basler Gesundheitsökonom Stefan Felder geht davon aus, dass die steigenden Kosten im Gesundheitswesen auch durch das steigende Einkommen bedingt sind: „Das zusätzliche Einkommen, das uns zur Verfügung steht, geben wir nicht für noch mehr klassische Konsumgüter aus, weil wir davon schon genug haben. Gesundheitsprodukte sind die neuen Konsumgüter.“[17]
Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass eine solche Nachfrage auch zu einer Veränderung des Angebots führt, wie die Beispiele Notfallpraxen am Spital und Überlegungen zur Legalisierung leistungssteigernder Medikamente aufzeigen. Die NEpA-Studie über die Bedeutung des Neuroenhancements ergab, dass auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte keine grundsätzliche Ablehnung, ein leistungssteigerndes Medikament zu verschreiben, besteht. Die Entscheidung sei abhängig von Alternativen, dem Leiden und der Präferenz der anfragenden Person sowie der Sicherheit des Medikaments. Je nach Fallbeispiel können sich bis zu einem Drittel der Ärztinnen und Ärzte vorstellen, entsprechende Medikamente – kostenpflichtig – zu verschreiben; bei fehlenden Alternativen sind es bis 70 Prozent.[18]

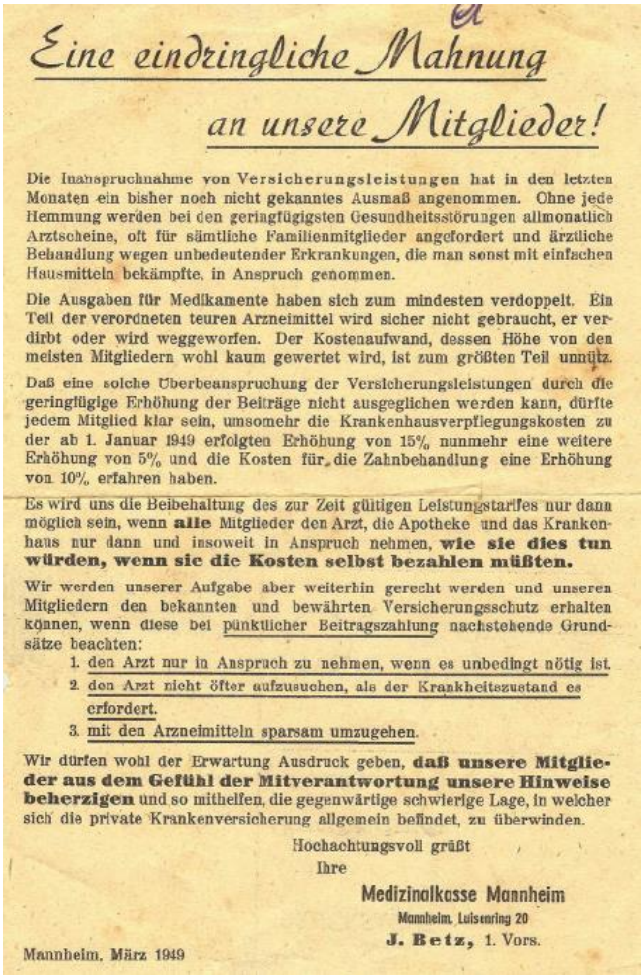
2.2.5 Zusammenfassung: Veränderung von Nachfrage und Inanspruchnahme

- Es werden vermehrt spitalambulante Leistungen in Anspruch genommen.
- Die Hemmschwelle, Notfallstationen in Anspruch zu nehmen, scheint gesunken zu sein. Wenn für Bagatellen der Spitalnotfall aufgesucht wird, entspricht dies einer nicht adäquaten Ansprechstruktur, wodurch Ressourcen blockiert werden. Das veränderte Inanspruchnahmeverhalten führt zu einer Veränderung der Strukturen, indem beispielsweise hausärztlich geleitete Hausarztpraxen eingerichtet werden.
- Die Hauptlast der gesundheitlichen Probleme wird durch chronische Erkrankungen verursacht. Der Fokus verschiebt sich damit auf die Krankheitsbewältigung.
- Die Versorgung von Menschen mit chronischen Krankheiten macht eine integrierte Versorgung notwendig, die verschiedene Gesundheitsfachleute miteinander vernetzt.
- Chronischen Krankheiten kann mit Gesundheitsförderung und Prävention vorgebeugt werden.
- Patientinnen und Patienten sind selbstbestimmte Akteure, die in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden müssen.
- *Human enhancement* entspricht einer medizinischen Intervention, die medizinisch nicht notwendig ist sondern der Steigerung gesunder Funktionen dient. Gesundheitsdienstleistungen können als neue Konsumgüter betrachtet werden.

[16] Lawyer und Azerad (1997)
[17] Strassheim und Schmid (2012)
[18] Ott und Biller-Adorno (2013): 504ff

Die steigende Inanspruchnahme scheint ein altes Phänomen zu sein, wie folgende Mitteilung[19] aus dem Jahr 1949 zeigt:

Abbildung 2: Mitteilung der Medizinalkasse Mannheim vom März 1949



Eine eindringliche Mahnung

an unsere Mitglieder!

Die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen hat in den letzten Monaten ein bisher noch nicht gekanntes Ausmaß angenommen. Ohne jede Hemmung werden bei den geringfügigsten Gesundheitsstörungen allmonatlich Arztscheine, oft für sämtliche Familienmitglieder angefordert und ärztliche Behandlung wegen unbedeutender Erkrankungen, die man sonst mit einfachen Hausmitteln bekämpfte, in Anspruch genommen.

Die Ausgaben für Medikamente haben sich zum mindesten verdoppelt. Ein Teil der verordneten teuren Arzneimittel wird sicher nicht gebraucht, er verdirbt oder wird weggeworfen. Der Kostenaufwand, dessen Höhe von den meisten Mitgliedern wohl kaum gewertet wird, ist zum größten Teil unnütz.

Daß eine solche Überbeanspruchung der Versicherungsleistungen durch die geringfügige Erhöhung der Beiträge nicht ausgeglichen werden kann, dürfte jedem Mitglied klar sein, umsomehr die Krankenhausverpflegungskosten zu der ab 1. Januar 1949 erfolgten Erhöhung von 15% nunmehr eine weitere Erhöhung von 5% und die Kosten für die Zahnbehandlung eine Erhöhung von 10% erfahren haben.

Es wird uns die Beibehaltung des zur Zeit gültigen Leistungstarifes nur dann möglich sein, wenn **alle** Mitglieder den Arzt, die Apotheke und das Krankenhaus nur dann und insoweit in Anspruch nehmen, **wie sie dies tun würden, wenn sie die Kosten selbst bezahlen müßten.**

Wir werden unserer Aufgabe aber weiterhin gerecht werden und unseren Mitgliedern den bekannten und bewährten Versicherungsschutz erhalten können, wenn diese bei pünktlicher Beitragszahlung nachstehende Grundsätze beachten:

1. den Arzt nur in Anspruch zu nehmen, wenn es unbedingt nötig ist.
2. den Arzt nicht öfter aufzusuchen, als der Krankheitszustand es erfordert.
3. mit den Arzneimitteln sparsam umzugehen.

Wir dürfen wohl der Erwartung Ausdruck geben, **daß unsere Mitglieder aus dem Gefühl der Mitverantwortung unsere Hinweise beherzigen** und so mithelfen, die gegenwärtige schwierige Lage, in welcher sich die private Krankenversicherung allgemein befindet, zu überwinden.

Hochachtungsvoll grüßt
Ihre

Medizinalkasse Mannheim
Mannheim, Luisenring 20
J. Betz, 1. Vors.

Mannheim, März 1949

Quelle: PrimaryCare (2013)

2.3 Veränderung des Angebots – Trends

Wie bereits beschrieben, beeinflusst die Inanspruchnahme die Ausgestaltung des Angebots (z.B. Notfallpraxen am Spital, integrierte Versorgung). Im Folgenden wird auf die Aspekte eingegangen, die den Ursprung auf der Angebotsseite haben. In diesem Bereich zeigen sich sowohl quantitative (zum Beispiel weniger Kapazitäten in der Grundversorgung) wie auch qualitative (zum Beispiel neue Versorgungsmodelle, Telemedizin) Veränderungen.

2.3.1 Ärztliche Versorgung

Im Bereich der ärztlichen Versorgung muss zwischen Grundversorgung (Hausarztmedizin, Allgemeinmedizin) und Spezialversorgung unterschieden werden. Diese Bereiche unterscheiden sich hinsichtlich Folgende Aspekte beeinflussen die Struktur des Versorgungsangebots:

- Standort
- Feminisierung und Zunahme an Teilzeittätigkeit
- Attraktivität und Modelle der Leistungserbringung
- Aus- und Weiterbildung
- Entwicklung der ärztlichen Grund- und Spezialversorgung

[19] PrimaryCare (2013)

2.3.1.1 Standort

Das schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) unterscheidet zwei Arten von Grundversorgung die sich – aufgrund des Standortes – strukturell unterscheiden. Die **„urbane Medizin“** zeichnet sich durch einen höheren Feminisierungsgrad und einem tieferen Aktivitätsgrad[20] aus und wird durch diverse Spezialärztinnen und Spezialärzte ergänzt. Die **„periphere Medizin“** besteht hauptsächlich aus Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern die ein breites Tätigkeitsspektrum abdecken und einen hohen Aktivitätsgrad aufweisen.[21] Die Kapazität, auf Veränderungen (erhöhte Bedürfnislage, Abnahme des lokalen Angebots) zu reagieren ist begrenzt. Man spricht hier auch von einem unelastischen Angebot.[22] Das heisst, es kann sich innerhalb kurzer Zeit ein Mangel entwickeln, wenn beispielsweise eine Praxis infolge fehlender Nachfolge geschlossen werden muss und das Angebot nicht durch die Kapazitäten der anderen Ärztinnen und Ärzte sichergestellt werden kann, da diese bereits ein grosses Arbeitspensum bewältigen. Eine geringe **Elastizität des Angebots** weist jedoch nicht unbedingt auf einen Mangel hin[23].

2.3.1.2 Feminisierung und Zunahme an Teilzeittätigkeit

Seit 2004 liegt der Frauenanteil bei den Absolvierenden der Humanmedizin stets über 50 Prozent[24]. Im Jahr 2012 lag er bei gut 59 Prozent[25].
Beim Aspekt der Feminisierung wird davon ausgegangen, dass Frauen – unter anderem aufgrund einer Mutterschaft – eher dazu neigen, Teilzeitarbeit zu bevorzugen. Auch bei Ärztinnen und Ärzten ist ein Umbruch der Arbeitswelt festzustellen, gekennzeichnet durch die Angleichung der bisherigen männlich geprägten Berufskarrieren an bis anhin eher für Frauen typische Beschäftigungsformen und -bedingungen. Mit der Abkehr von einer lebenslangen Vollzeiterwerbstätigkeit müssen Lebens- und Arbeitsformen geschaffen werden, die die berufliche Erwerbstätigkeit mit anderen Engagements (Familiengründung, freiwillige Arbeit) vereinbar macht. Entsprechend braucht es mehr ausgebildete Personen, um den Bedarf zu decken. Für die Einschätzung der Versorgung ist es wichtig, dass nicht mehr die Anzahl Ärztinnen und Ärzte ausschlaggebend ist, sondern die Anzahl **Vollzeitäquivalente** (VZÄ). Darunter versteht man die tatsächlich zur Verfügung stehenden Kapazitäten. Die Zunahme an Teilzeitarbeitstätigkeit, auch bei den Männern, führt zu einem grösseren Bedarf, was den Nachfolgemangel zusätzlich verschärft.

2.3.1.3 Attraktivität und Modelle der Leistungserbringung

Die Attraktivität der Grundversorgung leidet, nebst der hohen Arbeitsbelastung, insbesondere auch wegen einer ungleichen Abgeltung. Mit der Einführung von *Tarmed* hat sich die Situation der Grundversorgerinnen und Grundversorger verschlechtert. Zudem ist der *Tarmed* auf die Kostenstruktur der Einzelpraxis ausgerichtet, wird neuen Zusammenarbeitsformen nicht gerecht und fördert weder die integrierte Versorgung noch die Qualität. Gemäss Masterplan will der Bundesrat überprüfen, wie die Rahmenbedingungen der Tarifgestaltung optimiert werden können.
Die Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt in einer Einzelpraxis mit ungeregelten Arbeitszeiten, einer hohen Präsenz und einer hohen Arbeitsbelastung entsprechen nicht mehr den Anforderungen an einen attraktiven Beruf. **Gemeinschaftspraxen** mit geregelten (Teilzeit-) Arbeitszeiten, fixem Lohn und Austausch im Team scheinen den Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte besser zu entsprechen. Zudem entfallen für die Ärzte in einer solchen Konstellation teure infrastrukturelle Anschaffungskosten und im Anstellungsverhältnis auch grosse administrative Aufwände.

[20] Arbeitspensum, angegeben in sogenannten Vollzeitäquivalenzen (VZÄ)
[21] Jaccard Ruedin et al (2007): 25
[22] Jaccard Ruedin et al (2007): 24
[23] EDI (2011): 11
[24] Kraft und Hersperger (2009): 1494
[25] FMH (oJ)

Gemäss Masterplan des Bundesrates wird eine Verschiebung der stationären Leistungen in den ambulanten Bereich erwartet. Eine grosse Herausforderung wird darin gesehen, neue und grössere ambulante Versorgungsstrukturen zu schaffen, die eine integrierte Versorgung ermöglichen.

2.3.1.4 Aus- und Weiterbildung

Gemäss Masterplan wurden die Studienplatzkapazitäten in der Humanmedizin bereits erhöht (auf ca. 850 Plätze jährlich), so dass in der Schweiz grundsätzlich genügend Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden können, um die heutige Ärztedichte zu stabilisieren. Der Mehrbedarf, beispielsweise aufgrund altersbedingter Berufsaufgaben, des abnehmenden Beschäftigungsgrades, Auswanderungen und fehlender Berufstätigkeit nach dem Studium, macht jedoch 1200 – 1300 Abschlüsse jährlich notwendig. Das Interesse an der Humanmedizin sei weiterhin gross, was einer besseren Ausgangslage als in anderen Gesundheitsberufen entspricht. Um das Verhältnis der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zu Gunsten der Hausärzteschaft zu verschieben, wurden in der universitären Ausbildung Institute für Hausarztmedizin aufgebaut. Durch diese Institute koordiniert werden vielerorts **Weiterbildungscurricula** mit dem Abschluss **„Allgemeine Innere Medizin“** angeboten, die aktuell auf reges Interesse stossen. Leider ist die Anzahl Ausbildungsplätze noch begrenzt. Bestandteil der Weiterbildung ist die sogenannte ***Praxisassistenz***. Ärztinnen und Ärzte verbringen im Rahmen ihrer Weiterbildung 6 - 12 Monate in einer hausärztlichen Praxis und erhalten so einen vertieften Einblick in die ärztliche Grundversorgung. Es wird gehofft, dass dadurch mehr Ärztinnen und Ärzte in diesem Fachgebiet tätig sein wollen. Die Finanzierung der Praxisassistenzstellen ist schweizweit noch nicht gesichert. Die Ausbildung im Bereich Hausarztmedizin ist mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass die versorgungspolitische Bedeutung der Hausärztinnen und Hausärzte zu wenig anerkannt ist, was sich unter anderem auch in der schwierigen Beschaffung von Forschungsgeldern zeigt.

2.3.1.5 Entwicklung ärztliche Grundversorgung und Spezialversorgung

Gemäss Masterplan besteht aktuell kein grundsätzlicher Mangel an Ärztinnen und Ärzten. Für den Bereich der Grundversorgung wird im Masterplan, aufgrund der Demographie (Überalterung der heute tätigen Grundversorgerinnen und Grundversorger), der Feminisierung und des mangelnden Nachwuchses frisch ausgebildeter Hausärztinnen und Hausärzte, ein Ärztemangel in der Grundversorgung prognostiziert. Die schwierige Nachfolgeregelung bei Hausarztpraxen weist auf ein Verteilungsproblem hin.

Der **Mangel in der ärztlichen Grundversorgung** resultiert einerseits aus der zu geringen Zahl an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und andererseits in deren Präferenz, sich zu spezialisieren. Das Gesundheitsobservatorium der Schweiz (Obsan) berichtet von einem Nachfrageüberhang von 20-40% – je nach Szenario – in der Allgemeinmedizin bis zum Jahr 2030. Es könnten also in der Grundversorgung bis 14 Millionen nachgefragte Behandlungen nicht erbracht werden[26]. Dieses Defizit soll einerseits mit den oben beschriebenen Fördermassnahmen für die Hausarztmedizin vermindert werden. Andererseits sollen nachgefragte Leistungen adäquater auf verschiedene Berufsgruppen, im Sinne einer integrierten Versorgung, verteilt werden.

Aktuell wird der Bedarf durch die **Rekrutierung aus dem Ausland** gedeckt. Dies ist aus zwei Gründen problematisch: Erstens ergibt sich daraus eine Abhängigkeit vom Ausland[27] und zweitens ist es ethisch fragwürdig, die Kosten einer teuren Ausbildung auf das Ausland abzuschieben und dort einen *brain drain* zu verursachen. Der WHO-Verhaltenskodex[28] fordert entsprechend auf, den eigenen Bedarf möglichst selbst zu decken. Die Schweiz hat sich zum Ziel gesetzt, die Ausbildungskapazität zu erhöhen. Dies wird gegenwärtig umgesetzt. Damit ist jedoch

[26] Seematter-Bagnoud et al (2008): 17f
[27] Im Rahmen der Abstimmung zur Einwanderungsinitiative erhält dieser Aspekt eine spürbare Bedeutung.
[28] WHO (2010)

noch nicht sicher gestellt, dass die ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auch für die Grundversorgung zur Verfügung stehen, da es für sie, wie bereits erwähnt, attraktiver zu sein scheint, den Weg zu einer Spezialisierung einzuschlagen. Der Anteil an Spezialistinnen und Spezialisten steigt entsprechend stärker als jener der Grundversorgerinnen und Grundversorger.
In gewissen Regionen finden sich Hinweise für eine **Überversorgung an Spezialmedizin**. Die am 21.3. 2013 von Nationalrat Ignazio Cassis eingereichte Motion „Less is more. Wie steht es in der Schweiz mit dem Überkonsum von medizinischen Leistungen?" fordert den Bundesrat auf, ein Nationalfondsprojekt zum „Überkonsum von medizinischen Leistungen und Untersuchungen" zu lancieren. Sowohl der Bundesrat, wie auch der Nationalrat haben die Motion angenommen, begrüssen eine verstärkte **Versorgungsforschung** und erachten Initiativen wie zum Beispiel „choosing wisely" als realisierbar. Mit der Initiative „choosing wisely" – einer Stiftung[29] des American Board of Internal Medicine (ABIM) – werden inzwischen 135 Untersuchungen und Behandlungen in Frage gestellt, „die häufig, aber unnötig sind – und schaden können"[30]. Angesprochen wird hier die Thematik einer Überversorgung, bei welcher zu viel gemacht wird und damit auch Schaden angerichtet werden kann. Mit konkreten Tipps werden Patienten und Ärztinnen dafür sensibilisiert, dass weniger oft mehr ist. Eine von Domenighetti gemachte Untersuchung zeigt auf, dass „gewisse Eingriffe bei Ehefrauen von Ärzten nur halb so häufig vorgenommen [werden] wie beim Durchschnitt"[31]. Dies ist möglicherweise ein Hinweis dafür, dass die entsprechenden Eingriffe von den Ärztinnen und Ärzten selber als nicht genügend nutzbringend eingestuft werden und entsprechend ohne weiteres unterlassen werden können. Die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM) setzt mit der Kampagne „Smarter Medicine" eine Nutzenbewertung um und veröffentlichte im Mai 2014 erstmals fünf Interventionen, die in der ambulanten medizinischen Versorgung vermieden werden sollten.[32]
Die Schweizerische Akademie für medizinische Wissenschaften (SAMW) hat eine Arbeitsgruppe einberufen, die bis Frühjahr 2014 eine Charta für die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachleute ausarbeiten wird[33].

2.3.2 Pflegerische und betreuende Versorgung

Die Pflege von Menschen findet auf unterschiedlichen Ebenen statt. Sie reicht von der Laienpflege durch Angehörige oder Freiwillige bis hin zur hochspezialisierten professionellen Pflege. Besonders wenn Menschen von chronischen Krankheiten betroffen sind oder aufgrund ihres Alters auf Unterstützung angewiesen sind, ist nicht immer Pflege im klassischen Sinn notwendig, sondern Betreuung und Unterstützung in funktionaler Hinsicht bei der Verrichtung alltäglicher Handlungen. Diese Bereiche können sich überschneiden. Eine Versorgung aus einer Hand kann grundsätzlich als sinnvoll erachtet werden. Ein solches Arrangement entspricht jedoch vordergründig oft nicht dem Anspruch der Kosteneffizienz. Im Einzelfall sind verschiedene Aspekte abzuwägen.

2.3.2.1 Professionelle Pflege

Gemäss dem International Council of Nurses (ICN) umfasst die professionelle Pflege „die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schliesst die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie Management des Gesundheitswe-

[29] http://www.abimfoundation.org/ [12.06.2014]
[30] Frei (2013)
[31] Gafafer (2012)
[32] Selby et al (2014)
[33] SAMW (2013): 7

sens und in der Bildung“[34]. Im ambulanten Bereich sind Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner eine wichtige Ressource in der medizinischen Grundversorgung. In Anbetracht der bereits erwähnten Veränderungen von der Akutbehandlung hin zu chronischen Erkrankungen und der demographischen Entwicklung wird der Bedarf an professioneller Pflege steigen. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) beschreibt in einem breit abgestützten Positionspapier Lösungsansätze für die anstehenden Veränderungen. Insbesondere „müssen neue Kompetenzen und neue Rollen für Pflegefachleute definiert und entwickelt werden“[35]. Als Schlüsselkompetenz im Umgang mit chronisch kranken Menschen wird die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit einer starken Fokussierung auf das Selbstmanagement der Patientinnen und Patienten bezeichnet. In der Pflege steht die Krankheitsbewältigung im Mittelpunkt. Sie ergänzt damit den traditionellen medizinischen Fokus von Diagnose und Therapie[36].

Die Ausbildung in der Schweiz hat in den letzten Jahren verschiedene Reformen erfahren. Aktuell bestehen Ausbildungen auf Sekundarstufe II zur Fachfrau und zum Fachmann Gesundheit (FaGe, seit 2002), zur Fachperson Betreuung (seit 2005), zur Assistenz in Gesundheit und Soziales (seit 2012) sowie zur Pflegehelferin und Pflegehelfer SRK. Auf der Tertiärstufe (Höhere Fachschule HF, Fachhochschule FH, Universität) wird zur Pflegefachperson, respektive zum BA und MA of Science in Nursing ausgebildet. Zudem bestehen verschiedene berufsspezifische Weiterbildungen.

Wie das Obsan Bulletin zu den Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen[37] festhält, sind die Abschlüsse auf der Sekundarstufe II in den letzten Jahren gestiegen, während die Ausbildungsabschlüsse auf der Tertiärstufe noch unzureichend sind. Im Jahr 2011 haben 2046 Pflegefachpersonen ihre Ausbildung abgeschlossen. Ein Drittel davon an der Fachhochschule. Im Vergleich dazu haben auf Sekundarstufe II 4097 Personen ihre Ausbildung abgeschlossen. Im Rahmen des Masterplans Bildung Pflege werden die aktuellen Fragestellungen, von Bund, Kantonen und Organisationen aus der Arbeitswelt, angegangen und notwendige Massnahmen koordiniert umgesetzt. Gemäss Bericht „Bildung Pflegeberufe“ des Eidgenössischen Volkswirtschaftsdepartement (EVD)[38] fehlen jährlich 5000 Gesundheitsfachleute, es besteht bereits heute ein **Personalmangel im Pflegebereich**, der sich zukünftig verschärfen wird. Die Ausprägung des Mangels in den Bereichen ambulant und stationär ist nicht bekannt. Die Rekrutierung aus dem Ausland wird jedoch auch im Bereich der Pflege als ethisch unhaltbar betrachtet. Hauptgründe für den Personalmangel sind einerseits eine zu geringe Ausbildungstätigkeit und eine tiefe **Berufsverweildauer**. Gemäss SBK liegt diese in der Pflege bei durchschnittlich 15 Jahren[39]. Diese Zahlen betreffen vorwiegend den stationären Bereich. Die NEXT (nurses‘ early exit)-Studie zeigt auf, dass Pflegefachpersonen mit zunehmender Berufserfahrung selbstständig arbeiten möchten. Entsprechende Weiterbildungen könnten die Berufsverweildauer erhöhen und insbesondere im ambulanten Bereich mehr Ressourcen generieren.[40]

Pflegefachpersonen sind in ihrem Berufsalltag – wie auch die Ärztinnen und Ärzte – mit vielfältigen menschlichen Schicksalen konfrontiert. Insbesondere im Bereich der palliative Care sind andere Dinge als medizinische Behandlung gefragt. Das Zwischenmenschliche erhält am Ende des Lebens eine immense Bedeutung. Diese Belastung darf nicht unterschätzt werden. Mit dem Konzept spiritual care wird darauf eingegangen. Nicht nur für den Umgang mit Patientinnen und Patienten, sondern auch für die eigene Psychohygiene der Pflegefachleute ist es hilf-

[34] SBK (2011): 6
[35] SBK (2011): 4
[36] Künzi und Detzel (2007): IV
[37] Obsan (2013)
[38] EVD (2010)
[39] SBK (2011): 29
[40] Hasselhorn H.M. et al (2005)

reich, sich mit den spirituellen Erfahrungen im Pflegealltag auseinanderzusetzen. Auch die Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen berührt diesen Aspekt.[41]

2.3.2.2 Pflegende Angehörige

Dass Angehörige einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten, indem sie ihre Angehörigen zu Hause selbst pflegen, ist vermutlich eine immer wieder unterschätzte Tatsache. Einen guten Überblick zur Struktur der pflegenden Angehörigen, der Problematiken und möglichen Entwicklungen gibt die Studie „SwissAgeCare“ aus dem Jahr 2010. Zahlen über erbrachte Leistungen werden dort jedoch nicht genannt[42]. Gemäss „SwissAgeCare 2010“ leisten die – meist weiblichen – Angehörigen bis über 50h pro Woche an allgemeiner Pflege und Betreuung. Je nach Situation und Erkrankung der pflegebedürftigen Person kann dies auch zu schwerwiegenden Belastungen führen, die die Gesundheit der pflegenden Angehörigen in Mitleidenschaft ziehen. Von pflegenden Angehörigen wird auch von „hidden patients“ (versteckte Patienten) gesprochen, da sie nicht selten selbst erkranken.
Der Beobachter geht in der Ausgabe 23/12 von 250‘000 pflegenden Angehörigen in der Schweiz aus. 80% der Pflegebedürftigen würden zu Hause betreut. Die Angehörigen sind dabei mehr oder weniger stark in die Pflege involviert. Verschiedene Organisationen stehen inzwischen den Angehörigen unterstützend zur Seite. Oft ist es jedoch mit Scham behaftet, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Aufgrund soziodemographischer Veränderungen wie zunehmende Arbeitstätigkeit von Frauen, geographische Mobilität, kleine Familien und steigende Scheidungsraten auch im Alter, ist mit einer Abnahme von pflegenden Angehörigen zu rechnen. [43]
Gemäss einer Studie von Deloitte betrugen 2010 in den USA die monetarisierte Behandlungen durch pflegende Angehörige das Dreifache der Kosten, die für Pflegeheime oder ambulante Heimpflege aufgebracht wurden[44]. Der Beobachter schätzt in der Ausgabe 2/11, dass jährlich 34 Mio. Stunden an Betreuung und Pflege von Angehörigen erbracht werden. Wenn diese Leistungen durch Fachpersonen erbracht würden, entspräche dies einer jährlichen Brutto-Lohnsumme von Fr. 1,2 Mia.
Careum setzt sich seit 2006 mit einem Forschungs- und Praxisprogramm für die Vereinbarung von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege ein[45]. Ab 2013 soll im Rahmen des Forschungsprojekts „Family care plus“ untersucht werden, unter welchen Bedingungen Angehörige von der Spitex angestellt werden können und welche Bildungsangebote für pflegende Angehörige sinnvoll sein könnten[46].
Der Entlastungsdienst (ELD) des Schweizerischen Roten Kreuzes verzeichnet seit Jahren ein stetiges Wachstum, was den Bedarf deutlich macht. Es muss also davon ausgegangen werden, dass immer mehr Personen die Pflege ihrer hilfsbedürftigen Angehörigen an Professionelle delegieren, was sich auch in der Inanspruchnahme des Versorgungssystems spiegeln wird. Es besteht, angesichts des Pflegenotstands und des grossen Ausmasses der aktuell geleisteten Versorgung durch Angehörige, Handlungsbedarf hinsichtlich der Erhaltung und Wertschätzung dieser Ressource.

2.3.2.3 Care Migration

Um den grösser werdenden Bedarf an Pflegeleistungen zu decken und insbesondere hohe Pflegeheimkosten zu vermeiden, werden vermehrt Fachkräfte aus dem Ausland rekrutiert. Dies wird unter dem Begriff *care migration* zusammengefasst. Im Obsan Bericht 57 wird der „Stand des Wissens zu transnationalen Arrangements in der häuslichen Grundversorgung“ aufgezeigt. Es wurden 11 transnationale *Care-Arrangements* untersucht, bei welchen alle *Care-Migrantinnen*

[41] vgl. von Dach (2013)
[42] Spitex (2010)
[43] Benz et al (2011 & 2012)
[44] GPI Nr. 1/2013 34
[45] www.workandcare.ch [12.06.2014]
[46] www.careum.ch/familycareplus [12.06.2014]

weiblich waren und aus Polen, der Slowakei, Deutschland und dem Kosovo stammen. Durch Interviews wurden die Beweggründe der Angehörigen eruiert, eine *Care-Migrantin* einzustellen. Hauptgründe waren der Wunsch der betreuten Person zu Hause zu bleiben, die Sicherheit, die persönliche Betreuung sowie die Finanzierbarkeit und das limitierte bestehende Angebot. Insbesondere wird darauf hingewiesen, dass die Arbeitskräfte aus dem Ausland zum Teil unter prekären Arbeits- und Lebensbedingungen tätig sind. So sind die *Care-Migrantinnen* beispielsweise meist zu einem verhältnismässig tiefen Lohn angestellt, müssen permanent verfügbar sein und sind rechtlich nicht abgesichert. Es wird empfohlen ein neues Nationales Forschungsprogramm zu lancieren und Kriterien für eine gute häusliche Versorgungspraxis zu erarbeiten. Auf Seite der Behörden soll dafür gesorgt werden, dass die Arbeitsbedingungen kontrolliert werden.[47]

2.3.3 Neue Versorgungsmodelle

2.3.3.1 Definition

„Unter neuen Versorgungsmodellen werden ganz allgemein neue Formen der Zusammenarbeit und Leistungserbringung in der ambulanten medizinischen Grundversorgung verstanden, die eine höhere Qualität bieten und gleichzeitig effizienter sind“[48]. Die Anforderungen an neue Versorgungsmodelle wurden an einer Pressekonferenz vorgestellt:

- Qualität und Patientennutzen,
- Optimierung der Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen,
- Optimierung der Arbeitsbedingungen,
- Bereitschaft der Versorgungsorganisation zur Aus- und Weiterbildung sowie zur Evaluation.[49]

Die dazu notwenigen Rahmenbedingungen umfassen:

- Verbesserung des Risikoausgleichs,
- Finanzierungsmodelle, die sich am Massstab von Qualität, Effizienz und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientieren und auf eine integrierte Versorgung ausgerichtet sind,
- Aus- und Weiterbildungen, mit welchen heute Professionelle ausgebildet werden, die den künftigen Anforderungen gewachsen sind und die den künftigen Bedürfnissen entsprechen,
- Auf- und Ausbau der Versorgungsforschung, Bereitstellung eines Wissenstransfers.[50]

Auch wenn das Volk im Juni 2012 gegen die Managed Care Vorlage gestimmt hat, wird strategisch daran festgehalten, sogenannt **integrierte Versorgungsmodelle** zu fördern. Gemäss KVG Art 41c wird integrierte Versorgung als Zusammenschluss einer Gruppe von Leistungserbringerinnen und -erbringer, Zwecks Koordination der medizinischen Versorgung, definiert. Damit wird der Behandlungsprozess über die ganze Behandlungskette hinweg gesteuert.

2.3.3.2 Konkrete Beispiele neuer Versorgungsmodelle

Im Bericht der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) über neue Versorgungsmodelle und in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) werden verschiedene Projekte vorgestellt, die den soeben dargestellten Ansprüchen entsprechen. Im Folgenden werden einzelne interessante Projekte vorgestellt:

Gesundheitsnetz 2025 Zürich[51]: Vereinsmässiger Zusammenschluss von verschiedenen Organisationen im Raum Zürich mit dem Ziel, die integrierte Versorgung zu stärken, die Leistungser-

[47] Van Holten et al (2013)
[48] GDK (2012)
[49] GDK & BAG (20012): 22ff
[50] GDK & BAG (20012): 26ff

bringerinnen besser zu vernetzen sowie Angebotsformen zu fördern, die Versorgungsqualität und Kostenbewusstsein vereinen. Verschiedene Projekte, innerhalb des Gesundheitsnetzes 2025 Zürich sind zum Beispiel Leila (Leben mit Langzeiterkrankungen), Kompass, Salute, SiL (sozialmedizinische individuelle Lösungen). Der Verein versteht sich als wachsende, lernende und sich verändernde Struktur.

Projekt MediX Futuro[52]: Im September 2009 einigten sich sieben Ärzteorganisationen und fünf Versicherer auf eine Pauschalvergütung für ärztliche und nichtärztliche Betreuungsleistungen. Dieser Entscheid kann als Basis betrachtet werden, die Einbindung der *medizinischen Praxisassistenzen* (MPA) zu verstärken. So wird in diesem Projekt der MPA eine zentrale Rolle zugeschrieben. Sie soll die Hausärztin und den Hausarzt entlasten indem sie verschiedene beratende, schulende und begleitende Aufgaben übernimmt. Dafür ausgebildet wird sie ab dem Frühjahr 2012 in zwei Basismodulen, welche zukünftig durch krankheitsspezifische Module ergänzt werden sollen. Die Betreuungspauschalen wurden für den Zeitraum 2013 bis 2015 zugesprochen und sollten nach der Klärung letzter Rahmenbedingungen in Kraft gesetzt werden. Der Fokus liegt auf multimorbiden und chronisch kranken Menschen sowie der „Generation online", die das Bedürfnis nach einer umfassenden, Tageszeit- und Ortsunabhängigen individuellen Beratung hat.

EVIVO[53]: Das von Careum erarbeitete, patientenorientierte Modell zielt auf die Förderung von Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen ab. Patientinnen und Patienten werden in ihren Selbstbestimmungsbedürfnissen ernstgenommen und durch Gruppenkurse gezielt gefördert. Solche Gruppenkurse können durch verschiedene Akteure des Gesundheitswesens angeboten werden. Die dazu notwendigen Schulungen werden durch Careum kostenlos durchgeführt.

EviPrev[54]: Aktuell wird das Programm EviPrev (evidenzbasierte individuelle Präventionsmassnahmen) in 20 St. Galler Hausarztpraxen erprobt. Ziel ist die Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis. 2011 wurden diese Bestrebungen mit dem Swiss Quality Award ausgezeichnet.

Mobile Ärzte[55]: Seit 2009 betreiben die mobilen Ärzte in den Kantonen Basel Stadt und Baselland einen mobilen medizinischen 24h Notfall- und Hausbesuchsdienst mit mehreren Fahrzeugen, die komplett wie eine Notfallstation oder Arztpraxis ausgerüstet sind und dadurch eine umfassende Diagnostik bereits vor Ort ermöglichen. Ziel ist es, den negativen Wirkungen von Ärztemangel, Spitalschliessungen und Überlastung von Notfallstationen entgegen zu wirken. Die gesamten Leistungen werden im Rahmen der Grundversorgung vergütet. Seit dem 6. Februar 2013 besitzen die mobilen Ärzte auch eine Betriebsbewilligung im Kanton Schwyz.

Senior Doc Pool[56]: Die Ärzteorganisation Argomed entwickelte die Idee, dass sich pensionierte Hausärzte zusammenschliessen und gemeinsam Altersheime, Altersresidenzen oder Pflegeheime betreuen könnten.

AGnES[57]: Schwester Agnes versorgte als Gemeindeschwester ihre Patientinnen und Patienten auf dem Land. Sie war eine Kultfigur des DDR-Fernsehen und hatte die damals typischen Gemeindeschwestern in entlegenen Gebieten als Vorbild.
Heute wird unter dem Synonym AGnES die **A**rztentlastende, **G**emeinde**n**ahe, **E**-Healthgestützte, **S**ystemische Intervention verstanden, in der Pflegefachkräfte, durch Hausbesuche, Hausärztinnen und Hausärzte entlasten. Das durch die Universität Greifswald begleitete Modell-Projekt

[51] www.gn2025.ch [12.06.2014]
[52] vgl. Zanoni et al (2009)
[53] www.evivo.ch [12.06.2014]
[54] http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frameset=120 [12.06.2014]
[55] www.mobile-aerzte.ch [12.06.2014]
[56] Zulauf (2013)
[57] BMVBS (oJ)

wurde evaluiert. Die Bilanz ist positiv, es konnte eine merkliche Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte sowie eine hohe Akzeptanz bei den Patientinnen und Patienten festgestellt werden. Seit 2009 bestehen gesetzliche Grundlagen, die den Einsatz von Gemeindeschwestern in ganz Deutschland ermöglichen.

2.3.3.3 Weitere Ansätze und Überlegungen

Chronic Care: Chronic Care bezieht sich auf die Versorgung chronisch kranker Menschen. Wie bereits erwähnt, macht die Versorgung chronisch kranker Menschen Strukturen notwendig, die sich insbesondere durch eine bessere Vernetzung und einen verstärkten Einbezug verschiedener Gesundheitsfachpersonen auszeichnet. Das *Chronic Care Model* (CCM) ist ein patientenzentrierter Ansatz der zum Ziel hat, die ambulante medizinische Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern. Es wird international seit zehn Jahren umgesetzt und umfasst folgende Aspekte:

- Gesundheitssystem
- Selbst-Managementkompetenz der Patientinnen und Patienten
- Evidenzbasierte Informationen zur Unterstützung klinischer Entscheidungen
- Strukturierte Arbeitsabläufe
- Klinische Informationssysteme
- Gemeinwesen

Aus der Literatur lassen sich folgende Hauptaussagen treffen: Erstens können Prozessparameter und klinische Endpunkte verbessert werden. Zweitens lässt sich, insbesondere bei Interventionen, die das Selbstmanagement fördern, eine Kostenreduktion nachweisen. Der Forschungsstand in der Schweiz ist noch ungenügend und müsste ausgebaut werden.[58]
Nebst Pflegefachpersonen (die ihrerseits von einem Mangel betroffen sind) und weiteren Medizinalberufen können auch *medizinische Praxisassistenzen* (MPA) verstärkt in die Versorgung chronisch kranker Menschen einbezogen werden. Es bestehen bereits Weiterbildungsangebote, die die MPAs für die Betreuung zum Beispiel von Diabetikern, an Demenz oder an Rheuma erkrankten Menschen oder für die Wundbehandlung ausbilden[59]. Die Zusammenarbeit mit der *medizinischen Praxisassistenz* hat sich in der Hausarztpraxis bereits bewährt und wird auf Seite der Ärzteschaft sehr geschätzt.

Die Rolle von Apotheken und Drogerien: Wie Careum berichtet, wenden sich 30% der Personen bei gesundheitlichen Problemen zuerst an eine Apotheke[60]. Auch die Apotheken verweisen immer wieder auf ihre Kapazitäten und ihre Bereitschaft, gewisse Dienstleistungen zu übernehmen, welche die Hausärztinnen und Hausärzte entlasten könnten. In der Ausgabe 5 vom Februar 2013 des PharmaJournals wird die Apotheke als Gesundheitszentrum des 21. Jahrhunderts thematisiert. Hierbei soll eine Ausrichtung auf die Gesundheit stattfinden und das Angebot mit Dienstleistungen im Bereich der Gesundheitsförderung erweitert werden. Dies mache Anpassungen in der Infrastruktur, der Kompetenzen der Mitarbeitenden und der Kommunikation notwendig, was eine lohnende Investition sei.[61] Eine ähnliche Rolle wie jene der Apotheken, ist auch für die Drogerien denkbar.

Ärztenetzwerke: Netzwerke können sowohl informell als auch formell gestaltet sein. Eine von der Dachorganisation der Schweizer Ärztenetzwerke (medswiss.net) beauftragte Arbeitsgruppe hat folgende Definition für formelle Netzwerke erarbeitet: „Ärztenetzwerke, bzw. Versorgungsnetze sind Organisationen, die von Leistungserbringern gebildet werden und der Gesundheitsversorgung dienen. Durch verbindliches Zusammenwirken unter sich, mit netzfremden Leis-

[58] Steurer-Stey (oJ)
[59] Huber (2012): 447
[60] Sottas und Brügger (2012): 53
[61] Merkel (2013): 20

tungserbringern und mit den Kostenträgern erbringen sie auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Gesundheitsleistungen. Dieses Zusammenwirken beruht auf vereinbarten Behandlungsprozessen, unternehmerischen Organisationsstrukturen und einer gemeinsamen Betreuungskultur. Sie setzen sich bei hoher Versorgungsqualität einen haushälterischen Umgang mit den vorhandenen Mitteln zum Ziel. Ein weiteres Merkmal der Versorgungsnetze ist der Wille, die Gesundheitsleistungen aus einer Hand zu steuern."[62] Als Netzwerk wird also ein Zusammenschluss verstanden, der aus verschiedenen Praxen und Krankenversichern bestehen kann, in dessen Zentrum die Qualität steht und ökonomische Überlegungen einbezogen werden. Es gibt Ärztenetzwerke, in denen die Ärztinnen und Ärzte Budgetmitverantwortung übernehmen. Die Versicherten verpflichten sich, Dienstleistungen in erster Linie im Netzwerk zu beziehen und erhalten dafür tiefere Prämien.

Zeitvorsorgesystem: Angesichts der demographischen Entwicklung der Bevölkerung wurde das Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien (BASS) im Jahr 2007 beauftragt, eine Vorstudie für eine Zeittauschbörse zu erstellen. Die Idee ist, dass „ältere Menschen freiwillig Betreuung, Begleitung und/oder Pflege im Altersbereich gegen die Abgabe von Zeitgutschriften leisten würden, welche sie in einem späteren Zeitpunkt gegen ähnliche Leistungen eintauschen könnten (Zeitgutschriftensystem)"[63]. Die Ziele umfassen die Deckung des erhöhten Bedarfs an Leistungen, die Eindämmung der Kostensteigerung und die gesellschaftliche Wertschätzung und Nutzung der zeitlichen Ressourcen älterer Menschen. Auf diese Vorstudie aufbauend wurde für die Stadt St. Gallen eine Machbarkeitsstudie erarbeitet. Es wird darin festgehalten, dass das Modell komplex und die Umsetzung sensibel ist und mit allen Akteuren abgestimmt werden muss, um die erwünschte Wirkung zu erzielen. Die notwendigen Investitionen werden als vielversprechend und lohnenswert erachtet.[64] Im Dezember 2012 wurde die **Stiftung Zeitvorsorge** gegründet und ab August 2013 ist die Leitung der Geschäftsstelle besetzt. Voraussichtlich können sich ab 2014 die ersten Rentnerinnen und Rentner anmelden.[65]

Der **Verein KISS** (**k**eep **i**t **s**mart & **s**imple) unterstützt mit fachlicher Unterstützung Genossenschaften darin, vor Ort Freiwilligengruppen zu organisieren und schafft so die Grundlagen für lokale und regionale Nachbarschaftshilfe. Davon ausgehend, dass sich das **dritte Lebensalter** (nach der Pensionierung mit guter Gesundheit) verlängert, sich Menschen gerne weiterhin in der Gesellschaft einbringen möchten und sich das Verhältnis der erwerbstätigen Bevölkerung zur nicht-erwerbstätigen Bevölkerung verändert, ist eine solche Initiative als sehr sinnvoll zu betrachten. Es wird nebst den monetären Säulen (AHV, Pensionskasse, freiwillige dritte Säule) eine vierte, nicht monetäre Säule aufgebaut.[66] In der Gemeinde Sarnen (Kanton Obwalden) wird die im April 2013 gegründete Genossenschaft KISS Obwalden mit einer Anschubfinanzierung unterstützt, damit das Projekt „Nachbarschaftshilfe mit Zeitgutschriften" aufgebaut werden kann. Die Pilotphase dauert von 2013 – 2015 und soll durch eine Evaluation begleitet werden.[67] In der Stadt Luzern hat sich im Jahr 2013 eine Freiwilligengruppe gebildet. Es gibt viele Menschen, die ihre Hilfe gerne anbieten möchten. Noch fehlen genügend Menschen, die dieses Angebot in Anspruch nehmen möchten.

2.3.4 Telemedizin

Mit dem zunehmenden technologischen Fortschritt ergeben sich auch in der medizinischen Versorgung neue Möglichkeiten der Arbeitsorganisation. Im Rahmen der sogenannten Telemedizin kommen elektronische Kommunikationsmedien zum Einsatz, die eine medizinische Behandlung über Distanz ermöglichen. Gemäss einer Studie der Technikfolgenabschätzung-

[62] Stricker (2005)
[63] Künzi und Oesch (2008): III
[64] Jochum Müller (2011)
[65] Herzog (2013)
[66] Kiss (2013)
[67] Info Sarnen 4/13

Swiss[68] führt Telemedizin zu einer besseren Qualität und effizienteren Behandlung. Es können unnötige Arztbesuche vermindert werden. Dies führt einerseits zu einer Senkung der Kosten. Andererseits ist fraglich, ob durch den leichteren Zugang nicht übermässig viele Internet-Konsultationen in Anspruch genommen werden und es unter dem Strich zu einem Kostenanstieg kommt.
Unter dem Namen *netCare* werden zum Beispiel schweizweit in rund 200 Apotheken telemedizinische Leistungen angeboten und ermöglichen den Kunden eine ärztliche Beratung via Internet. Anhand eines standardisierten Fragebogens schätzt die Apothekerin oder der Apotheker den Zustand der Kundinnen und Kunden ein und triagiert die nächsten Behandlungsschritte. Diese Erstkonsultation kostet Fr. 15.-, für die zusätzliche, falls als notwendig erachtete, telemedizinische Abklärung werden Fr. 48.- erhoben. Damit können auch rezeptpflichtige Medikamente ohne den Gang zur Hausärztin oder zum Hausarzt bezogen werden.[69] Zudem übernehmen gewisse Krankenkassen, die mit dem Schweizerischen Zentrum für Telemedizin *Medgate* einen Vertrag haben, die entstandenen Kosten. Das Projekt wird auf Seiten der Ärzteschaft kritisch betrachtet. So sei auf der einen Seite für eine leichte Erkrankung keine Videokonsultation notwendig. Andererseits bedürfen komplexere Diagnosen einer persönlichen Konsultation, was zu zusätzlichen Konsultationen führt. Die oben errechneten Kosten von Fr. 63.- müssen zudem als teuer erachtet werden, vergleicht man sie mit den Kosten einer viertelstündigen Untersuchung bei der Hausärztin oder beim Hausarzt nach *Tarmed*, welche sich auf Fr. 36.40 belaufen würden.[70] Da zurzeit keine rechtlichen Grundlagen bestehen, stocke die Weiterentwicklung von *netCare*, so Dominique Jordan, Präsident von Pharmasuisse, anlässlich der Arbeitstagung vom 6. November 2012 in Bern.
Die Telemedizin umfasst im Weiteren auch die konstante und regelmässige Betreuung mittels Telemetrie, bei der Messresultate (z.B. Blutzucker, Blutdruck) direkt an die betreuende Instanz (Hausarzt, Spezialistin oder Klinik) gesendet werden und diesen zur Beurteilung zur Verfügung stehen. Damit kann die Therapie besser überwacht werden.
Sogenannte expertenbasierte Patientensupervision (EPS) können ebenfalls im Bereich der Telemedizin verortet werden. Hier werden Patientinnen und Patienten durch elektronische Hilfsmittel (Smartphone, Tablet, Computer) in verschiedenen Bereichen durch direktes Feedback in ihren problemrelevanten Verhaltensweisen unterstützt. Die Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) entwickelt in Zusammenarbeit mit der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft zurzeit eine Lösung im Bereich Ernährung. Ziel ist es, den Patientinnen und Patienten eine direkte Rückmeldung zu ihrem Ernährungsverhalten zwischen den Konsultationen bei der Ärztin oder dem Arzt zu geben. Dadurch sollen die Autonomie gestärkt, der Verlauf verbessert und die Abstände zwischen den Arztkonsultationen verlängert werden.[71]

2.3.5 Zusammenfassung: Veränderung des Angebotes

Ärztliche Versorgung

- Die Verteilung der Ärzteschaft hinsichtlich Spezialisierung, Alter und Region findet nicht in einem ausgewogenen Verhältnis statt
    - Im Bereich der Grundversorgung wird ein Mangel prognostiziert (vgl. Masterplan).
    - Es gibt Hinweise für Überversorgung in der Spezialmedizin
- Die finanzielle Entlohnung (*Tarmed*-Tarif) unterscheidet sich je nach Facharzttitel, was einen wesentlichen Einfluss auf die Entwicklung an Grundversorgung und Psychiatrieversorgung hat.

[68] TA-Swiss (oJ)
[69] Gemäss Art 24, Abs. 1a des Heilmittelgesetzes verfügen Apothekerinnen und Apotheker über die Bewilligung, im Ausnahmefall rezeptpflichtige Medikamente zu verkaufen.
[70] Politik & Patient 1/12, 2
[71] vgl. unveröffentlichte Informationen von Wolfgang Gessner, FHNW

- Die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland führt zu einer Abhängigkeit vom Ausland und ist ethisch nicht vertretbar.
- Zur Förderung der Grundversorgung muss die Finanzierung von Praxisassistenzstellen gewährleistet sein.
- Die Ansprüche junger Ärztinnen und Ärzte beinhalten Teilzeitarbeit, geregelte Arbeitszeiten, Austausch im Team, keine finanziellen Risiken, keine grossen Investitionen und administrativen Aufwände.
- Es findet eine Feminisierung der medizinischen Versorgung statt.
- Die Teilzeitarbeitstätigkeit nimmt zu.
- Immer mehr Ärztinnen und Ärzte schliessen sich in Gruppenpraxen zusammen oder sind Mitglied eines Netzwerkes (zum Teil mit Budgetverantwortung).

Pflegerische und betreuende Versorgung

- Es braucht mehr professionelle Pflegefachpersonen auf Tertiärstufe.
- Die Berufsverweildauer der Pflegefachleute liegt bei 15 Jahren und ist damit relativ kurz.
- Veränderte Familienstrukturen führen dazu, dass pflegebedürftige Menschen immer weniger durch Angehörige betreut und gepflegt werden. Zudem müssen pflegende Angehörige gestärkt und unterstützt werden.
- *care migration* ist ein neues Phänomen, über welches wenige Informationen bestehen.

Neue Versorgungsmodelle

- Eine integrierte Versorgung vernetzt verschiedene Gesundheitsfachleute und trägt so zu einer Optimierung der Versorgung bei.
- Es existiert eine Vielzahl an neuen Modellen, die den Ansprüchen an eine integrierte Versorgung entsprechen. Diese entstehen aufgrund von Initiativen aus der Praxis. Eine klare Gesamtstrategie fehlt.
- Zum Teil fehlen gesetzliche Grundlagen für die Förderung solcher Versorgungsstrukturen.
- Zur Versorgung chronisch erkrankter Menschen kann das *chronic care Modell* als best practise betrachtet werden.
- Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen und zur Förderung der Freiwilligenarbeit dienen Zeitvorsorgesysteme.

Telemedizin

- Im Bereich der elektronischen Kommunikationsmedien besteht ein grosses Potenzial, die Betreuung, die Abläufe und damit die Versorgung zu optimieren.

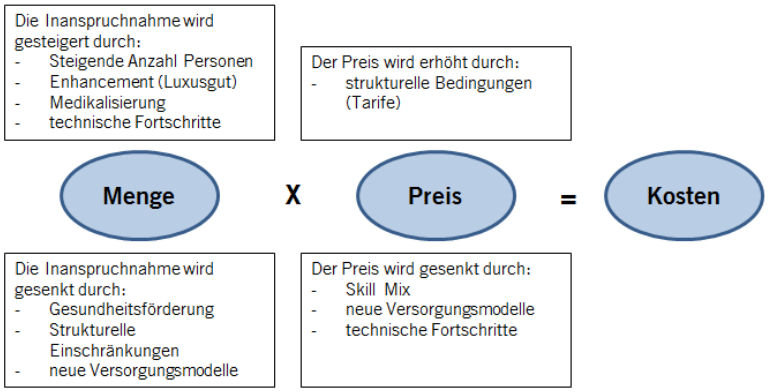
2.4 Entwicklung der Kosten

Eine politisch wichtige Frage ist die Entwicklung der Kosten. In der Schweiz sind die realen Pro-Kopf-Kosten der Gesundheitsausgaben zwischen 1996 und 2011 um 3,2 Prozent gestiegen, wobei sich das Kostenwachstum im Verlauf dieser 15 Jahren verlangsamt hat[72]. Konkret betrugen im Jahr 2011 die absoluten Pro-Kopf-Kosten schweizweit Fr. 3‘168[73]. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am (Bruttoinlandprodukt) BIP ist in den letzten Jahren laufend gestiegen. Im Jahr 1995 waren es 9,3 Prozent, im Jahr 2011 11,0 Prozent.[74]

Im Gesundheitswesen entspricht das Volumen der Inanspruchnahme multipliziert mit dem Preis den verursachten Kosten. Um eine Idee zu den Einflussfaktoren zu erhalten, werden diese in Abbildung 3 exemplarisch dargestellt. Diese Darstellung entspricht einer groben Vereinfachung und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

[72] BAG (2013): 16
[73] SASIS (oJ)
[74] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/internationaler_vergleich.html [23.04.2014]

Abbildung 3: Einflussfaktoren der Kostenentwicklung



Quelle: Eigene Darstellung

Die Einflussfaktoren sind vielfältig, was eine Prognose schwierig macht. Zu bedenken ist, dass die Kosten mit erbrachten Dienstleistungen einhergehen und entsprechend Arbeitsplätze geschaffen werden. Ausgaben im Gesundheitswesen sind mit dem volkswirtschaftlichen Nutzen (Wertschöpfung) zu relativieren. Gründe für die Entwicklung der Kosten werden kontrovers diskutiert. Im Folgenden werden einige Aspekte näher betrachtet.

2.4.1 Mengen und Preise der OKP-Leistungen – eine Studie der ZHAW

Santésuisse hat bei der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) eine Studie über die „Entwicklung der Mengen und Preise in den Kantonen 2004 – 2010“ [75] in Auftrag gegeben. Die Studie kommt zu folgenden Schlüssen:

- Die kantonalen Mengen- und Preisunterschiede sind struktureller Natur. Die Unterschiede zwischen den Kantonen bleiben über die Zeit gleich. In kostengünstigen Kantonen zeigen sich sowohl geringe Mengen wie auch unterdurchschnittliche Preise.
- Die Kostenzunahme ist in erster Linie durch eine **Mengenausweitung** bedingt. In den Bereichen spitalambulant und Spezialversorgung ist diese Zunahme besonders deutlich.
- Es findet keine Substitution von spitalambulanten und hausärztlichen Leistungen statt.

Damit wird, gemäss santésuisse, die These bestätigt, dass das Angebot die Menge der Leistungen bestimmt, die **Inanspruchnahme** also **angebotsinduziert** ist. Da diesbezüglich Regulative fehlen, werden die Anstrengungen der Krankenversicherer, die Tarife tief zu halten, als notwendig betrachtet, um die Kosten zu dämpfen.[76]

2.4.2 Demographische Entwicklung und Kosten

Gemäss den Resultaten des Nationalen Forschungsprogramms 32, welche auszugsweise im Altersleitbild 2006 des Kantons Schwyz vorgestellt wurden, fällt der Grossteil der Gesundheits- und Pflegekosten in der letzten Lebensphase des Menschen an[77]. Man spricht von sogenannten **Sterbekosten**. Im Rahmen der demographischen Entwicklung wird eine Ausweitung der Kosten erwartet, da in den nächsten Jahren mehr Menschen das Rentenalter erreichen. Eine Ausweitung dieser Sterbekosten ist jedoch umstritten. Diese verschieben sich demnach lediglich nach hinten, vergrössern sich aber nicht grundsätzlich. Gemäss der ***Kompressionsthese*** kann sogar davon ausgegangen werden, dass die Menschen, dank Gesundheitsförderung und Prävention, länger gesund bleiben und entsprechend auch im fortgeschrittenen Alter weniger Leistungen in Anspruch nehmen müssen[78]. Vor diesem Hintergrund relativiert sich das starke Wachstum der

[75] Schleiniger und Blöchlinger (2012)
[76] Santésuisse (2013)
[77] DI (2006): 14
[78] http://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_06430.html [23.04.2014]

Gruppe der Betagten, da rein aufgrund des längeren Lebens bei der einzelnen Person nicht gezwungenermassen mehr Pflegebedürftigkeit auftritt. Die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden und im Alter hohe Kosten zu verursachen, hängt mit dem allgemeinen Gesundheitszustand zusammen[79]. Dieser wiederum kann durch Gesundheitsförderung und Prävention massgeblich beeinflusst werden. Das Kostenwachstum im Gesundheitswesen kann entsprechend nur zum Teil auf die demographische Entwicklung zurückgeführt werden. Wichtige Aspekte sind auch der technische Fortschritt und die Medikalisierung[80].

2.4.3 Technischer Fortschritt und Medikalisierung

Durch technischen Fortschritt können einerseits Kosten eingespart werden, wenn beispielsweise Behandlungen auch ambulant und weniger invasiv angeboten werden können. Andererseits muss gerade der technologische Fortschritt als grosser Kostentreiber betrachtet werden, da durch neue Möglichkeiten ein entsprechendes Angebot entsteht, das in Anspruch genommen werden kann. Wenn neue Untersuchungsmöglichkeiten bestehen, wird mit der Zeit auch gefordert, diese auszuschöpfen. Es lässt sich feststellen, dass oft ergänzende und nicht ersetzende Untersuchungen, gemacht werden.
Unter **Medikalisierung** wird die Tatsache verstanden, dass bisher Alltägliches in den Fokus der Medizin gelangt und eine Verantwortungsverschiebung an Ärztinnen und Ärzte erfolgt. So werden beispielsweise Schüchternheit, Müdigkeit oder Stimmungsschwankungen neu als behandlungswürdig betrachtet. Es wird eine Verbesserung der menschlichen Leistungsfähigkeit angestrebt, die medizinisch nicht notwendig ist. Der Begriff des *human enhancement* beschreibt diese Entwicklung. In diesem gesellschaftlichen Prozess werden nicht adäquate Erwartungen an die Befindlichkeit gestellt und mittels medizinischer Interventionen zu erreichen versucht.[81] Die daraus resultierende Inanspruchnahme entspricht nicht mehr dem eigentlichen medizinischen Bedarf, verursacht unnötige Kosten und blockiert die Ressourcen für die Anliegen von ernsthaft kranken Menschen. Wie bereits erwähnt (Kapitel 2.2.4) können Gesundheitsprodukte als Konsumgüter verstanden werden, deren Inanspruchnahme durch ein steigendes Einkommen angetrieben wird.

2.4.4 Zusammenfassung: Entwicklung der Kosten

- Die Kosten im Gesundheitswesen werden von diversen Einflussfaktoren bestimmt. Diese werden kontrovers diskutiert. Es ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen.
- Die kantonale Inanspruchnahme ist strukturell bedingt und umfasst sowohl die Menge wie auch den Preis.
- Das Wachstum der Kosten ist vor allem auf eine Ausweitung der Menge zurückzuführen und gilt, insbesondere im Bereich der Spezialversorgung, als angebotsinduziert.
- Der demographische Wandel verursacht nur einen kleinen Teil des Kostenwachstums.
- Der technische Fortschritt ist ein wesentlicher Kostentreiber, da zusätzliche Behandlungen gemacht werden.
- Gesundheitsförderung und Prävention können die Kosten senken (*Kompressionsthese*).
- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird durch gesellschaftliche Ansprüche beeinflusst (*Medikalisierung*).
- Die Wertschöpfung des Gesundheitswesens wird im Verhältnis zu den Gesundheitskosten gesamtvolkswirtschaftlich ungenügend dargestellt.
- In der Diskussion über quantitative Entwicklungen wird der qualitative Aspekt oft ausgeblendet.

[79] Oggier (2010): 162
[80] Felder (2012) / BAG (2013)
[81] http://patientensicht.ch/artikel/medikalisierung [11. 03.2014]

2.5 Wissenschaftliche Konzepte zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen

Um das Gesundheits- und Krankheitsgeschehen in der Bevölkerung zu verstehen, können verschiedene theoretische Überlegungen, sowie damit einhergehende empirische Erkenntnisse hilfreich sein. Im Folgenden werden die Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie der Gesundheitsdeterminanten vorgestellt.
Grundsätzlich können Gesundheit und Krankheit als zwei Pole des menschlichen Daseins verstanden werden. Der Mensch bewegt sich zwischen diesen Polen und ist mal mehr und mal weniger gesund oder krank. Die folgende Definition der Gesundheit von Hurrelmann beschreibt diese Dynamik:
„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“[82]
Es wird deutlich, dass Gesundheit und Krankheit relativ zu betrachten sind und einem dynamischen Geschehen entsprechen, das sich laufend verändert. Die Bewältigung von inneren und äusseren Anforderungen muss jeden Tag hergestellt werden. Insbesondere im Rahmen von chronischen Krankheiten ist es möglich, trotz verstärkter inneren Anforderungen ein Gleichgewicht zu erreichen und über Wohlbefinden und Lebensfreude zu verfügen. Zentral dabei ist, dass einem Menschen genügend Ressourcen zur Verfügung stehen, um dieses Gleichgewicht zu erreichen.

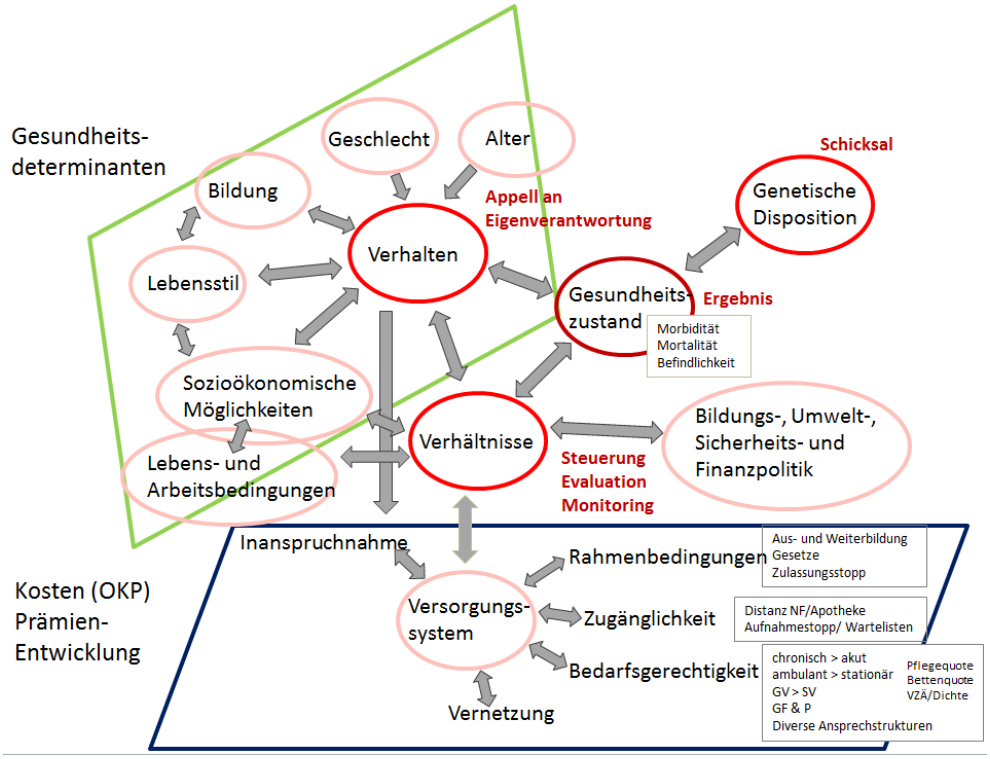
2.5.1 Gesundheitsdeterminanten

Der Gesundheitszustand der Bevölkerung hängt, nicht nur von individuellem Verhalten ab, sondern wird auch massgeblich durch gesellschaftliche Verhältnisse beeinflusst. „Gesellschaftliche Einflüsse, die sich auf die Gesundheit auswirken, werden als soziale Determinanten bezeichnet. Dazu gehören sozioökonomische Faktoren, Umweltbedingungen, Lebensstile, aber auch individuelle Voraussetzungen wie Alter, Geschlecht oder ethnische Herkunft.“[83] Wie festgestellt wurde, besteht ein sogenannter *sozialer Gradient*. Das heisst, je nach sozioökonomischem Status ist es nicht gleich wahrscheinlich gesund oder krank zu sein. So verfügen Menschen aus niederen sozioökonomischen Schichten über eine deutlich schwächer ausgeprägte Gesundheit. Insofern kann beispielsweise der Bildungsstatus als Prädikator für den Gesundheitszustand betrachtet werden. Diese Erkenntnisse sind mittlerweile Konsens und werden durch verschiedene Studien belegt. Auch in der Gesundheitsbefragung zeigt sich, dass Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss in den meisten Parametern bessere Werte aufweisen. Im nationalen Gesundheitsbericht von 2008 wird entsprechend festgehalten, dass Gesundheitspolitik mehr umfasst, als die Versorgung von erkrankten Menschen. Vielmehr gehe es darum, „die sozialen Bedingungen so zu gestalten, dass möglichst vielen Menschen der Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems ermöglicht wird“[84]. Gesundheitspolitik muss damit als Querschnittsthematik verstanden werden, denn Gesundheits- und Krankheitsgeschehen sind von verschiedenen gesellschaftspolitischen Entscheidungen abhängig. Nicht nur sogenannte Gesundheitsämter tragen Verantwortung, sondern ebenso Sozial-, Sicherheits-, Umwelt-, Bildungs-, Bau- und Volkswirtschaftsdepartemente. Das Geschlecht ist insofern relevant für die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen, als dass Frauen einen bewussteren Umgang mit Gesundheitsfragen und weniger Risikoverhalten zeigen sowie häufiger, respektive früher medizinische Leistung in Anspruch nehmen.

[82] Hurrelmann (2006): 146
[83] Obsan (2008): 6
[84] Obsan (2008): 5

Die folgende Abbildung 4 entspricht dem Versuch, die Komplexität der Zusammenhänge im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen darzustellen.

Abbildung 4: Graphische Darstellung der Einflussgrössen auf den Gesundheitszustand



Quelle: Eigene Darstellung (GV=Grundversorgung, SV=Spezialversorgung, GF=Gesundheitsförderung, P=Prävention, VZÄ=Vollzeitäquivalente, NF=Notfall)

Unter dem Titel „Arme sterben früher“ haben Künzler und Knöpfel im Jahr 2002 aufgezeigt, , dass die soziale Schicht einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit, respektive die Lebenserwartung hat. Sie diskutierten daran anschliessend verschiedene Pensionierungsmodelle. Seit Juli 2003 können Arbeitnehmer aus dem Baugewerbe von einem flexiblen Altersrücktritt profitieren.[85] Dieses Beispiel zeigt auf, dass medizin-soziologische Erkenntnisse politische Konsequenzen nach sich ziehen können.

2.5.2 Gesundheitsförderung und Prävention

2.5.2.1 Definitionen

Gesundheitsförderung und Prävention können als Strategien betrachtet werden, um die Schutzfaktoren zu stärken und die Risikofaktoren abzuschwächen und sowohl gesunden wie auch kranken Menschen eine möglichst umfassende Lebensqualität zu ermöglichen.
Vereinfacht ausgedrückt kann die Bevölkerung in Normalbevölkerung, Risikogruppen und erkrankte Personen eingeteilt werden. Gesundheitsförderung richtet sich an gesunde Personen, die keinen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Prävention bezieht sich entsprechend auf das konkrete Risiko der Erkrankung oder der Chronifizierung und richtet sich an Personen, die einem Risiko ausgesetzt oder bereits erkrankt sind. Kampagnen müssen diese Unterscheidung beachten, um zielgruppenspezifisch wirksam zu sein und in der gesunden Bevölkerung keine Verunsicherung hervorzurufen. [86]

Prävention

„Prävention bedeutet Verhütung und Früherfassung von Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod. Der Begriff geht von der Krankheit oder Verletzung aus und versucht, deren Ursachen zu

[85] vgl. http://www.unia.ch/RSS.1370.0.html?&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=3807 [11.03.2014]
[86] vgl. Toman et al (2014): 20

verstehen und die ursächlichen Faktoren auszuschalten."[87] In der Regel wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Ersteres bezieht sich auf das individuelle Verhalten einzelner Menschen. Verhältnisprävention bezieht sich auf die Verhältnisse, die unter anderem von der Politik oder von Arbeitgebern gestaltet werden. Prävention zielt dabei immer auf bestimmte Gefahren, wie zum Beispiel Unfallprävention, Krankheitsprävention. Verhältnisprävention muss entsprechend an diesem Punkt ansetzen, um möglichst vielen Menschen die Grundlagen zu bieten, die die Gesundheit positiv beeinflussen. Unsichere Arbeitsplätze, finanzielle Engpässe, geringe soziale Unterstützung oder belastende Umweltbedingungen wirken direkt (z.B. Schadstoffe) oder indirekt über psychischen Druck auf die Gesundheit ein.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bezieht sich auf den Aufbau der Gesundheit im Allgemeinen und basiert auf dem Salutogenese-Konzept von Aaron Antonovsky. Dieser untersuchte, was es Menschen unter besonders schwierigen Umständen, wie zum Beispiel Krieg, ermöglicht trotzdem gesund zu bleiben. Er stellte fest, dass nicht alle Menschen unter denselben Umständen gleichermassen erkrankten. Sein Salutogenese-Konzept umfasst im Wesentlichen das sogenannte Kohärenzgefühl. Dieses besteht aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Er definiert entsprechend das Kohärenzgefühl als

> *„globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass*
> 1. die Stimuli, die sich im Verlaufe des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
> 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
> 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen."[88]

Aus dieser Definition folgt, dass Menschen, die darauf vertrauen die Herausforderungen des Lebens meistern zu können und dass diese sinnvoll sind, ein stärker ausgeprägtes Kohärenzgefühl haben und sich ihre Gesundheit entsprechend positiv entwickelt. Hier kann eine Verbindung zu den oben beschriebenen Gesundheitsdeterminanten erkannt werden. So ist es naheliegend, dass insbesondere Personen mit einer guten Bildung über ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen. In der Ottawa-Charta der WHO wird Gesundheitsförderung folgendermassen definiert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern, bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil, des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur beim Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassenden Wohlbefinden hin."[89] Hier kommt das Prinzip der Individualität zum Ausdruck. Gesundheitsförderung soll selbstorganisiertes Handeln ermöglichen. Es wäre jedoch falsch, Gesundheitsförderung nur auf das Individuum bezogen zu betrachten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt in den Händen aller Ebenen und politischer Bereiche. Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sollen dazu beitragen, dass Bedingungen ge-

[87] http://www.sz.ch/xml_1/internet/de/application/d999/d998/d25473/d22879/d22846/p22847.cfm [02.04.2014]
[88] Antonovsky (1997): 36
[89] WHO (1986)

schaffen werden, die es den Individuen ermöglichen, mehr selbstbestimmten Einfluss auf die eigene Gesundheit nehmen zu können.

2.5.2.2 Historische Hintergründe und gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung

Mit der Gründung der WHO 1948 wurde ein wichtiger Meilenstein für den weltweiten Umgang mit Gesundheit gesetzt. 194 Mitgliedstatten, darunter auch die Schweiz, verkündeten, sich für das Ziel einzusetzen, allen Menschen den bestmöglichen Gesundheitszustand zu ermöglichen[90].
Wichtige Grundlagenpapiere der WHO für Gesundheitsförderung sind die Ottawa Charta[91] (1986) und das Programm Gesundheit21[92] (1998). Hier wird der Salutogenese-Ansatz von Antonovsky aufgegriffen und umgesetzt. Beide Papiere beinhalten Visionen, Handlungsfelder und Strategien für die Förderung der Gesundheit.
In der Schweiz wurde bereits 1877 ein Gesetz zur Arbeitssicherheit angenommen. 1890 wurde der Bund durch einen Verfassungsartikel beauftragt, eine Kranken- und Unfallversicherung einzurichten. Dieses Gesetz wurde 1912 vom Volk angenommen und 1918 mit der Gründung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) umgesetzt. 1984 trat das neue Unfallversicherungsgesetz in Kraft[93]. In der KVG-Revision[94] von 1994 wurden zwei Artikel (19 und 20) aufgenommen, welche die Förderung der Gesundheit regeln sollen. Es wurde dabei festgehalten, dass die Versicherer die Verhütung von Krankheiten fördern und gemeinsam mit den Kantonen eine Institution betreiben, „welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.“[95] Im Jahr 2009 wurde der Entwurf zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vom Bundesrat verabschiedet.[96] Dieses sogenannte Präventionsgesetz wurde im Jahre 2013 vom Volk jedoch nicht angenommen.
Durch die WHO angeregt, wurden verschiedene Organisationen, wie Stiftungen und Netzwerke gegründet, Theorien entwickelt, Massnahmen geplant und umgesetzt, sowie Studien verfasst. Wie aus der Ottawa Charta ersichtlich wird, kommt dem Netzwerkgedanke eine zentrale Stellung zu. Verschiedene Akteure und Organisationen sollen sich zusammenschliessen und gemeinsam für die Gesundheit einstehen. Dazu gehört auch die Gestaltung von Lebensbereichen, so genannten Settings, wie zum Beispiel Schule, Arbeitsplatz, Familie oder Gemeinde[97]. In der Identifikation des Arbeitsplatzes als wichtiges Feld der Gesundheitsförderung liegt die Grundlegung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese wird als Beispiel weiter unten genauer vorgestellt. Weitere Beispiele wären Gesundheitsförderung im Alter[98] oder Gesundheitsförderung in der Schule[99].

2.5.2.3 Organisationen in der Schweiz

In der Schweiz sind inzwischen verschiedene Akteure im Bereich der Gesundheitsförderung tätig. Nachfolgend werden exemplarisch, die am bedeutendsten erachteten Organisationen beschrieben.

---

[90] http://www.admin.ch/ch/d/sr/0_810_1/index.html [12.07.2012]
[91] vgl WHO (1986)
[92] http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region [12.07.2012]
[93] http://www.suva.ch/startseite-suva/die-suva-suva/ueber-uns-suva/geschichte-suva.htm [12.07.2012]
[94] http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/832.10.de.pdf [12.07.2012]
[95] vgl. KVG Art 19
[96] http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=de [12.07.2012]
[97] vgl. WHO 1986/ Siegrist (2005): 277
[98] vgl. Obsan (2009b)
[99] vgl. Dür (2008)

1918 wurde die **SUVA** – **Schweizerische Unfallversicherungsanstalt** – gegründet und versteht sich inzwischen als mehr als eine Versicherung. Prävention und Rehabilitation seien seit Anbeginn wichtige Punkte gewesen. Seit Mitte der 90er Jahren beschäftigt sie sich als eine der ersten Organisationen mit dem Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements[100]. Angebote in diesem Bereich umfassen insbesondere Kurse und Informationen zum Absenzenmanagement und Ausbildungen in Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, sowie seit 2002 einen Lehrgang zu betrieblichem Gesundheitsmanagement[101].

Die **Stiftung RADIX**[102] wurde 1972 gegründet. Ihr Zweck besteht darin, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger für Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, sie dazu zu motivieren, Gesundheitsförderung als kontinuierliche Aufgabe zu betrachten und entsprechende Massnahmen zu ergreifen. Radix koordiniert im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz die Netzwerke Gesundheitsfördernde Schulen (SNGS), Bildung und Gesundheit, sowie gesundheitsfördernde Gemeinden. Über 800 Gemeinden und Städte, sowie über 1000 Schulen sind Mitglieder in diesen Netzwerken.

1989 schlossen sich alle 26 Kantone, die Schweizer Eidgenossenschaft, Santésuisse und die SUVA zur **Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz**[103] zusammen. Seit 2007 wird eine langfristige Strategie mit den drei Kernthemen ‚gesundes Körpergewicht', ‚Gesundheitsförderung und Prävention stärken' und ‚betriebliche Gesundheitsförderung' umgesetzt. Seit 2008 vergibt die Stiftung das Label ‚Friendly Work Space®' [104], welches Unternehmen auszeichnet, welche insbesondere auch die Rahmenbedingungen gesundheitsrelevanter Aspekte bei der Arbeit optimieren.

Als Projekt der WHO vergibt das **Netzwerk Gesundheitsfördernde Spitäler**[105] seit 1999 ein entsprechendes Label. Spitäler, welche dieses Label erhalten, müssen diversen Anforderungen in den Bereichen ‚Management-Grundsätze', ‚Patienteneinschätzung', ‚Patienteninformation und Intervention', ‚Förderung eines gesunden Arbeitsplatzes', sowie ‚Kontinuität und Kooperation' genügen. Sie werden vom Netzwerk kontinuierlich evaluiert und alle vier Jahre einem Rezertifizierungsprozess unterzogen. Damit wird sichergestellt, dass die Träger des Labels auch tatsächlich umsetzen, was von ihnen erwartet wird.

2003 wurde der **Schweizerische Verband für betriebliche Gesundheitsförderung** (SVBGF) unter dem Patronat des Schweizerischen Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO) gegründet[106]. Dieses lose Netzwerk von über 600 Akteuren trifft sich seit 2004 an alljährlichen Tagungen für betriebliche Gesundheitsförderung[107].

In der Schweiz wurde das **Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen** im Jahr 1993 gegründet und wird seit 1997 durch RADIX, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit und von Gesundheitsförderung Schweiz, koordiniert. Es ist Mitglied des 1991 gegründeten Europäischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Schulen als Programm der WHO, der EU und des Europara-

[100] http://www.suva.ch/startseite-suva/praevention-suva/praeventionsangebote-suva/angebot-gesundheit-suva.htm [12.07.2012]
[101] http://www.suva.ch/startseite-suva/praevention-suva/praeventionsangebote-suva/bgf-weiterbildung-suva.htm [12.07.2012]
[102] http://www.radix.ch/12.07.2012]
[103] http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/uebersicht/Ueber_uns/m_ueber_uns.php [12.07.2012]
[104]http://www.gesundheitsfoerderung.ch/images/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/Label/BGF-Flyer.pdf [12.07.2012]
[105] http://www.healthhospitals.ch/ [12.07.2012]
[106]http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Netzwerke_Partner/partnerschaften_bgm_national.php [12.07.2012]
[107]http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Allgemeines/2012_nationale_tagung_BGF/index.php [12.07.2012]

tes. Mittlerweile bestehen 21 kantonale oder regionale Netzwerke, an denen über 1700 Schulen angeschlossen sind. [108]

2.5.2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

In Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung können zwei Dokumente als richtungsweisend betrachtet werden: Erstens die Luxemburger Deklaration[109] (1997), welche von diversen Akteuren und Organisationen aus 28 Staaten des 1996 gegründeten Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)[110] verfasst wurde. Und zweitens die, ebenfalls vom ENBGF lancierte, Lissabonner Erklärung[111] zur Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU (2001). Beide Dokumente gehen davon aus, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung Gesundheit und Wohlbefinden, sowie Motivation gefördert werden können und dadurch einerseits eine Steigerung der Produktivität erreicht werden kann und andererseits Fehltage und Fluktuation vermindert werden.

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann erreicht werden durch eine Verknüpfung nebenstehender Ansätze:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.“[112]

Auch aus dieser Definition wird deutlich, dass sowohl das Verhalten, wie auch die Verhältnisse angesprochen sind. Dies entspricht einem multiperspektivischen Ansatz, welcher in der Literatur als erfolgsversprechendste Vorgehensweise bei der Implementierung von Gesundheitsförderung betrachtet wird.[113]
Schneider schlägt in ihrem Buch über Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz eine inhaltliche Trennung von betrieblichem Gesundheitsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung vor. Eine solche Trennung habe „weit reichende Folgen für die Projektplanung und -durchführung. Die beiden Arbeitsfelder unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielgruppe, ihrer Massnahmen, ihrer Strategien und ihrer zeitlichen Abfolge: zunächst müssen die Strukturen des betrieblichen Gesundheitsmanagements geschaffen werden, und erst danach können Massnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zielorientiert und erfolgreich umgesetzt werden.“[114]

Unter **betrieblichem Gesundheitsmanagement** wird demnach eine Managementaufgabe verstanden, in welcher es um „die Steuerung und Integration aller betrieblicher Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Motivation und des Wohlbefindens der Mitarbeiter“[115] geht. Dazu gehören beispielsweise Budgets, Gesundheitszirkel, klare Verantwortlichkeiten und Zielvereinbarungen. **Betriebliche Gesundheitsförderung** hingegen „umfasst alle Massnahmen, die direkt oder indirekt Verhalten und Verhältnisse im Sinne der Gesundheitsförderung beeinflussen (...)“[116]. Hier werden Massnahmen wie Stressbewältigungsprogramme,

---

[108] http://www.schools-for-health.eu/uploads/files/SHE%20network%20brochure%202013.pdf [15.03.2014]/ http://www.radix.ch/index.cfm/AD965B64-A6A5-9FE2-88B2B40A6956040A/ [15.03.2014]
[109] http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/grundlagen_wissen/Luxemburger_Deklaration_suva.pdf [12.07.2012]
[110] http://www.move-europe.de/europaeisches-netzwerk-fuer-bgf-enwhp.html [12.07.2012] und http://www.enwhp.org/the-enwhp/members-nco.html [12.07.2012]
[111] https://extra.suva.ch:443/suva/b2c/b2c/display/(isQuery=&layout=6_5_54_52_10_6&uiarea=1&ctype=areaDetails&carea=4CA2E9555F1C027EE10080000A63035B)/.do;jsessionid=(I71A010_C55_50)ID1025148650DB7ae987d45538f126b8eb395f4478867dfaa53288End;saplb_*=(I71A010_C55_50)506276350 [12.07.2012]
[112] ENBGF (1997)
[113] vgl. Siegrist (2005): 288
[114] Schneider (2011): 18
[115] Schneider (2011): 19
[116] Schneider (2011): 19

Ernährungsberatung, Bewegungsangebote, Konfliktbewältigung, ergonomische Massnahmen, Schulungen, Zeit- und Selbstmanagement, Einzelcoaching und so weiter dazugezählt.
Das Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht, wie erwähnt, in der Steigerung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es wird davon ausgegangen, dass sich dadurch deren Produktivität und damit die Effizienz und Wettbewerbsfähigkeit der Organisation ebenfalls steigern lässt. Wohlbefinden und Gesundheit werden demnach als Voraussetzung für Leistungsfähigkeit und Motivation betrachtet[117]. Dies ist nicht nur für das einzelne Individuum wichtig, sondern stellt auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive einen wichtigen Aspekt dar. Hinzukommt die belegte Senkung absenzbedingter Kosten. Eine Metanalyse errechnet einen Return on Investment von 1:5.[118]

2.5.2.5 Untersuchungen zum Return on Investment von Präventionskampagnen

Im Jahr 2007 wurden das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und das Institut für Wirtschaftsforschung der Universität Neuenburg vom BAG mit der Durchführung einer Evaluationsstudie zu ökonomischen Aspekten von Massnahmen zur Krankheits- und Unfallprävention in der Schweiz beauftragt. [119] Unter dem Return on Investment wird dabei das Verhältnis zwischen Ausgaben (Investitionen in die Gesundheitsförderung und Prävention) und den verhinderten Kosten (direkte Kosten: medizinische Behandlung; indirekte Kosten: Arbeitsausfall; intangible Kosten: Reduktion der Lebensqualität) errechnet. Es wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt, die auf Schätzungen basiert. Veränderungen, die eine positive Wirkung auf die Krankheits- und Unfallprävention haben (z.B. verbesserte Fahrzeugsicherheit, Erhöhung der Steuern auf Alkohol und Tabak) wurden berücksichtigt. Wie die Ergebnisse zeigen, haben die Informations- und Schulungsmassnahmen gesamthaft wesentlich zum Rückgang der Strassenverkehrsunfälle, des übermässigen Alkoholkonsums und des Tabakkonsums beigetragen. So lag der „Ertrag für jeden investierten Franken (…) zwischen 9 Franken in der Strassenverkehrsunfallprävention, 23 Franken in der Alkoholprävention und 41 in der Tabakprävention. Die Reduktion der medizinischen Kosten durch die Präventionsmassnahmen war in allen drei berücksichtigten Präventionsbereichen grösser als die Präventionskosten.“[120] Die Informations- und Schulungsmassnahmen konnten also viele Menschen dazu bewegen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.

2.5.3 Zusammenfassung wissenschaftliche Konzepte zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen

- Gesundheit ist ungleich verteilt. Ein tiefer sozioökonomischer Status erhöht die Wahrscheinlichkeit krank zu sein.
- Gesundheitspolitik muss als Querschnittsthematik betrachtet werden, da Entscheidungen auch in den Bereichen Sozial-, Sicherheits-, Umwelt-, Bildungs-, Bau- und Volkswirtschaftspolitik auf gesundheitsrelevante Verhältnisse einwirken.
- Am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie Präventionen in den Bereichen Unfallverhütung, Tabak- und Alkoholkonsum kann aufgezeigt werden, dass sich Investitionen in gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen auszahlen. Es wird von einem Return on Investment von bis zu 1:41 (Tabakprävention) ausgegangen.
- Insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen kann mit gesundheitsfördernden Massnahmen die Lebensqualität gestärkt werden.

[117] vgl. Schneider (2011): 7/12, ENBGF (1997)
[118] vgl. Leitner (2013)
[119] vgl. Wieser et al (2010)
[120] Wieser et al (2010): 12, 14

3 Diskurse über die gute Versorgung

Verschiedene Akteure des Gesundheitswesens haben sich mit der Frage der guten Versorgung auseinandergesetzt. Wie Sottas und Brügger sagen, gibt es „grundsätzlich kein perfektes System und auch kein bestes Modell der Versorgung. Aber es gibt unterschiedliche Bedürfnisse und Bedarfe sowie mehrere mögliche Antworten und Lösungsansätze. (…) Als gesellschaftliche Konstrukte sind sie abhängig von finanziellen, personellen oder strukturellen Rahmenbedingungen und sie können sich im Laufe der Zeit verändern.“[121] Was einer guten Versorgung entspricht, muss also gesellschaftlich ausgehandelt und regional gestaltet werden. Im Folgenden werden einige Ansätze als Grundlage für die zu führende Diskussion vorgestellt.

3.1 Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates

Angesichts der Ablehnung der *Managed-Care-Vorlage* und des Präventionsgesetzes hat das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) eine überarbeitete und weiterführende gesundheitspolitische Agenda bis 2020 vorgeschlagen. Am 23. Januar 2013 wurde der Bericht „Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates – Gesundheit 2020“[122] (nachfolgend: Gesundheit 2020) verabschiedet. Er umfasst vier Handlungsfelder, dazugehörende Ziele und entsprechende Massnahmen.
Wie in Gesundheit 2020 festgehalten wird, „zeigt sich, dass der gesundheitspolitisch grösste Hebel bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung liegt. Massnahmen im Bereich der Prävention und Früherkennung dämpfen die Kosten stärker als Massnahmen im Effizienzbereich.“[123]

Die vier Handlungsfelder der gesundheitspolitischen Prioritäten und die dazugehörenden Ziele des Bundesrates sind Folgende:

Abbildung 5: Handlungsfelder und Ziele aus Gesundheit 2020

Quelle: BAG (oJ)[124]

[121] Sottas und Brügger (2012): 8
[122] BAG (2013)
[123] BAG (2013): 19
[124] http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/14508/14640/index.html?lang=de [08.04.2014]

Insgesamt wurden 36 Massnahmen definiert, wovon Folgende als erste priorisiert wurden[125]:

1. Reduktion der Risikoselektionsanreize
2. **Einführung und aktive Förderung des elektronischen Patientendossiers**
3. Nutzung bestehender Kompetenzen *Tarmed*
4. Sensibilisierung der Bevölkerung für die Anliegen der Patienten/-innen, die auf lebensnotwendige Organtransplantation warten, damit die Bereitschaft zu Organspenden steigt
5. **Stärkung der medizinischen Grundversorgung – Masterplan Hausarztmedizin**
6. **Umsetzung der Qualitätsstrategie**
7. Weiterentwicklung des Systems der Preisfestsetzung bei Medikamenten
8. Einführung neuer Steuerungsinstrumente im (spital)ambulanten Bereich
9. Einführung eines Gesundheitsberufegesetzes
10. **Ausbau und Verbesserung der Datengrundlage und ihrer Analyse – MARS**

Die hervorgehobenen Punkte werden für den vorliegenden Bericht als besonders wichtig erachtet und werden in den folgenden Unterkapiteln eingehender erläutert.

3.1.1 elektronisches Patientendossier

Der Bundesrat hat am 27. Juni 2007 die Strategie eHealth verabschiedet. Unter eHealth wird der integrierte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien verstanden, der der Vernetzung aller Prozesse und Teilnehmenden im Gesundheitswesen dient. Den genannten Technologien kommt eine gestaltende und unterstützende Funktion zu. Es wird davon ausgegangen, dass mit eHealth, Prozesse im Gesundheitssystem optimiert und koordiniert werden können und damit ein entscheidender Beitrag zu Effizienzsteigerung, mehr Qualität und Sicherheit sowie Förderung der Wirtschaftlichkeit geleistet werden kann. Bis zum Jahr 2015 sollen schweizweit Online-Dienste und elektronische Patientendossiers etabliert sein und es allen Menschen unabhängig von Ort und Zeit ermöglichen den Leistungserbringenden ihrer Wahl relevante Informationen zugänglich zu machen. Im Bericht Gesundheit 2020 ist das elektronische Patientendossier die am zweit höchsten priorisierte Massnahme.

3.1.2 Masterplan Hausarztmedizin

3.1.2.1 Vorgeschichte: Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“

Am 1. April 2006 haben über 12‘000 Menschen vor dem Bundeshaus für den Erhalt der Hausarztmedizin demonstriert. Nachdem sich in der Bundespolitik nichts zu Gunsten der Hausarztmedizin bewegte, lancierten die Hausärztinnen und Hausärzte die Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“, die im April 2010 eingereicht wurde. Sie umfasst folgende Forderungen:

- eine bessere Aus- und Weiterbildung
- eine erleichterte Berufsausübung
- zweckmässige Praxis-Infrastrukturen
- ein hausarztfreundliches Tarifsystem[126]

Die Volksinitiative wurde am 2013 zurückgezogen, um den Gegenentwurf des Bundesrates zu unterstützen. Dieser wurde am 18. Mai 2014 vom Volk angenommen.

3.1.2.2 Gegenentwurf: „Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“

Der Bundesrat hat sich für einen direkten Gegenentwurf zur Volksinitiative entschieden und veröffentlichte im November 2011 den Bericht „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“ [127]. Dieser Bericht wird als „Masterplan Hausarztmedizin und medi-

[125] BAG (2013): 22 – wie an der Konferenz Gesundheit 2020 vom 9. September 2013 mitgeteilt wurde, wird die Priorisierung der Ziele weiterentwickelt und mit allen Akteuren im Gesundheitswesen abgestimmt.
[126] Initiative ‚Ja zur Hausarztmedizin‘ (oJ)
[127] EDI (2012)

zinische Grundversorgung“ – oder kurz: Masterplan – bezeichnet. Der Bundesrat vertritt darin die Meinung, dass die gesamte Grundversorgung zu fördern ist, in welcher nicht nur Hausärztinnen und Hausärzte erste Ansprechpersonen sind und entsprechend eine einseitige Förderung der Ärzteschaft, wie es die Initiative gefordert hat, abzulehnen ist. Vielmehr solle es darum gehen, auch nicht-ärztliche Fachpersonen einzubeziehen. Mit dem Masterplan wird zudem auf die Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr reagiert, die unter anderem die Abschaffung des *Numerus Clausus*, eine Neugestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, eine bessere Tarifgestaltung sowie die Förderung der Gemeinschaftspraxen und neuer Arbeitsmodelle fordert.

Schlussfolgerungen:

- In der Schweiz müssen mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.
- Die Rahmenbedingungen der Aus- und Weiterbildung müssen dermassen gestaltet werden, dass Frauen und Männer in allen Fachgebieten gleiche Chancen erhalten und dass die Vereinbarung von Beruf und Familie gewährleistet ist.
- Es müssen neue Versorgungsmodelle, die auch andere Gesundheitsberufe in die Versorgung einbeziehen, entwickelt werden.

Empfehlungen an die Kantone:

- Einbezug der nichtuniversitären Kantone in die Ausbildung zwecks Steigerung der klinischen Ausbildungskapazitäten.
- Schaffung von Anreizen für Teilzeitweiterbildungen sowie Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie.
- Förderung der *Praxisassistenzen* und Sicherstellung der Finanzierung durch die Kantone.[128]
- Bestandesaufnahme und Erarbeitung eines Konzepts für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, damit bedrohte Regionen frühzeitig identifiziert werden können.
- Anstreben von innovativen Lösungen bei der Sicherung der Grundversorgung (nicht Strukturerhaltung um jeden Preis) und Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen.

3.1.3 Qualitätsstrategie

Ausgelöst durch den Bericht der Geschäftsprüfungskommission des Ständerates von 2007 wurde im Oktober 2009 der Bericht „Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen“ verabschiedet. Er fokussiert die Versorgungsqualität und beinhaltet eine Ist-Analyse, die Vision des Bundes, Zielsetzungen, bisherige Tätigkeiten des Bundes, Tätigkeiten weiterer Akteure, Qualität und Zieldimensionen sowie neun Aktionsfelder als Basis der Strategie.

Als Definition von Qualität im Gesundheitswesen wird auf die Definition des Institute of Medicine (IOM) abgestützt: „Qualität ist ein Mass dafür, wie sehr Leistungen des Gesundheitswesens für Individuen und Bevölkerungsgruppen a) die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und b) dem aktuellen Fachwissen entsprechen“[129]. Festgehalten wird weiter, dass der zentrale Zweck der Qualitätssicherung „im Vermeiden von unnötigen Leistungen oder von Leistungen mit einem schlechten Kosten-Nutzen-Verhältnis“[130] liegt.

Mit der „Q-Initiative Schweiz“[131] treten bestehende etablierte Institutionen für die Qualitätssicherung im ambulanten Sektor gemeinsam ein. Auch der Verband deutschschweizerischer Ärz-

[128] Im Kanton Schwyz ist die Finanzierung der Praxisassistenzen gesichert. Es stehen jährlich 5 Plätze zur Verfügung, deren Finanzierung im Rahmen der Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern geregelt ist.
[129] BAG (2009): 12
[130] BAG (2009): 34
[131] http://www.argomed.ch/medien/aktuelles/q-initiative-schweiz.html [12.06.2014]

tegesellschaften VEDAG setzt sich mit dem Konzept QBM für die Sichtbarmachung der Qualität in den Praxen ein.[132]

3.1.4 MARS

Ziel des Projektes MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) ist es, bestehende Erhebungen der medizinischen Versorgung mit Daten aus dem ambulanten Bereich zu ergänzen. Dadurch sollen die Grundlagen für die Planung und Steuerung der medizinischen Versorgung verbessert werden. Folgende Teilprojekte sollen bis 2015 eingeführt werden:

Teilprojekt 1: Strukturdaten Spital ambulant
Teilprojekt 2: Patientendaten Spital ambulant
Teilprojekt 3: Strukturdaten Arztpraxen
Teilprojekt 4: Datawarehouse
Teilprojekt 5: Patientendaten Arztpraxen
Teilprojekt 6: Patientendaten Spitex
Teilprojekt 7: Sonstige

3.2 Obsan: Indikatoren und Einbezug nichtärztliche Gesundheitsfachleute

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) veröffentlicht regelmässig Berichte zu unterschiedlichen Themen. Einen Überblick zu Prognose und Planung im ambulanten Bereich gibt das Arbeitsdokument 5, auf das im Folgenden Bezug genommen wird[133]. Anhand von einer umfassenden Literaturanalyse und Expertengesprächen wurden folgende Aussagen gemacht. Grundsätzlich sei die Planung im ambulanten Bereich umstritten. Ob eine Planung im ambulanten Bereich notwendig ist oder ob Marktmechanismen spielen sollen, kann wissenschaftlich nicht bewiesen werden. Nach Spycher gibt es für beide Sichtweisen gute Belege. Letztlich handelt es sich um eine **normative Frage**, ob der Sicherung eines qualitativ guten Zugangs oder der Freiheit und Konsumentensouveränität Vorrang gegeben wird. Ein Konsens kann dennoch gefunden werden, nämlich, dass Unterversorgung vermieden werden soll. Bezüglich Prognosemethoden gibt es keinen Goldstandard. Einem Monitoring gegenüber sind die befragten Experten eher skeptisch eingestellt. Ein solches müsste, im Sinne der Justiziabilität, klar definierte Indikatoren aufweisen und bei Nichterreichung von Schwellenwerten klare Konsequenzen nach sich ziehen. In anderen Ländern bestehen solche Zahlen. So werden häufig Basisjahre festgesetzt, an welchen man sich in den folgenden Jahren orientiert. In Deutschland wird zum Beispiel von einer Unterversorgung gesprochen, wenn die aktuelle Ärztedichte 50% unter jener des Basisjahres liegt. Von einer Überversorgung wird gesprochen, wenn die aktuelle Dichte mehr als 10% über jener des Basisjahres liegt. In England liegt die Zahl bei 50 Vollzeithausärzten pro Planungsregion und in Österreich weist eine Abweichung von 30% vom Durchschnitt auf eine Über-, respektive Unterversorgung hin. Bei allen bekannten Ansätzen zur Bestimmung von Unter- oder Überversorgung handelt es sich also um normative und politisch getragene Festsetzungen, die sich auf den Vergleich zur Versorgungssituation in einem spezifischen Zeitpunkt beziehen. Die Planungserfahrung aus anderen Ländern basiert demnach auf politisch willkürlich festgesetzten Referenzwerten. Im Allgemeinen scheint die sogenannte Manpower-Population-Ratio akzeptiert. Hierbei spielen fixe Verhältnisse, also beispielsweise die Ärztedichte die zentrale Rolle. Dabei ist, wie bereits erwähnt, nicht die Anzahl Personen relevant, sondern aufgrund zunehmender Teilzeitarbeitstätigkeit sogenannte Vollzeitäquivalente (VZÄ).
Die **Wahrnehmung der Versorgungslage ist eine subjektive Angelegenheit** und entspricht nicht unbedingt objektiven Parametern. So kann sich eine Person trotz tiefer Ärztedichte gut und eine andere Person trotz hoher Ärztedichte schlecht versorgt fühlen. Die persönliche Wahrnehmung spielt eine massgebliche Rolle. Zudem dürften sich vor allem Veränderungen in der Versorgungslage auf die subjektive Wahrnehmung auswirken. Fehlt die Hausärztin um die Ecke,

[132] http://www.politikpatient.ch/index.php?id=126 [12.06.2014]
[133] vgl. Spycher (2004)

wird ein Mangel eher wahrgenommen und dies unabhängig davon, wie viele andere Ärztinnen und Ärzte in der Umgebung praktizieren. Für die Beantwortung der Frage, was eine gute Versorgung ist, ist also nicht nur die objektiv messbare Zahl relevant. Auf dieser Grundlage ist es schwierig und fraglich, konkrete Masszahlen zu definieren. In der Schweiz wurde bis anhin darauf verzichtet. Es existieren also keine Referenzzahlen zur Beurteilung von Unter- oder Überversorgung.
Es wird eine Vielzahl an **Indikatoren** beschrieben, die zur Einschätzung der Versorgung verwendet werden können. Es folgt eine exemplarische Auswahl:

- Bevölkerungsdichte
- Mortalitätsrate
- Anteil Personen über 75 Jahre
- Ärzte- und Pflegedichte.
- Apothekendichte
- Distanz zum nächsten Notfall
- offene Stellen
- Überzeiten
- Wachstum von Arbeitskraft und Population

Als Beispiel wird unter anderem eine französische Region genannt, die anhand der Indikatoren Bevölkerungsdichte, Anteil Personen über 75 Jahre, Veränderung der Bevölkerung, Distanz zu nächsten Notfallstation, Apothekendichte, Dichte selbstständiger Pflegefachpersonen und der Mortalitätsrate einen **Fragilitätsindex** berechnen und diesen ins Verhältnis mit der Ärztedichte setzt.[134]
Grundsätzlich wird ein multimethodisches Vorgehen als vorbildlich betrachtet. Inwiefern Kantone als Planungsregionen sinnvoll sind, wird in Frage gestellt. Auf jeden Fall fehlt in der Schweiz eine systematische Bestandesaufnahme und Prognose des ambulanten Angebots und der Nachfrage. Zudem fehlt auch eine valide Datengrundlage. Es wird empfohlen darauf zu verzichten, eine willkürlich festgelegte Mindestversorgung zu definieren, sondern verschiedene methodische Zugänge anzuwenden. Ein Monitoring sollte idealerweise die subjektive Einschätzung der Versorgungslage durch die Bevölkerung beinhalten.
Abschliessend sei festgehalten, dass die Gesundheit der Bevölkerung von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird und einer Kombination verschiedener Inputfaktoren entspricht, die sich auch substituieren können. „Es gibt keine fixe (allenfalls gar lineare) Beziehung zwischen der Anzahl Ärzt/innen pro Einwohner/in und der Qualität der medizinischen Behandlung bzw. dem Gesundheitszustand.“[135]
Im Arbeitsdokument 27 „Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute“ beschreiben Künzi und Detzel, dass der „Einbezug nichtärztlicher Berufsleute in die ambulante Grundversorgung (…) in den meisten der betrachteten Ländern in unterschiedlicher Form und Intensität bereits eine Realität [ist] und wird als Beitrag zur Lösung diverser Probleme betrachtet.“[136] In der Schweiz fehlt bisher eine Ausbildung zur *Nurse Practitioner*, aber seit 2001 besteht die Möglichkeit, auf Masterstufe zum *Advanced Nursing Practitioner* (ANP) ausgebildet zu werden. Diese werden bisher vor allem in Universitätsspitälern angestellt und seien auf die Versorgung chronisch kranker Personen geschult. Der Fokus wird auf die Krankheitsbewältigung gesetzt und wird als Ergänzung zum traditionellen medizinischen Fokus von Diagnose und Therapie betrachtet.[137] Es wäre aber auch denkbar, solche Fachkräfte für den ambulanten Bereich auszubilden und dort zu beschäftigen.

[134] Vgl. Spycher (2004): 32
[135] Spycher (2004): 17
[136] Künzi und Detzel (2007): III
[137] Künzi und Detzel (2007): IV

3.3 SAMW: Nachhaltige Medizin

Mit ihrem Positionspapier „Nachhaltige Medizin“[138] möchte die Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (SAMW) für eine Gestaltung der Medizin sensibilisieren, die es auch späteren Generationen ermöglicht, von guten medizinischen Leistungen zu profitieren. Die Herausforderung bestehe darin, Werte, Ziele und Aufgaben der Medizin entsprechend zukunftsfähig zu gestalten.
Die SAMW stellt folgende fünf Thesen auf, die die Nachhaltigkeit der Medizin in Frage stellen:

- Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.
- Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.
- Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.
- Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind begrenzt.
- Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.

Als Hauptproblem wird die westliche Fortschrittsidee bezeichnet. Ein grenzenloser Fortschritt lässt sich jedoch nicht aus einem endlichen Vermögen bezahlen. Es brauche „eine endliche Sichtweise in der Medizin, eine, die nicht versuche, das Altern, den Tod und überhaupt die Krankheit zu überwinden, sondern nur, jedem zu helfen, einen vorzeitigen Tod zu vermeiden und ein anständiges, nicht ein perfektes Leben zu führen. Eine nachhaltige Medizin verlagert den Schwerpunkt von der Länge des Lebens auf dessen Qualität.“[139]
Die Lösungen orientieren sich an den vier Grundwerten der Medizin: 1) Nicht schaden, 2) dem kranken Menschen Gutes tun, 3) die individuelle Autonomie beachten, 4) (Verteilungs-) Gerechtigkeit und umfassen:

- Forschung als Schlüssel zur nachhaltigen Medizin.
- Eine Auswahl medizinischer Interventionen mit Augenmass (wise choices).
- Ausbildung genügender Gesundheitsfachleuten.
- Vergütung der medizinischen Leistungen nur wenn sie den Kriterien von Evidenz, Ethik und Ökonomie genügen.
- Neue Versorgungs-, Steuerungs- und Finanzierungsmodelle (z.B. Unterstützung innovativer Versorgungsmodelle durch die Kantone, einheitlicher Finanzierungsschlüssel).

3.4 Careum: Ansprechstrukturen

Careum ist eine Stiftung die sich im Bereich der Bildung im Gesundheits- und Sozialwesen engagiert. Sie versteht sich als Think Thank, der innovative Impulse für die Entwicklung des Gesundheitswesens geben will. Die Ausbildung von Gesundheitsfachleuten, Forschung und Entwicklung sowie Patientenbildung sind zentrale Tätigkeitsfelder der Stiftung. Die Grundversorgung entspricht dem ersten Kontaktpunkt der Bürger mit dem professionellen Gesundheitssystem. Für die verschiedenen Kontaktpunkte wird der Begriff *Ansprechstrukturen* als Sammelbegriff eingeführt. Darunter lassen sich alle ersten Kontaktpunkte fassen, die eine professionelle Antwort auf gesundheitliche Anliegen bieten. Sottas und Brügger weisen in ihrem Dokument *Ansprechstrukturen* darauf hin, dass im WHO-Programm 21 nicht nur Hausärztinnen und Hausärzte als erste Ansprechpersonen betrachtet werden, sondern, dass auch Pflegefachpersonen und andere Gesundheitsfachpersonen wichtige Aufgaben übernehmen könnten. Es wird angesichts der rückläufigen Zahl von Grundversorgerinnen und Grundversorgern moniert, dass ein Gesundheitssystem, das nur auf Ärztinnen und Ärzte als erste und einzige Ansprechstruktur setzt, nicht nachhaltig ist. Weiter wird festgehalten, dass „wenn die Last der Grundversorgung funktions- und kompetenzgerecht auf verschiedene Leistungserbringer verteilt wird, werden Versorgungsqualität und Patientensicherheit verbessert. Innovative Modelle haben ausserdem ein erhebliches Potenzial für Kostenreduktion und bessere Wirtschaftlichkeit. (…) Dabei geht

[138] SAMW (2012)
[139] SAMW (2012): 6

es nicht darum, die Ärztinnen und Ärzte zu ersetzen. Aufgrund des Bedarfs und der steigenden Komplexität spielt die Hausärzteschaft in der Schweiz auch in Zukunft eine zentrale Rolle in der Grundversorgung. Hausarztpraxen sind aber nicht in jedem Fall die optimale Struktur."[140] Auch Apotheken und Drogerien sind wichtige *Ansprechstrukturen*. Wie bereits erwähnt würden 30% der Personen zuerst eine Apotheke aufsuchen.
Eine gute Primärversorgung zeichnet sich gemäss Sottas und Brügger durch folgende Aspekte aus: Zugänglichkeit, Gleichheit, Angemessenheit, Qualität, Effizienz, Kontinuität und Bevölkerungsbezug[141].

3.5 OECD – Reviews of Health Systems[142]

Die Lebenserwartung ist in der Schweiz sehr hoch. Dies sei durch ein hohes Niveau an ökonomischer Entwicklung und einem Gesundheitssystem, das auf die Bedürfnisse der Bevölkerung eingeht zurückzuführen. Im internationalen Vergleich verfügt die Schweiz über eines der besten Gesundheitssysteme, das jedoch seinen Preis hat und die Ausgaben für Gesundheit dadurch über dem OECD-Durchschnitt liegen (11,4% des BIP). Die Zuständigkeit der Kantone gewährleistet eine hohe regionale Flexibilität. Trotzdem zeigen sich zukünftige Herausforderungen, die Anpassungen notwendig machen. Insbesondere Gesundheitsförderung und Prävention sowie Hausarztversorgung müssen gestärkt werden, um chronisch erkrankte Menschen adäquat versorgen zu können.
Die OECD empfiehlt der Schweiz unter anderem folgende, kantonal relevante Weiterentwicklungen des Gesundheitssystems:

- Verbesserung der strategischen Führung und Informationen durch Stärkung und Institutionalisierung der interkantonalen Koordination
- Einführung von eHealth
- Verbesserung der Qualität, der Effektivität, der Effizienz und der Koordination der Pflege durch Förderung von Managed Care Modellen
- Anwendung von Health Technology Assessments, Monitoring
- Verbesserung des Wettbewerbs hinsichtlich Qualitätsmerkmalen
- Aufhebung des Kontraktionszwanges
- Ausrichtung auf die Versorgung chronisch erkrankter Menschen
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention
- Entwicklung von der Akutpflege im Spital hin zur integrierten ambulanten Versorgung

3.6 Zusammenfassung: Was ist eine gute Versorgung?

- Darüber, was eine „gute" Versorgung ist, herrscht kein Konsens.
- Aus Sicht des Bundesrates sind folgende Massnahmen vordringlich: Einführung des elektronischen Patientendossiers, Stärkung der medizinischen Grundversorgung, Umsetzung der Qualitätsstrategie, Verbesserung der Datengrundlage.
- In der Schweiz fehlen verbindliche Masszahlen zur Beurteilung der Versorgung.
- In Ländern, die über solche Masszahlen verfügen, wurden diese normativ und politisch festgesetzt. Eine Einschätzung der Versorgungsgüte orientiert sich also zwangsläufig an nicht objektiven Indikatoren. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung der Versorgung regional unterschiedlich ausfällt und hauptsächlich auf Veränderungen reagiert.
- Die Ressourcen im Gesundheitssystem sind begrenzt, was den Fokus auf eine nachhaltige Medizin lenkt, die den Schwerpunkt auf Qualität legt.

[140] Sottas und Brügger (2012): 60
[141] Sottas und Brügger (2012): 18
[142] OECD/WHO (2011): 11-21

- Es existieren verschiedene *Ansprechstrukturen*, die eine professionelle Antwort auf medizinische Anliegen bieten. Wichtig ist eine adäquate Inanspruchnahme der *Ansprechstrukturen*, damit das Gesundheitssystem optimal genutzt werden kann.
- Die OECD empfiehlt der Schweiz unter anderem die Einführung von eHealth, Förderung von Managed Care Modellen, Verbesserung des Wettbewerbs, eine Ausrichtung auf die Versorgung chronisch kranker Menschen und eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

TEIL 2: Ist-Analyse im Kanton Schwyz

Im Teil zwei wird die Ist-Situation im Kanton Schwyz dargestellt und wo sinnvoll und möglich mit Zahlen aus der Schweiz verglichen. Er zeigt die demographische Entwicklung im Kanton Schwyz auf, stellt die Ergebnisse für den Kanton Schwyz aus der nationalen Gesundheitsbefragung vor und analysiert die verschiedenen Versorgungsbereiche. Die gewählte Darstellung der medizinischen ambulanten Versorgung ergibt sich aus fachlichen, organisatorischen und finanzierungstechnischen Überlegungen. Die verschiedenen Bereiche lassen sich nicht immer klar abgrenzen und können sich überschneiden.
Für die Analysen und Darstellungen wird auf verschiedene Datengrundlagen zurückgegriffen.

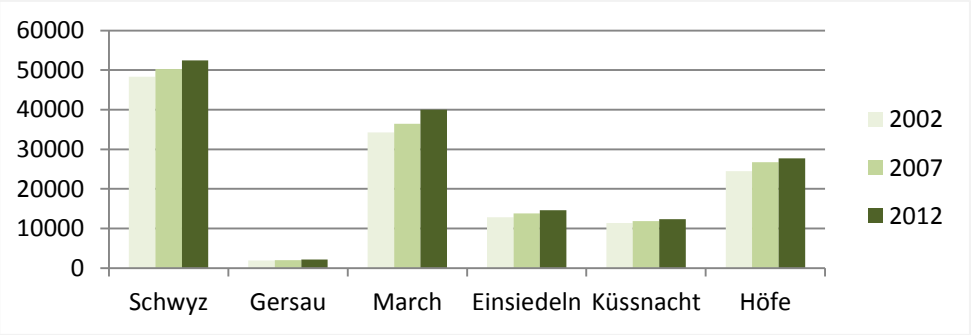
4 Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz

4.1 Entwicklung der Bevölkerungszahl

Die Wohnbevölkerung des Kantons Schwyz hat, wie auch jene in der übrigen Schweiz, in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten stetig zugenommen. In den zehn Jahren zwischen 2002 und 2012 beträgt das Bevölkerungswachstum 12,2 Prozent[143]. Im Vergleich dazu ist die gesamtschweizerische Bevölkerung in diesem Zeitraum um 8,9 Prozent gewachsen[144].

Die Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den einzelnen Bezirken für die Jahre 2002, 2007 und 2012 wird in Abbildung 6 dargestellt.

Abbildung 6: Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung nach Bezirken



Quelle: Amt für Wirtschaft, Kanton Schwyz, eigene Darstellung

Es wird ersichtlich, dass das Wachstum insbesondere in den Bezirken March, Einsiedeln und Höfe gross ist. In Tabelle 1 kommt dies deutlicher zum Ausdruck.

Tabelle 1: Relatives Wachstum Bevölkerung Schwyz 2002 – 2012

	2002-2007	2007-2012	2002-2012
Schwyz	4.1%	4.4%	8.6%
Gersau	2.3%	7.1%	9.6%
March	6.4%	9.9%	16.9%
Einsiedeln	7.3%	6.0%	13.7%
Küssnacht	4.8%	4.2%	9.2%
Höfe	9.3%	3.7%	13.4%
Total	6.0%	5.9%	12.2%

Quelle: Amt für Wirtschaft, Kanton Schwyz, eigene Darstellung

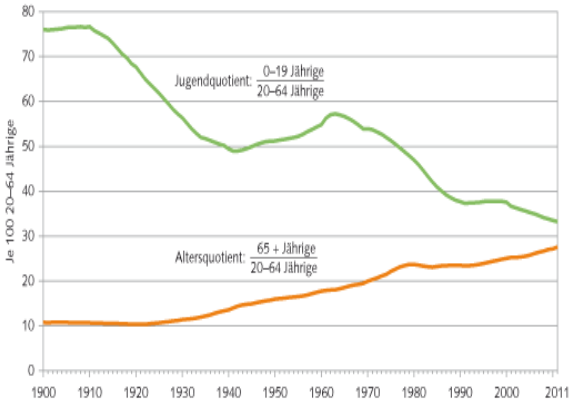
Die relative Zunahme umfasst für diese drei Bezirke im Zeitraum 2002 bis 2012 16,9 Prozent (March), 13,7 Prozent (Einsiedeln) und 13,4 Prozent (Höfe).

[143] vgl. Amt für Wirtschaft Schwyz
[144] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/dos/mittlere/01.html [14.04.2014]

4.2 Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung

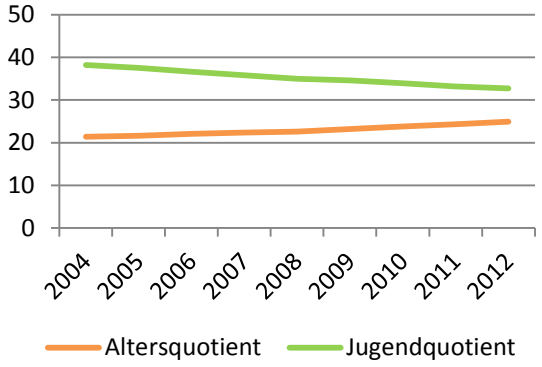
Für die Beurteilung der medizinischen Versorgung ist jedoch nicht nur die Anzahl Personen wichtig, sondern auch die Altersstruktur. Diese hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert, was sich in der Annäherung des Alters- und Jugendquotienten in den Abbildungen 7 (Schweiz) und 8 (Schwyz) abzeichnet.

Abbildung 7: Schweizweite Entwicklung von Jugend- und Altersquotient 1900 – 2011



Quelle: STATPOP, BfS[145]

Abbildung 8: Entwicklung von Jugend- und Altersquotient im Kanton Schwyz 2004 - 2012

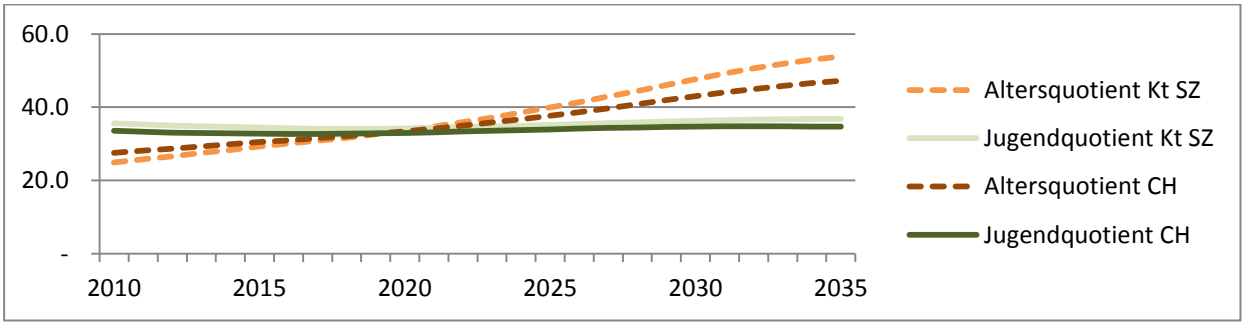


Quelle: Amt für Wirtschaft, SZ, eigene Darstellung

Unter dem Alters- bzw. dem Jugendquotienten wird das Verhältnis der über 64-Jährigen, resp. der 0-bis 19- Jährigen zu den 20-bis 64-Jährigen verstanden. So kamen zu Beginn des 20. Jahrhunderts ungefähr 76 unter 20-Jährige auf 100 20- bis 64-Jährige, heute sind es noch 33 Jugendliche, was schweizweit einer Halbierung des Jugendquotienten entspricht. Dafür ist der Altersquotient gestiegen: Waren es zu Beginn des 20. Jahrhunderts 10 über 65-Jährige auf 100 20-bis 64-Jährige, sind es deren heute fast 30.
Auch für den Kanton Schwyz ist eine ähnliche Entwicklung zu verzeichnen. Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der letzten neun Jahre. So kamen 2004 38,2 unter 20-Jährige auf 100 20-bis 64-Jährige. 2012 waren es noch 32,7 Jugendliche, was dem Schweizer Durchschnitt entspricht. Der Altersquotient ist in Schwyz von 2004 mit 21,4 über 65-Jährige auf 100 20-bis 64-Jährige auf deren 24,9 im Jahr 2012 gestiegen und liegt damit unter dem Schweizer Durchschnitt. Der Trend des sinkenden Jugendquotienten und steigendem Altersquotienten wird sich gemäss dem mittleren Szenario des Bundesamtes für Statistik (BfS) zukünftig weiter verstärken, bis sich das Verhältnis umgedreht hat.

Wie die Abbildung 9 zeigt, wird der Altersquotient im Kanton Schwyz, aufgrund der Bevölkerungsstruktur[146], deutlich stärker steigen als in der Gesamtschweiz.

Abbildung 9: Vergleich Alters- und Jugendquotient Kanton Schwyz und Gesamtschweiz gemäss mittlerem Szenario AR-00-2010 BfS



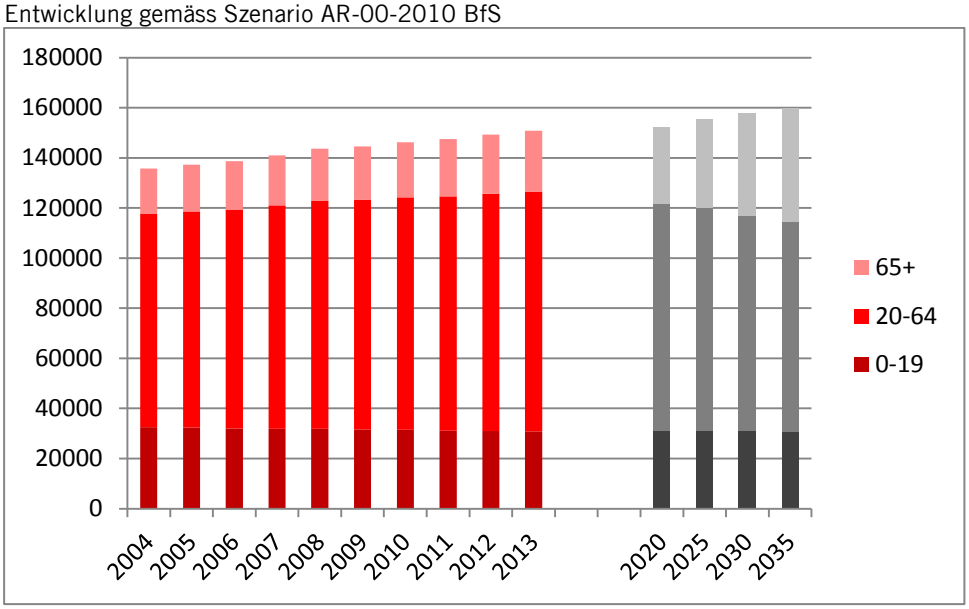
Quelle: BfS (2011), eigene Darstellung

[145] BfS (oJ b) http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html
[146] Die Struktur entspricht dem Verhältnis der verschiedenen Altersgruppen zueinander

Im Jahr 2012 betrug der Anteil an 45-64-Jährigen an der Bevölkerung über 15 Jahre in der gesamten Schweiz rund 33 Prozent[147], im Kanton Schwyz rund 35 Prozent. Konkret wird sich gemäss diesen Berechnungen der Anteil der über 64-Jährigen von 15,5 Prozent im Jahr 2010 auf 28,3 Prozent im Jahr 2035 erhöhen. Das entspricht in etwa einer Verdoppelung bei den über 64-Jährigen. Der Anteil der über 80-Jährigen wird sich demgemäss von 4,3 Prozent (2010) auf 8,1 Prozent (2035) erhöhen.

Abbildung 10 zeigt die absoluten Bevölkerungszahlen der Jahre 2004 – 2013, sowie eine Schätzung der weiteren Entwicklung gemäss Szenario AR-00-2‘010 des Bundesamtes für Statistik.

Abbildung 10: Absolute Entwicklung der Bevölkerung in den Jahren 2004 – 2013, sowie Schätzung der weiteren Entwicklung gemäss Szenario AR-00-2010 BfS



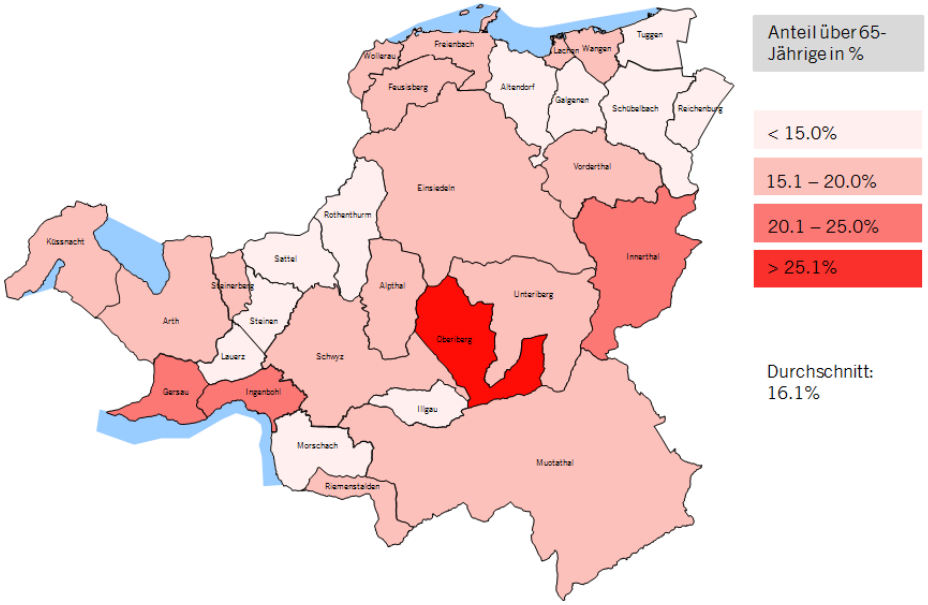
Quelle: Amt für Wirtschaft, Schwyz, BfS, eigene Darstellung

Insgesamt ist ein Wachstum von 9,9 Prozent anzunehmen. Die Bevölkerungsgruppe der über 65-Jährigen nimmt hierbei mit 29,4 Prozent am meisten zu, während der Anteil der unter 20-Jährigen um 4,7 Prozent abnimmt. Der Verlauf zeigt eine weitere Zunahme der über 65-Jährigen Bevölkerung auf Kosten der erwerbstätigen Bevölkerung, während der Anteil der unter 20-Jährigen konstant bleibt.
Gemäss der Vorhersage des BfS wird sich das Bevölkerungswachstum verlangsamen, der Altersquotient wird weiter steigen und der Jugendquotient abnehmen. Der Jugendquotient wird sich aber ab 2020 wieder etwas erhöhen. Der Anteil der erwerbsfähigen Bevölkerung wird entsprechend abnehmen. Im Jahr 2010 waren rund 91‘000 Personen im erwerbsfähigen Alter, diese Zahl reduziert sich bis zum Jahr 2035 auf rund 84‘000 Personen. Die Zahl der Personen im Pensionsalter wird sich von rund 23‘000 im Jahr 2010 auf rund 45‘000 Personen im Jahr 2035 erhöhen. Auf 1 Person im Pensionsalter kamen 2010 also 4,0 Personen im erwerbsfähigen Alter. Im Jahr 2035 sind dies nur noch 1,9 Personen.

[147] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/new/nip_detail.html?gnpID=2014-196 [12.06.2014]

Abbildung 11 stellt die regionale Verteilung des Anteils an über 65-jährigen Menschen dar.

Abbildung 11: regionale Verteilung des Anteils an über 65-jährugen Menschen, Jahr 2012



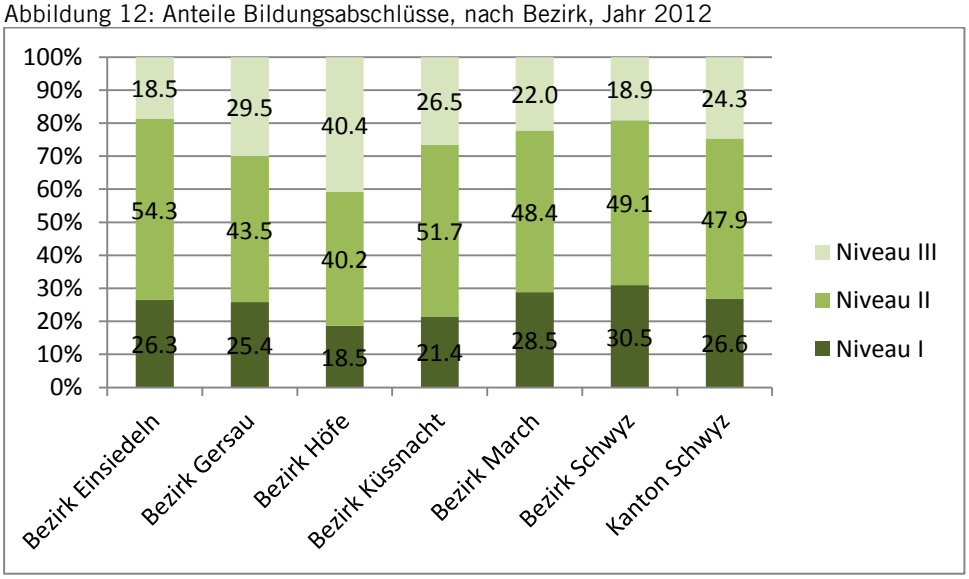
Quelle: Amt für Wirtschaft, Stand August 2013, eigene Darstellung

Die regionale Verteilung des Anteils an über 65-jährigen Menschen ist relativ gleichmässig.

4.3 Regionale Ausprägung der Gesundheitsdeterminanten Arbeitsmarkt- und Bildungsstatus

Der Bildungsstatus kann als Prädikator für den Gesundheitsstatus verwenden. Abbildung 12 zeigt die Verteilung verschiedener Bildungsabschlüsse pro Bezirk im Jahr 2012.

Abbildung 12: Anteile Bildungsabschlüsse, nach Bezirk, Jahr 2012

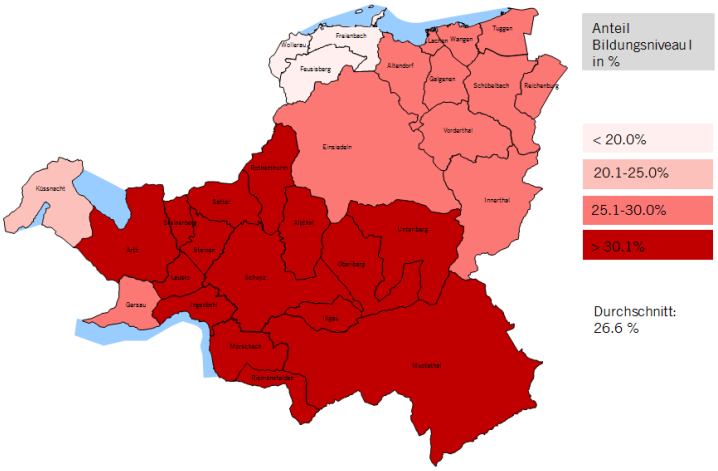


Quelle: Amt für Wirtschaft, Strukturerhebung 2012, BfS, Stand März 2013, eigene Darstellung (Daten basieren auf Schätzungen und sind zum Teil mit Vorsicht zu interpretieren)

Unter dem Bildungsniveau I werden keine Schule oder die obligatorische Schule zusammengefasst. Das Bildungsniveau II umfasst die berufliche Grundbildung oder allgemeinbildende Schulen wie Gymnasium, Fachmittelschulen. Dem Bildungsniveau III werden Ausbildungen wie beispielsweise Universität, ETH, Fachhochschule, höhere Fach- und Berufsausbildung zugeordnet. Es stehen keine Vergleichsdaten mit der Schweiz zur Verfügung, da die Erhebungen nicht auf denselben Alterskategorien basieren.

Abbildung 13 zeigt die regionale Verteilung des Bildungsniveaus I.

Abbildung 13: Anteil des Bildungsniveau I, nach Bezirk, Jahr 2012

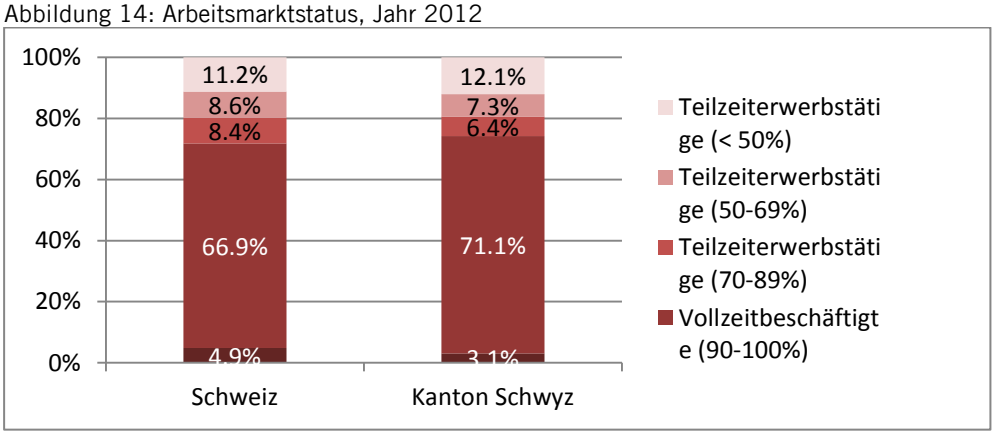


Quelle: BfS, März 2013, eigene Darstellung

Im Bezirk Höfe ist der Anteil an Personen mit einer Tertiärausbildung (Bildungsniveau III) mit 26,9 Prozent am höchsten. Der Anteil an Personen mit beruflicher Grundbildung (Bildungsniveau II) als höchstem Bildungsabschluss liegt mit 44.2, respektive 43.4 Prozent in den Bezirken Küssnacht, respektive Einsiedeln am höchsten. Der Anteil an Personen mit höchstem Bildungsabschluss obligatorische Schule (Bildungsniveau I) ist schwierig zu beurteilen, da hierbei auch Schülerinnen und Schüler, respektive Lehrlinge ab dem 15. Lebensjahr mitgerechnet werden, deren schulische und berufliche Bildung noch nicht abgeschlossen ist.

Nebst dem Bildungsstatus ist der effektive Arbeitsmarktstatus ein wichtiger Indikator für die sozioökonomischen Möglichkeiten und somit als Gesundheitsdeterminanten geeignet. Die Abbildung 14 zeigt auf, wie im Kanton Schwyz und der gesamten Schweiz die Erwerbstätigkeit verteilt ist.

Abbildung 14: Arbeitsmarktstatus, Jahr 2012

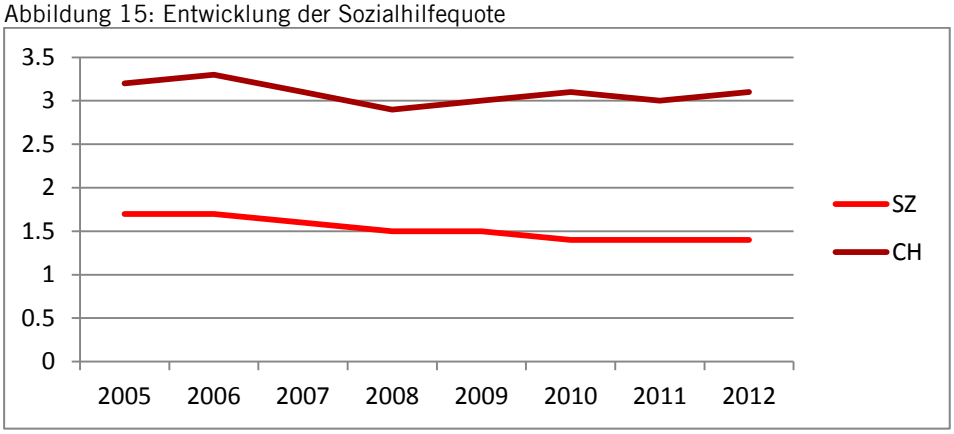


Quelle: Amt für Wirtschaft, Stand Februar 2014, eigene Darstellung

Aus dieser Abbildung geht hervor, dass im Kanton Schwyz der Anteil an erwerbslose Personen mit 3,1 Prozent unter dem Schweizer Durschnitt von 4,9 Prozent liegt. Auch der Anteil Vollzeitbeschäftigte liegt im Kanton Schwyz mit 71,1 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt von 66,9 Prozent.

Zur Beurteilung der sozioökonomischen Möglichkeiten kann zusätzlich die Sozialhilfequote[148] beigezogen werden. Die Entwicklung der Sozialhilfequote wird in Abbildung 15 dargestellt.

Abbildung 15: Entwicklung der Sozialhilfequote

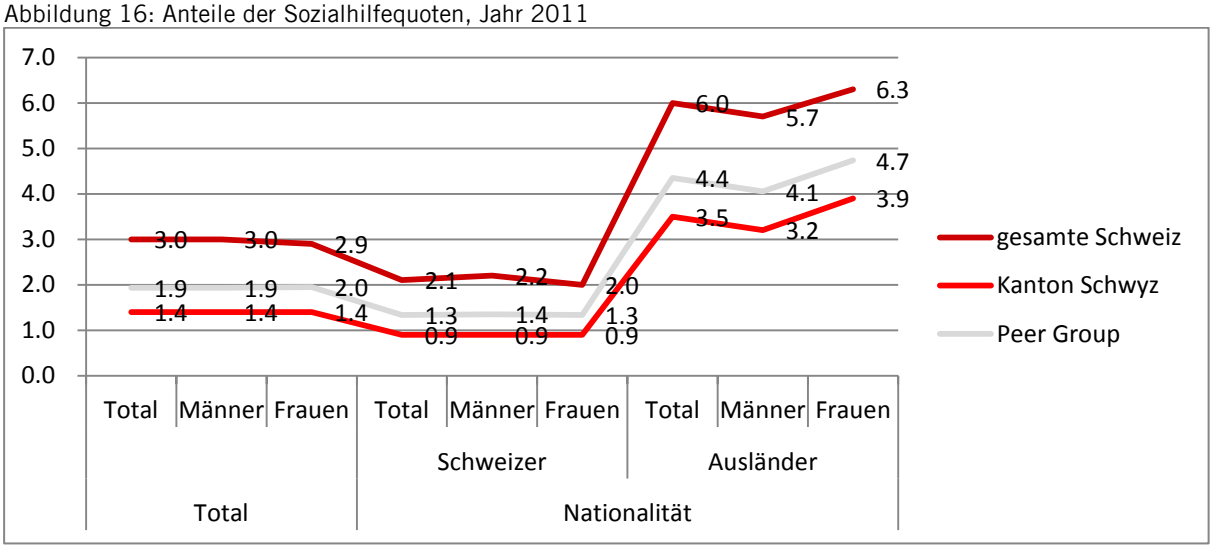


Quelle: BfS, Stand 2012, eigene Darstellung

Es wird deutlich, dass die Sozialhilfequote im Kanton Schwyz mit 1,4 Prozent im Jahr 2012 unter dem Schweizer Durchschnitt von 3,1 Prozent im selben Jahr liegt.

Die Abbildung 16 zeigt die Sozialhilfequote des Kantons Schwyz aus dem Jahr 2011 im Vergleich zur gesamten Schweiz und der Peer Group[149].

Abbildung 16: Anteile der Sozialhilfequoten, Jahr 2011



Quelle: BfS[150], Stand 2011, eigene Darstellung

Die Sozialhilfequote im Kanton Schwyz liegt deutlich unter dem Durchschnitt der gesamten Schweiz und auch unter dem Durchschnitt der Peer Group. Die Ausdifferenzierung nach der Schweizer und ausländischen Bevölkerung zeigt, dass der Anteil an ausländischer Bevölkerung in allen drei Gruppen höher ist als der Durchschnitt. Daraus lässt sich jedoch nicht folgern, dass Ausländer grundsätzlich mehr Sozialhilfe beziehen. Es kommt auf das Herkunftsland, sowie den Bildungsstatus an.

[148] Die Sozialhilfequote entspricht dem Verhältnis zwischen der Anzahl der Sozialhilfeempfängerinnen und –empfänger und der ständigen Wohnbevölkerung gemäss STATPOP.
[149] Als Peer Group für den Kanton Schwyz werden folgende Kantone verstanden: BL, NW, SO, SG, TG, ZG
[150] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43005.430111.html [12.06.2014]

Die Analysen zum Arbeitsmarktstatus und der Sozialhilfequote legen nahe, dass die Bevölkerung des Kantons Schwyz, im Vergleich zur gesamten Schweiz, bessere Gesundheitschancen hat.

4.4 Zusammenfassung: Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz

- Im Kanton Schwyz ist in den nächsten Jahren von einem überdurchschnittlichen Bevölkerungswachstum auszugehen.
- Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung wird gemäss dem mittleren Szenario des BfS von 15,5% im Jahr 2010 auf 28,3% im Jahr 2035 zunehmen. Dies vor allem auf Kosten des Anteils der Personen im erwerbsfähigen Alter. So kamen im Jahr 2010 auf eine Person im Pensionsalter 4 Personen im erwerbsfähigen Alter. Im Jahr 2035 werden es noch 1,9 erwerbsfähige Personen auf ein Person im Pensionsalter sein.
- Das Bildungsniveau ist innerhalb des Kantons Schwyz relativ ähnlich verteilt, bis auf den Bezirk Höfe, wo ein besonders hoher Anteil an Menschen mit einem hohen Bildungsniveau zu finden ist.

5 Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung

Seit 1992 wird alle fünf Jahre vom Bund eine Gesundheitsbefragung durchgeführt. Gemäss BfS gilt die Stichprobe als repräsentativ. Seit 2007 wird auch im Kanton Schwyz eine repräsentative Stichprobe erhoben. Somit stehen für die Jahre 2007 und 2012 Daten zum Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung zur Verfügung. Die Aussagen aus lediglich zwei Befragungen sind jedoch begrenzt und lassen keinen Trend ableiten. Zudem werden Personen, die sich in Institutionen befinden und deren Gesundheit oft beeinträchtigt ist, nicht erfasst. Es ist davon auszugehen, dass die in der Gesundheitsbefragung erhobenen Befunde eher zu positiv ausfallen.

5.1 Ergebnisse der nationalen Gesundheitsbefragungen Jahr 2007[151]

Auf der Webseite des Obsans werden zu diversen Gesundheitsindikatoren Analysen nach Kanton veröffentlicht. Zusammenfassend ist aufgefallen, dass bei folgenden Indikatoren vor allem die Schwyzer Männer überdurchschnittlich schlecht abgeschnitten haben:

- Starke körperliche Beschwerden
- Langandauernde Gesundheitsprobleme
- BMI
- Tabakkonsum
- Alkoholkonsum
- Körperliche Aktivität

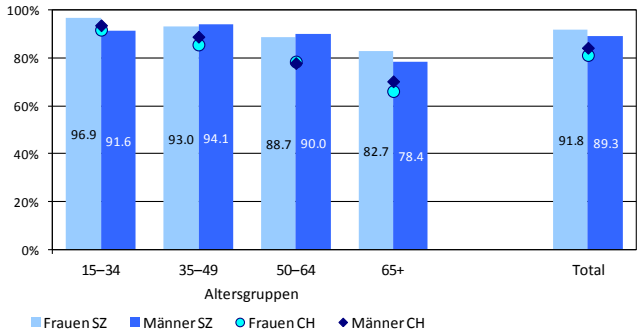
In der Darstellung der Befunde der Gesundheitsbefragung 2012 wird insbesondere auf diese Indikatoren Bezug genommen.

5.2 Ergebnisse der nationalen Gesundheitsbefragungen Jahr 2012

Die folgenden Darstellungen stammen aus dem Berichtsentwurf „Gesundheit im Kanton Schwyz. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012“, der im Laufe des Jahres 2014 veröffentlicht wird. Ausführlichere Beschreibungen können dieser Broschüre entnommen werden. Im Folgenden werden nur die als besonders wichtig und interessant betrachteten Befunden dargestellt.

Abbildung 17 stellt die **Einschätzung der Gesundheit** als gut oder sehr gut dar.

Abbildung 17: Anteil Personen, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen



Quelle: BFS – SGB 2012; n SZ=598, n CH=21‘571, © Obsan

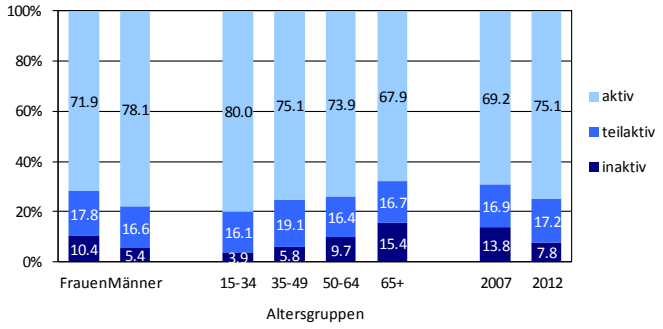
Es zeigt sich, dass die selbst wahrgenommene Gesundheit mit zunehmendem Alter sinkt. Gesamthaft betrachtet geben die befragten Schwyzerinnen und Schwyzer mit 91,8, respektive 89,3 Prozent häufiger an, ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, als der Durchschnitt aller schweizweit befragten Personen. Der gesamtschweizerische Durchschnitt liegt bei

[151] Obsan (2009)

82,8 Prozent. Der Anteil der Personen, der die Gesundheit als gut oder sehr gut wahrnimmt, steigt mit zunehmendem Bildungsniveau.
Im Total fühlt sich jede fünfte der befragten Personen im Kanton Schwyz durch **gesundheitliche Beschwerden** eingeschränkt, wobei die Altersgruppe der 15-34-Jährigen der befragten Schwyzerinnen und Schwyzer mit 19,9 Prozent überdurchschnittlich stark belastet sind (Vergleich Schweiz, gleiche Altersgruppe: 15 Prozent).
Über mittlere bis starke **psychische Beschwerden** in den 4 Wochen vor der Befragung berichten 14,9 Prozent der befragten Schwyzerinnen und Schwyzer. Sie liegen dabei unter dem Schweizer Durchschnitt. Die Frauen sind dabei mit 20,1 Prozent mehr belastet als die Männer mit 10,3 Prozent. Auch hier zeigt sich ein sozialer Gradient indem mit zunehmendem Bildungsabschluss über weniger psychische Beschwerden berichtet wird.

Abbildung 18 zeigt den **Anteil der aktiven, teilaktiven und inaktiven Personen**, nach Alter und Geschlecht, sowie im Vergleich zur letzten Befragung.

Abbildung 18: Anteil aktiver, teilaktiver und inaktiver Personen

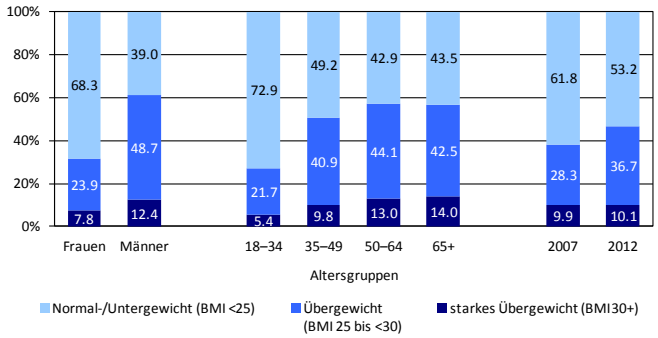


Quelle: BFS – SGB 2007, 2012; SZ: n 2007=579, n 2012=578, © Obsan

Die im Jahr 2012 befragte Stichprobe der Schwyzer Bevölkerung ist deutlich aktiver als die im Jahr 2007 befragte Stichprobe. Insbesondere beim Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass im Jahr 2012 mehr Männer angaben, aktiv zu sein. Der Anteil an inaktiven Personen liegt unter dem Schweizer Durchschnitt von 10,7 Prozent.
Die **Ernährungsempfehlungen** werden von den befragten Schwyzer Frauen besser umgesetzt, als von den befragten Schwyzer Männern. Gesamthaft betrachtet liegt die befragte Schwyzer Stichprobe bezüglich der Umsetzung der Ernährungsempfehlungen unter dem Schweizer Durchschnitt.

Aus Abbildung 19 geht die anteilsmässige Verteilung des **BMI**s der befragten Personen hervor.

Abbildung 19: Anteil Personen nach BMI-Kategorien (18-Jährige und Ältere)



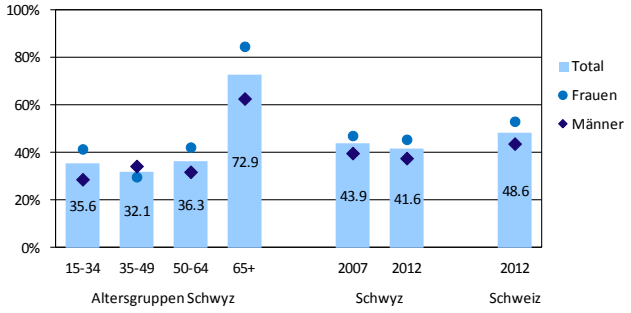
Quelle: BFS – SGB 2007, 2012; SZ: n 2007=574, n 2012=559, © Obsan

Nach Geschlecht differenziert, zeigt sich, dass rund ein Drittel der befragten Frauen und zwei Drittel der befragten Männer aus dem Kanton Schwyz übergewichtig oder adipös sind. Wenn zusätzlich nach Altersklasse differenziert wird, fällt auf, dass fast dreiviertel der Männer zwi-

schen 35-49 Jahre übergewichtig oder adipös sind. Der Anteil an übergewichtigen und adipösen Männern der gleichen Altersgruppe der befragten Personen aus der ganzen Schweiz liegt bei 53,4 Prozent.
Ein mittleres bis hohes **Gesundheitsrisiko, bezüglich Alkoholkonsum,** besteht in der befragten Schwyzer Stichprobe bei 2,5 Prozent. Der gesamtschweizerische Durchschnitt liegt bei 4,8 Prozent riskantem Alkoholkonsum. Die Männer sind hierbei stärker betroffen, als die Frauen. Gesamthaft konsumieren 27,8 Prozent der befragten Schwyzerinnen und Schwyzer regelmässig **Tabak**. Damit liegt der Anteil an rauchenden Personen leicht unter dem Schweizer Durchschnitt von 28,1 Prozent. Auch hier sind die Männer stärker betroffen, als die Frauen.

Aus Abbildung 20 geht der **Medikamentenkonsum** der befragten Personen hervor.

Abbildung 20: Anteil Personen, die in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen haben



Quelle: BFS – SGB 2007, 2012; SZ: n 2007=613, n 2012=599; n CH=21‘585, © Obsan

41,6 Prozent der befragten Personen aus dem Kanton Schwyz geben an, mindestens ein Medikament in der Woche vor der Befragung eingenommen zu haben. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt dieser Wert bei 48,6 Prozent. Frauen sind hier mehr betroffen als die Männer. Auch hier zeigt sich, dass die Altersklasse der 15-34-Jährigen der im Kanton Schwyz befragten Personen stärker betroffen ist, als jene in der ganzen Schweiz mit 32,5 Prozent.
Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Befragung aus dem Jahr 2012 aufzeigt, dass die Stichprobe im Vergleich zu den befragten Personen aus der gesamten Schweiz überdurchschnittlich gesund ist. Lediglich hinsichtlich der Umsetzung der Ernährungsempfehlungen und des Übergewichts schneiden die befragten Schwyzer Männer besonders schlecht ab. Hinsichtlich der Einschränkungen im Alltag aufgrund gesundheitlicher Beschwerden und des Medikamentenkonsums fällt der hohe Anteil an 15-34-jährigen Personen auf, die davon betroffen sind. Frauen sind psychisch mehr belastet als die Männer. Der gleiche Befund ergibt sich beim Medikamentenkonsum.

5.3 Zusammenfassung: Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung

- Bei den meisten in der Gesundheitsbefragung erhobenen Indikatoren liegt ein *sozialer Gradient* vor.
- Die Gesundheit wird in beiden Stichproben mit rund 90% als gut oder sehr gut eingeschätzt. Gleichzeitig bezeichnen sich rund 20% der befragten Personen in den letzten sechs Monaten als gesundheitlich eingeschränkt.
- In der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2007 fallen vor allem die Männer als vulnerable Gruppe (hinsichtlich starke körperliche Beschwerden, BMI, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität) auf. In der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2012 ist es die Altersgruppe der 15 bis 34-Jährigen, die im schweizweiten Vergleich besonders von gesundheitlichen Problemen und Medikamentenkonsum betroffen sind.
- Von den im Jahr 2012 befragten Personen waren im Kanton Schwyz rund 47% übergewichtig (BMI > 25). Insbesondere die Männer im Alter von 50 bis 60 Jahren weisen im schweizweiten Vergleich mit rund 75% den höchsten Anteil an Übergewicht aus.

6 Ärztliche Versorgung

6.1 Vorbemerkung

Die ambulante ärztliche Versorgung wurde in den Jahren 2002 bis 2011 durch den Zulassungsstopp geregelt. Nach dessen Aufhebung wurden im Kanton Schwyz übermässig viele neue Praxiszulassungen beantragt. Per September 2013 wurde der Zulassungsstopp im Kanton Schwyz wieder eingeführt. Die nachfolgende Ist-Analyse basiert auf unterschiedlichen Daten. Kleine Abweichungen ergeben sich beispielsweise aufgrund von Doppelzählungen in der FMH-Statistik. Wo möglich werden auch die Entwicklungen der letzten Jahre dargestellt.

Datengrundlage der folgenden Kapitel bilden hauptsächlich die Datenbank des Kantons (GESA), die FMH-Statistik, sowie Daten der Firma NewIndex.

6.2 Demographie der ärztlichen Leistungserbringenden

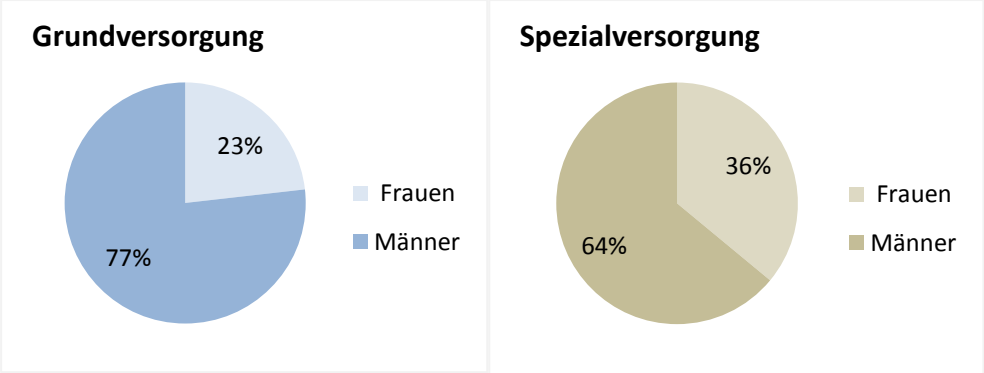
Per 31. Dezember 2012 waren 307 Ärztinnen und Ärzte der Humanmedizin im Kanton Schwyz im ambulanten Bereich tätig. Berücksichtigt wurden alle Personen, welche gemäss GESA über eine Zulassung verfügen und eine Praxisadresse angeben.

In den folgenden Kapiteln werden die 225 Ärztinnen und Ärzte dargestellt, die der Grundversorgung (125 Personen, 56%) und der Spezialversorgung (100 Personen, 44%) zugeteilt werden. Zu den ärztlichen Grundversorgenden gehören Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit und Weiterbildungstitel Allgemeinmedizin, Innere Medizin und neu Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin/ praktischer Arzt als einziger Weiterbildungstitel. Die Zahnärzte werden später separat betrachtet.

6.2.1 Geschlecht

In Abbildung 21 wird dargestellt, welchen Anteil die Geschlechter, aufgeteilt nach Fachgruppen ausmachen.

Abbildung 21: Anteile Frauen und Männer in den Fachgruppen



Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.Dezember 2012

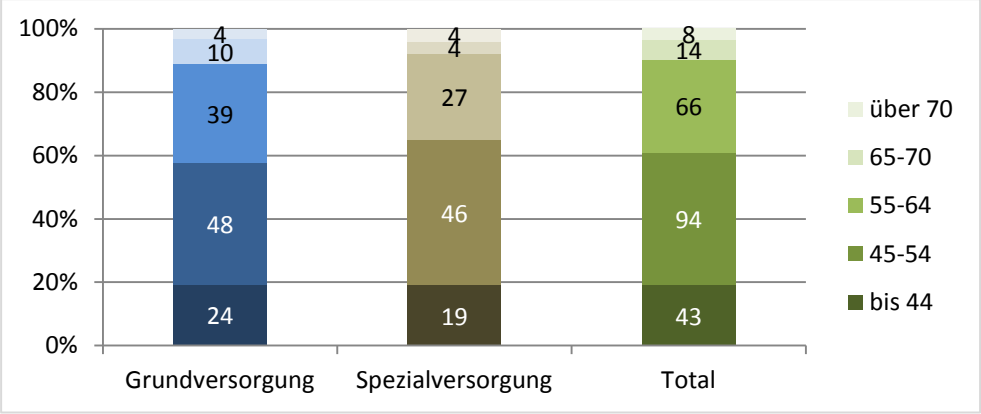
Mit 36 Prozent liegt der Frauenanteil in der Spezialversorgung höher als in der Grundversorgung, wo er 23 Prozent ausmacht. Insgesamt beträgt der Frauenanteil rund 30 Prozent. Gesamtschweizerisch betrachtet ist der Frauenanteil von 2008 bis 2012 von 34,6 Prozent auf 37,5 Prozent gestiegen[152]. Somit liegt der Frauenanteil mit 30 Prozent im Jahr 2012 im Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt[153].

[152] Kraft und Hostettler (2013): S. 453
[153] FMH-Ärztestatistik: http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/ [12.06.2014]

6.2.2 Alter

Wie bereits erwähnt, spiegelt sich die Altersstruktur der Bevölkerung auch in der Ärzteschaft wider. Wie Abbildung 22 zeigt, liegt der Anteil an über 65-jährigen Ärzten bei 9,7 Prozent. Nur 19,1 Prozent sind unter 45-jährig.

Abbildung 22: Altersstruktur



Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.Dezember 2012

Das Durchschnittsalter liegt bei den Grundversorgern bei 53.3 Jahren, die Spezialistinnen und Spezialisten sind mit 52.1 Jahren im Durchschnitt etwas jünger. Das Durchschnittsalter bei den Frauen liegt mit 48.3 Jahren deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: Durchschnittsalter in Jahren nach Geschlecht

	Frauen	Männer	Gesamt
Grundversorgung	48.1	54.8	53.3
Spezialversorgung	48.5	54.1	52.1
Total	48.3	54.6	52.8

Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.Dezember 2012

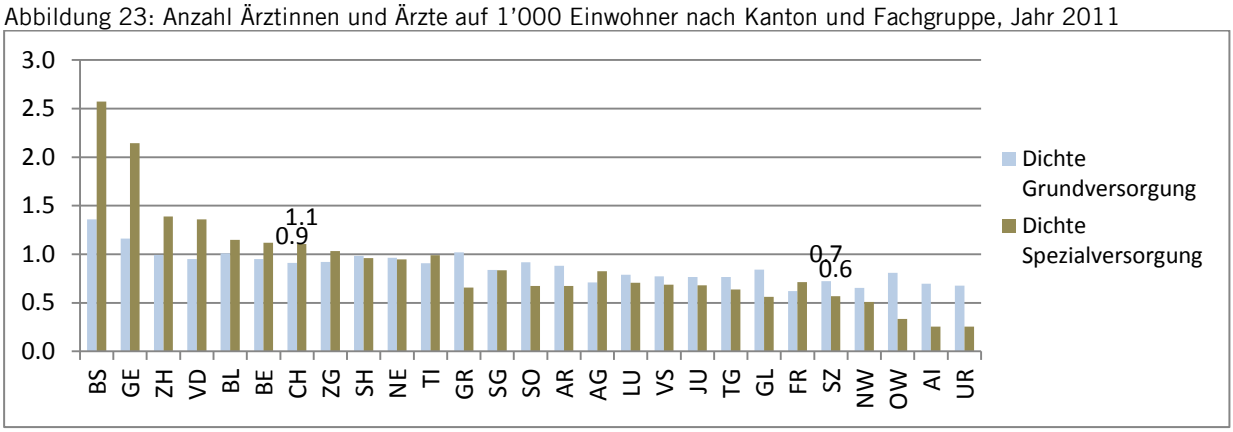
Gemäss FMH ist das Durchschnittsalter in den letzten Jahren schweizweit gestiegen. Die Ärzteschaft im Kanton Schwyz ist im Durchschnitt etwas jünger als diejenige der gesamten Schweiz. Im Kanton Schwyz gilt die Berufsausübungsbewilligung bis zum Alter von 70 Jahren. Eine Verlängerung der Bewilligung kann auf Antrag und mit Arztzeugnis beantragt werden. Bis Ende 2020 werden 19.5 Prozent von den heute tätigen Ärztinnen und Ärzte ihr 70. Altersjahr erreichen und grösstenteils aus dem Berufsleben zurücktreten. Aktuell setzen 3.5 Prozent der Ärztinnen und Ärzte über 70 Jahre ihre Tätigkeit fort.

6.2.3 Ärztedichte

Die Ärztedichte ergibt sich aus der Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf 1‘000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahr 2011 betrug die Ärztedichte in der Grundversorgung im Kanton Schwyz 0,6 Ärztinnen und Ärzten auf 1000 Einwohner, in der Spezialversorgung waren es 0,7 Ärztinnen und Ärzten auf 1000 Einwohner. Insgesamt kamen 1,3 Ärztinnen und Ärzten auf 1000 Einwohner.

Die Abbildung 23 zeigt die Ärztedichte nach Kantonen und Fachgruppe für das Jahr 2011.

Abbildung 23: Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf 1'000 Einwohner nach Kanton und Fachgruppe, Jahr 2011

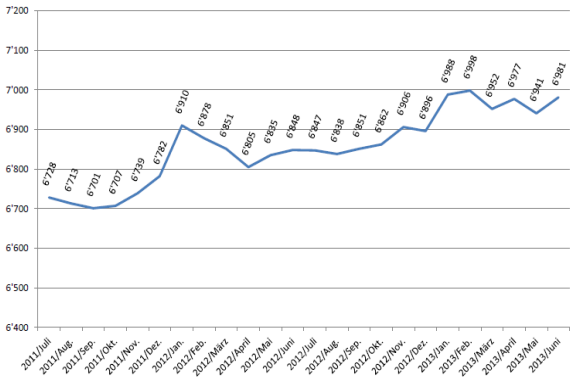


Quelle: Obsan, basierend auf FMH-Daten, Stand 2011[154]

Im Kanton Schwyz lag im Jahr 2011 die gesamte Ärztedichte mit 1,3 Ärztinnen und Ärzte auf 1000 Einwohner unter dem Schweizer Durchschnitt von 2,0.

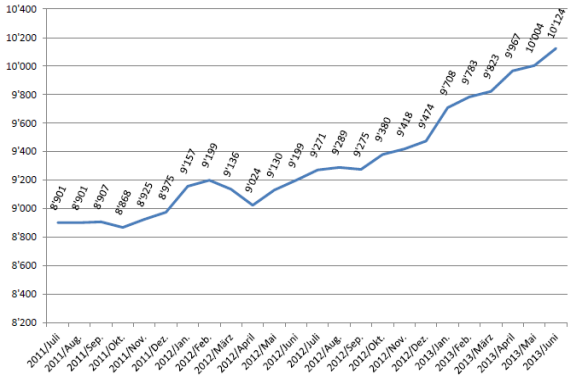
Bezüglich der Verteilung nach Spezial- und Grundversorgung zeigen die folgenden Abbildungen 24 und 25 die Entwicklung der fakturierenden[155] Ärztinnen und Ärzten aufgeteilt nach Grundversorgung und Spezialversorgung für die gesamte Schweiz von Juli 2011 bis Juni 2013.

Abbildung 24: Entwicklung fakturierende Grundversorger absolut / Juli 2011 - Juni 2013, Gesamtschweiz



Quelle: Datenpool santésuisse, Analyse Obsan, Darstellung ZS GDK, Stand Juli 2013[156]

Abbildung 25: Entwicklung Anzahl fakturierende Spezialisten (ohne Kinder- und Jugendmedizin) absolut / Juli 2011 - Juni 2013, Gesamtschweiz



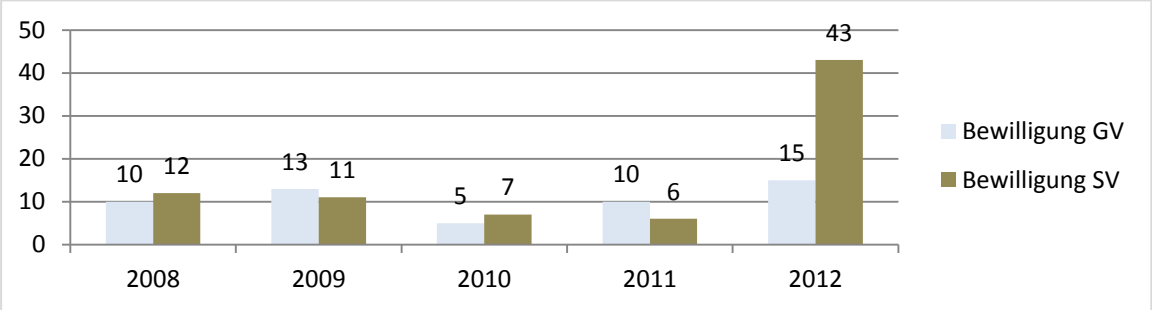
Quelle: Datenpool santésuisse, Analyse Obsan, Darstellung ZS GDK, Stand Juli 2013[157]

Es wird deutlich, dass Schweizweit die Anzahl an Grundversorgerinnen und Grundversorgern relativ konstant geblieben ist, während im Bereich der Spezialversorgung ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist. Dieser steht im Zusammenhang mit dem Zulassungsstopp, der im Jahr 2011 aufgehoben wurde. Daraus lässt sich schliessen, dass der Zulassungsstopp vor allem im Bereich der Spezialversorgung ein wirkungsvolles Instrument der Regulierung ist. Im Kanton Schwyz wurde der Zulassungsstopp per September 2013 wieder eingeführt.

[154] http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/04/01.html (8.7.2014)
[155] Fakturierende Ärztinnen und Ärzte sind solche, die im gefragten Zeitraum kassenpflichtige Leistungen abgerechnet haben.
[156] GDK (2013)
[157] GDK (2013)

Wie Abbildung 26 zeigt, hat sich im Kanton Schwyz die Anzahl neu erteilter Bewilligungen im Jahr 2012, im Bereich der Spezialversorgung (SV), ungefähr verfünffacht.

Abbildung 26: Anzahl neu erteilter Bewilligungen im Kanton Schwyz 2008 – 2012



Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.Dezember 2012

Es handelt sich hierbei jedoch nur um Angaben der erteilten Bewilligungen, was noch keiner Aufnahme der Praxistätigkeit entspricht. Viele Ärztinnen und Ärzte, die bereits in einem Spital angestellt sind, haben vermutlich eine Bewilligung „auf Vorrat“ eingeholt.

Der relative Zuwachs der tätigen Ärztinnen und Ärzte vom Juli 2011 bis Juni 2013 wird in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Relativer Zuwachs der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte Juli 2011 – Juni 2013

	Spezialversorgung	Grundversorgung	Total
Gesamte Schweiz	+13.7%	+3.8%	+9.4%
Kanton Schwyz	+26.0%	+1.0%	+10.9%

Quelle: Datenpool santésuisse, Analyse Obsan, eigene Darstellung, Stand Juli 2013[158]

Der totale Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten in den letzten zwei Jahren liegt im Kanton Schwyz mit +10,9 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt (+9,4%). Der Zuwachs an Spezialversorgung im Kanton Schwyz ist mit +26,0 Prozent schweizweit am zweit höchsten. Der Zuwachs an Grundversorgung liegt im Kanton Schwyz mit +1,0 Prozent unter dem Schweizer Durchschnitt (+3,8%).[159]
Da auch in der ärztlichen Versorgung ein Trend zu Teilzeitarbeitstätigkeit besteht, ist die Dichte an Ärztinnen und Ärzten keine zuverlässige Kennzahl zur Beurteilung der Versorgung. Die Anzahl an Ärztinnen und Ärzten wird deshalb durch die Angabe von sogenannten Vollzeitäquivalenten (VZÄ) abgelöst. Ein VZÄ entspricht einem Vollzeitpensum von 42 Wochenstunden. Man kann von einer neuen Generation der Ärzteschaft sprechen. Die alte Generation bestand mehrheitlich an Ärzten, die bereit waren weit mehr als 50 Stunden die Woche zu arbeiten, während heute eine Feminisierung und Teilzeitarbeitstätigkeit feststellbar ist.

Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zeichnet sich zurzeit ein Mangel ab. Die Arbeitsbelastung der Kinderärztinnen im inneren Kantonsteil ist durch die Pensionierung eines Kinderarztes, der keine Praxisnachfolge finden konnte, dermassen gestiegen, dass viele Kinder und Jugendliche nicht mehr wohnortsnah behandelt werden können und weiterverwiesen werden müssen. Im Rahmen dieser Veränderung der Versorgungslage im inneren Kantonsteil sahen sich die verbleibenden Kinderärztinnen dazu veranlasst, sich an die Regierung zu wenden.

[158] GDK (2013)
[159] GDK (2013)

Die Tabelle 4 zeigt die aktuelle Situation der Kinder- und Jugendmedizin.

Tabelle 4: Aufstellung der verfügbaren Ressourcen im Verhältnis zur Anzahl Kinder und Jugendliche

	Anzahl Ärzte	VZÄ	Anzahl K&J unter 15	Anzahl K&J unter 20	Anzahl K & J bis 15 auf 1 VZÄ	VZÄ auf 1000 K & J unter 15	Anzahl K & J bis 20 auf 1 VZÄ	VZÄ auf 1000 K & J unter 20
Innerschwyz	5	3.7	10396	14363	2810	0.36	3882	0.26
Einsiedeln	1	1.4	2253	3172	1609	0.62	2266	0.44
Ausserschwyz	8	5.6	9773	13381	1745	0.57	2389	0.42

Quelle: Amt für Wirtschaft, Stand 31.12.2013, eigene Erhebung

Bemerkung: VZÄ der Ärztinnen und Ärzte Stand Juni 2014, Anzahl Kinder und Jugendliche Stand Ende 2013

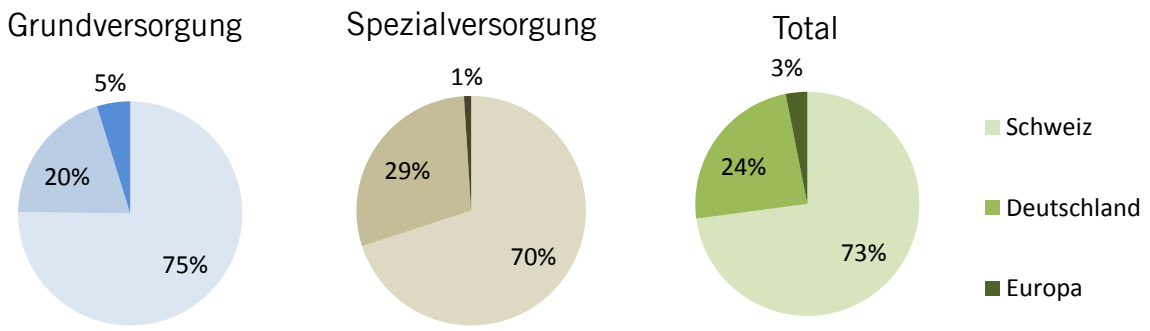
Pro Vollzeitstelle kommen in der Ausserschwyz 1745 Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre. In der Innerschwyz sind es 2810 Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre auf eine Vollzeitstelle. In Einsiedeln kommen 1609 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahre auf eine Vollzeitstelle. Hier ist zu erwähnen, dass nur ein Arzt verfügbar ist, der die insgesamt 2253 Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren versorgt. Ab Herbst 2014 werden zwei Kinderärztinnen zu einem Pensum von insgesamt 90 Prozent ihre Tätigkeit im Raum Einsiedeln aufnehmen. Es fehlen gesamtschweizerische Vergleichszahlen.

6.2.4 Nationalitäten

Bei der Sicherung der Kapazität wird oft auf die Rekrutierung aus dem Ausland zurückgegriffen. Auch im Kanton Schwyz werden seit 1973 Bewilligungen an ausländische Staatsangehörige vergeben. Mittlerweile beträgt der Ausländeranteil der Ärzteschaft im Kanton Schwyz 29 Prozent. Es sind keine aktuellen Daten für die Schweiz verfügbar.

In Abbildung 27 wird der Anteil der Nationalitäten, aufgegliedert nach Ärztegruppen, dargestellt.

Abbildung 27: Verteilung der Nationalitäten nach Berufsgruppen



Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.Dezember 2012

Der Anteil an Schweizerinnen und Schweizern ist mit 75 Prozent in der Grundversorgung etwas höher als in der Spezialversorgung (70%).

6.3 Berufsausübung

6.3.1 Facharztgruppen

Von den 225 per Ende 2012 im Kanton Schwyz tätigen Ärztinnen und Ärzten werden 125 (56%) Personen der **Grundversorgung** zugeteilt. Diese umfasst die FMH-Titel:

- Allgemein Innere Medizin
- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- praktischer Arzt
- Kinder- und Jugendmedizin.

Unter dem Begriff **Spezialversorgung** werden alle anderen FMH-Titel zusammengefasst. In diesen Fachbereichen waren 100 (44%) Personen tätig.

Die folgende Tabelle 5 listet die Anzahl aller Facharzttitel auf, welche im Kanton Schwyz in den Jahren 2008 bis 2013 bei der FMH registriert wurden. Abweichungen zu den Zahlen aus GESA ergeben sich einerseits aufgrund von Doppelzählungen in den FMH-Daten. Andererseits basieren die FMH-Zahlen auf einer freiwilligen Mitgliedschaft und erfassen somit nicht alle tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Tabelle 5: Entwicklung der Anzahl Facharzttitel nach FMH im Kanton Schwyz

Facharzttitel	2008	2009	2010	2011	2012	2013
kein Hauptfachgebiet	18	11	9	5	5	0
Allergologie/Immunologie	0	1	1	1	1	1
Allgemeine Innere Medizin	0	0	0	100	100	100
Allgemeinmedizin	67	67	64	0	0	0
Anästhesiologie	3	5	4	5	4	5
Arbeitsmedizin	0	1	1	1	1	1
Chirurgie	6	5	5	5	5	4
Dermatologie und Venerologie	4	4	5	5	5	7
Gastroenterologie	3	3	3	3	2	2
Gynäkologie und Geburtshilfe	12	11	12	12	11	12
Hämatologie	0	0	1	1	1	0
Handchirurgie	0	1	1	1	2	1
Innere Medizin	17	18	21	0	0	0
Intensivmedizin	1	2	1	1	1	2
Kardiologie	3	3	3	3	3	4
Kinder- und Jugendmedizin	10	10	11	10	10	12
Med. Onkologie	1	2	2	2	2	2
Neurologie	2	2	2	2	2	2
Ophthalmologie	10	10	11	10	11	11
ORL	5	5	5	5	5	5
Orthopädische Chirurgie	5	6	6	5	5	8
Pharmazeutische Medizin	1	1	1	1	1	1
Plastische Chirurgie	0	0	0	1	2	2
Pneumologie	1	1	1	1	1	1
Praktischer Arzt / Ärztin	8	9	12	14	18	19
Psychiatrie und Psychotherapie	8	10	10	12	14	14
Radiologie	5	5	5	5	5	5
Rheumatologie	1	2	2	2	2	2
Urologie	1	1	1	0	0	0
Total	**192**	**196**	**200**	**213**	**219**	**223**

Quelle: FMH, interaktives Abfragetool, Stand 23. April 2014

Zu den Facharzttiteln, die im Kanton Schwyz in den letzten drei Jahren in der freien Praxis nicht vertreten waren gehören Angiologie, Kiefer- und Gesichtschirurgie[160], Nephrologie, Pathologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsmedizin sowie Radio-Onkologie. Diese werden nicht aufgelistet.
Zu erwähnen ist, dass die FMH im Jahr 2011 einen Wechsel in der Bezeichnung der „Allgemeinmedizin“ und der „inneren Medizin“ vorgenommen hat. Diese beiden Facharzttitel werden neu unter dem Begriff „Allgemeine Inneren Medizin“ zusammengefasst.

6.3.2 Netzwerke, Einzel- und Gemeinschaftspraxen

Im Kanton Schwyz ist der 1997 gegründete Schwyzer Hausärzteverein als Ärztenetzwerk tätig. Ihm gehören 91 Grundversorger und 8 Spezialisten an, die 26‘000 Versicherte betreuen. Zudem betreibt die Sanacare eine HMO-Praxis in Schwyz. Insgesamt betrug im Kanton Schwyz, im Jahr 2012, der Anteil der Versicherten in Ärztenetzwerken 20 Prozent. Mittlerweile bestehen schweizweit 73 Netzwerke.[161]
Da die Daten der FMH auf selbstdeklarierten Angaben der Ärzte beruhen und nicht alle die Frage nach Praxisart beantwortet haben, entspricht die Summe der Anzahl Ärzte in Einzel- und Gruppenpraxen nicht dem Total der Ärztinnen und Ärzte.[162]

Die Tabelle 6 stellt die Anzahl Ärztinnen und Ärzte in Gruppenpraxen dar.

Tabelle 6: Anzahl Ärzte in Gruppenpraxen 2008 – 2013

	Kanton Schwyz			**Schweiz**		
	F	**M**	**Alle**	**F**	**M**	**Alle**
2008	23	35	58	1809	3018	4827
2009	21	36	57	1869	3044	4913
2010	21	39	60	1910	3050	4960
2011	20	39	59	2042	3206	5248
2012	24	42	66	2262	3432	5694
2013	26	46	72	2438	3679	6117

Quelle: FMH
Anmerkung: die Angaben zum Arbeitspensum und zur Praxisgrösse beruhen auf Selbstdeklaration

Es geht hervor, dass die Anzahl Gruppenpraxen im Kanton Schwyz von 2008 – 2011 praktisch konstant geblieben ist und sich ab dem Jahr 2012 eine Zunahme zeigt. Dieser Trend hat in der übrigen Schweiz etwas früher eingesetzt. Der Frauenanteil in Gruppenpraxen hat im Kanton Schwyz, im Gegensatz zur gesamten Schweiz, nicht wesentlich zugenommen.
Die Anzahl Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen ist schweizweit rückläufig und im Kanton Schwyz praktisch konstant.

6.3.3 Analyse der Leistungserbringung

Die im Folgenden unternommene Analyse hat zum Ziel, die im Kanton Schwyz erbrachte ambulante ärztliche Leistung darzustellen sowie Veränderungen der letzten fünf Jahre aufzuzeigen und daraus ableitend die Versorgungslage zu beurteilen. Es wird hierbei in Grundversorgung (GV) und Spezialversorgung (SV) unterschieden. Die untersuchten Parameter sind: *Tarmed*-Stunden pro Praxis (effektiv abgerechnete Zeit), Anzahl Patienten pro Praxis, Umsatz pro Patientin, Umsatz pro Praxis. Aufgrund zu kleiner Fallzahlen können nicht alle Bezirke abgebildet werden.

[160] Ein in Lachen tätiger Kieferchirurge wird bei den Zahnärzten mitgerechnet.
[161] fmc (oJ)
[162] Kraft und Hostettler (2013): S. 453ff

6.3.3.1 Beurteilung der Datengrundlage

Die den folgenden Analysen zugrunde liegende Datenbasis besteht einerseits aus dem NAKO[163]-Datensatz und andererseits aus dem OBELISC[164]-Datensatz. Beide Datensätze wurden von der Firma NewIndex analysiert und zur Verfügung gestellt. Beim NAKO-Datensatz handelt es sich um aggregierte Abrechnungsdaten, die die Ärzte dem Trustcenter Medkey gesendet haben. Diese Datensendung ist freiwillig und umfasste im Jahr 2012 55,6 Prozent der bei der FMH gemeldeten Ärztinnen und Ärzte. Der OBELISC Datensatz umfasste im Jahr 2012 41,4 Prozent der bei der FMH gemeldeten Ärztinnen und Ärzte und besteht aus pseudonymisierten Daten, die nur mit zusätzlicher Einwilligung der Ärztinnen und Ärzten freigegeben werden können. Der OBELISC-Datensatz erlaubt im Gegensatz zu den NAKO-Daten eine detailliertere Auswertung. Die Überprüfung der Repräsentativität anhand der Verteilung von Geschlecht, Alter und Bezirk ist aufgrund mangelnder Daten[165] nicht möglich. Zudem wird nur mit Mittelwerten gerechnet. Inwiefern dies eine präzise Abbildung der tatsächlichen Situation erlaubt, bleibt unsicher. Die folgenden Darstellungen entsprechen einer bestmöglichen Annäherung, die auf den zur Verfügung stehenden absoluten Zahlen aus einer Stichprobe basieren.

Die Tabelle 7 zeigt den Abdeckungsgrad der NAKO- und OBELISC-Daten im Vergleich zu den Zahlen der FMH.

Tabelle 7: Anzahl Praxen NAKO und OBELISC und entsprechende Abdeckungsrade im Vergleich zu FMH

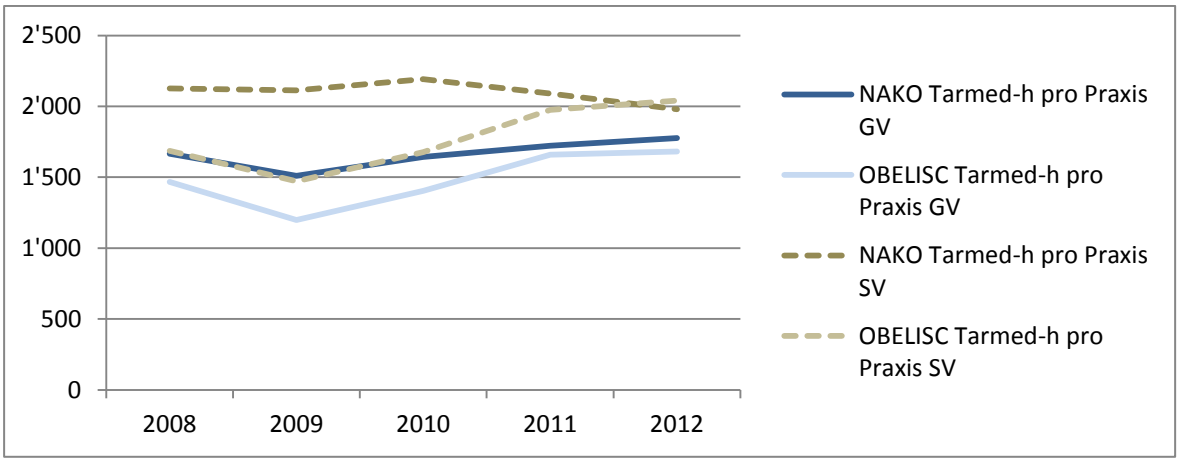
	Anzahl Praxen 2012	Abdeckungsgrad im Vergleich zu FMH
NAKO	110	55,6%
OBELISC	82	41,4%

Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz Stand September 2013, OBELSIC-Datensatz Stand Juli 2013, eigene Darstellung

Mit den NAKO- und OBELSIC-Daten werden also rund die Hälfte der im Kanton Schwyz praktizierenden Ärztinnen und Ärzte abgebildet[166].

Die Abbildung 28 zeigt den Vergleich der Entwicklung der NAKO- und OBELSIC-Daten nach Fachgruppe.

Abbildung 28: Entwicklung der NAKO- und OBELSIC-Daten nach Fachgruppe



Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz Stand September 2013 und OBELSIC-Datensatz Stand Juli 2013, eigene Darstellung

[163] NAKO = nationale Konsolidierungsstelle
[164] OBELISC = **OB**jective **E**valuation and **L**eadership **I**n **S**cientific Health Data **C**ollection
[165] Da im NAKO-Datensatz nur aggregierte Daten zugänglich sind, fehlt die Aufschlüsselung nach den genannten Parametern
[166] Da auch in der FMH-Statistik nicht alle praktizierenden Ärztinnen und Ärzte erfasst sind, muss von einem noch tieferen Abdeckungsgrad ausgegangen werden.

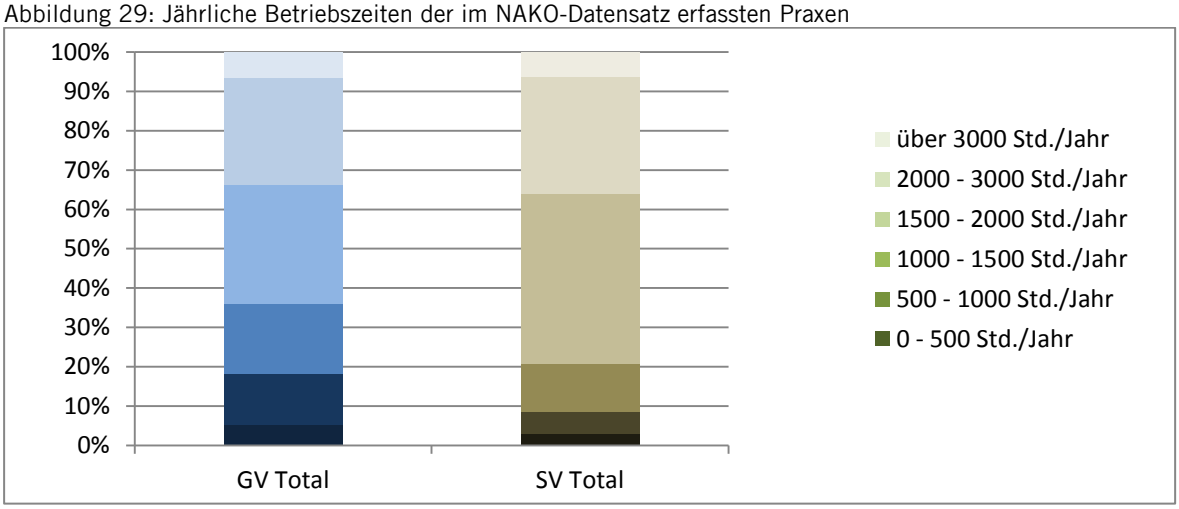
Es wird ersichtlich, dass die Verläufe der unterschiedlichen Daten im Bereich der Grundversorgung ähnlich verlaufen. Im Bereich der Spezialversorgung zeigt sich ein gegenläufiger Verlauf, der einen Hinweis dafür liefert, dass die OBELISC-Daten im Bereich der Spezialversorgung nicht repräsentativ sind. Es wird im Folgenden auf die Abbildung der Spezialversorgung, basierend auf OBELSIC-Daten, verzichtet.

6.3.3.2 Allgemeine Beschreibung der Leistungserbringung

In diesem Unterkapitel werden die Verteilung der jährlichen Betriebszeit beschrieben und Vergleiche zwischen Altersgruppen und Geschlechtern vorgenommen.

Die Abbildung 29 zeigt die anteilsmässige Verteilung nach jährlichen Betriebszeiten der im NAKO-Datensatz erfassten Praxen aufgeteilt nach Grund- und Spezialversorgung für das Jahr 2012.

Abbildung 29: Jährliche Betriebszeiten der im NAKO-Datensatz erfassten Praxen



Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz, Stand September 2013, eigene Darstellung

In der Grundversorgung wurden 77 Praxen und in der Spezialversorgung 33 Praxen erfasst. In den meisten Praxen wird jährlich zwischen 1500 – 2000 Stunden gearbeitet. Dies ist anteilsmässig vor allem in der Spezialversorgung der Fall und entspricht einem Vollzeitpensum. Wird mehr als 3000 Stunden gearbeitet, weist dies darauf hin, dass mehrere Ärztinnen und Ärzte in der gleichen Praxis tätig sind. Im Bereich der Grundversorgung gibt es offenbar einige Praxen, die möglicherweise das Potenzial hätten, die Betriebszeiten zu steigern.

Die folgenden Tabellen 8 und 9 zeigen Vergleiche zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern.

Tabelle 8: Vergleich zwischen den Altersgruppen

	Patienten pro Praxis	Tarmed-h pro Praxis	Umsatz pro Patient	Sitzungen pro Praxis	Sitzungsdauer
Unter 45	1‘432	1‘651	581	7‘095	14.0
45-55	1‘445	1‘672	650	8‘368	12.0
55-65	1‘264	1‘858	790	8‘779	12.7
über 65	1‘142	1‘560	709	7‘079	13.2

Quelle: Daten NewIndex: OBELSIC-Datensatz, Stand Juli 2013, eigene Darstellung

Jüngere Ärztinnen und Ärzte haben mehr Patienten pro Praxis aber weniger Umsatz pro Patient. Sie rechnen weniger *Tarmed*-Stunden ab und haben weniger Sitzungen pro Praxis. Dass der Umsatz pro Patient mit dem Alter der Ärztin oder des Arzte steigt, hängt am ehesten damit

zusammen, dass die Patientinnen und Patienten mit der Ärzteschaft altern und entsprechend mehr Leistungen in Anspruch nehmen.

Tabelle 9: Vergleich zwischen den Geschlechtern

	Patienten pro Praxis	Tarmed-h pro Praxis	Umsatz pro Patient	Sitzungen pro Praxis	Sitzungsdauer
Frauen	1‘021	1‘258	593	5‘470	13.79
Männer	1‘450	1‘829	699	8‘845	12.40

Quelle: Daten NewIndex: OBELSIC-Datensatz, Stand Juli 2013, eigene Darstellung

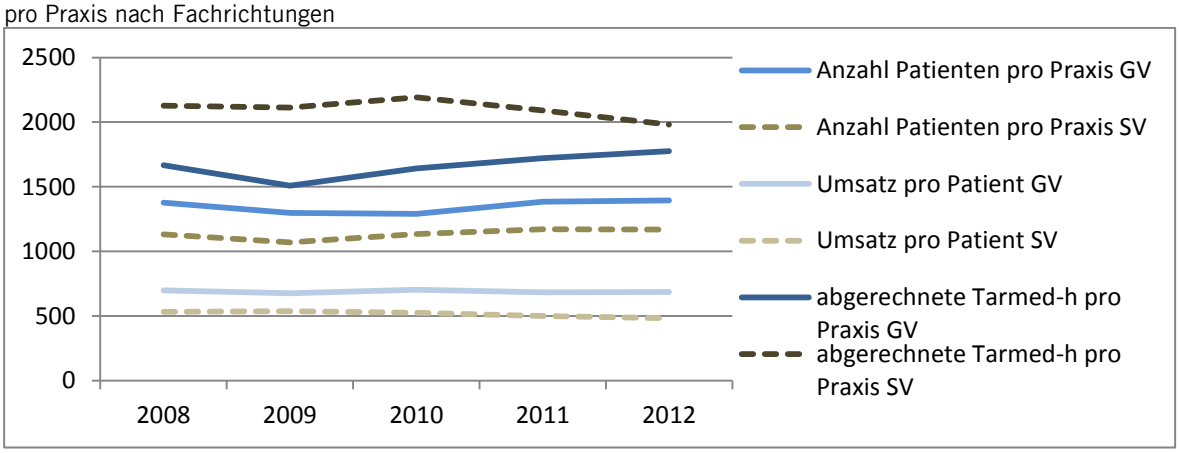
Die Tabelle 8 bestätigt, dass Ärztinnen weniger arbeiten. Sie behandeln weniger Patientinnen und Patienten pro Praxis und rechnen weniger *Tarmed*-Stunden pro Praxis ab. Dafür haben sie eine leicht längere Sitzungsdauer. Zudem machen sie weniger Umsatz pro Patient. Wie dieser letztgenannte Befund zustande kommt, ist nicht bekannt. Für eine Beurteilung müsste die Struktur (z.B. Geschlechterverteilung, Altersverteilung) des Patientengutes bekannt sein.

6.3.3.3 Leistungserbringung nach Fachgruppe und Bezirk

Im Folgenden wird die Leistungserbringung nach Fachgruppe und Bezirk differenziert dargestellt. Die Verläufe relevanter Parameter werden nach Bezirk differenziert dargestellt. Mit den folgenden Abbildungen können einerseits Unterschiede zwischen den Fachgruppen und zwischen den Bezirken aufgezeigt werden. Andererseits lassen die Verläufe, insbesondere jener Parameter, die nicht von der Ärzteschaft beeinflusst werden können, auf Veränderungen schliessen, die für die Versorgung bedeutend sind.

In Abbildung 30 wird der Verlauf der Anzahl Patienten pro Praxis, des Umsatzes pro Patientin und die Anzahl abgerechneter *Tarmed*-Stunden pro Praxis nach Fachrichtungen für den ganzen Kanton aufgezeigt. Da es sich um NAKO-Daten handelt, ist keine Differenzierung nach Bezirk möglich.

Abbildung 30: Entwicklung Anzahl Patienten pro Praxis, Umsatz pro Patient, Anzahl abgerechnete Tarmed-Stunden pro Praxis nach Fachrichtungen



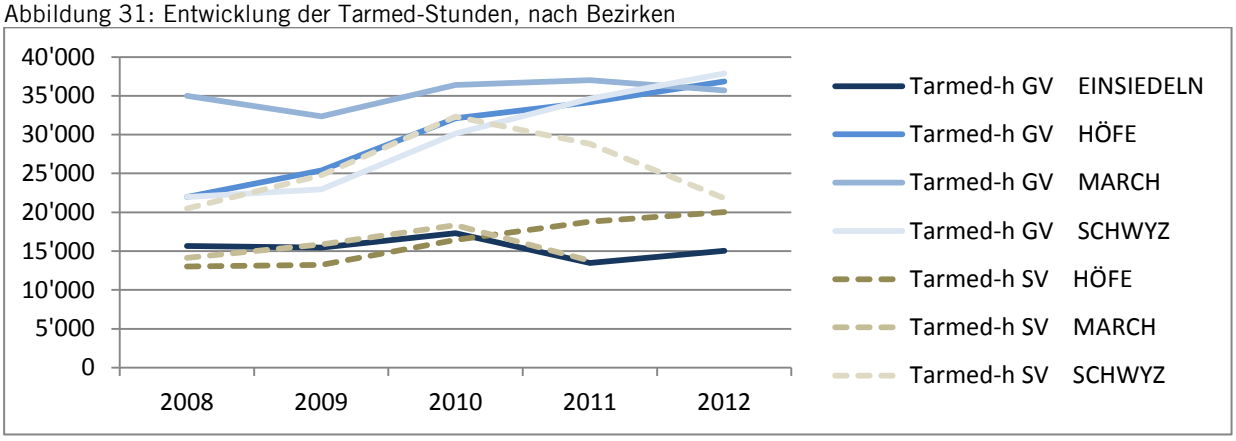
Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz, Stand September 2013, eigene Darstellung

Im Bereich der Spezialversorgung können folgende Aussage bezüglich des Verlaufs der letzten fünf Jahre gemacht werden: Obige Graphik zeigt, dass die Anzahl der abgerechneten *Tarmed*-h pro Praxis rückläufig ist, ebenso der Umsatz pro Patient, die Anzahl Patienten pro Praxis sind leicht steigend. Es ist unklar worauf diese Entwicklungen zurückzuführen sind. Es kann sein, dass mehr Teilzeit gearbeitet wird. Naheliegend wäre die Annahme, dass durch mehr Praxen weniger Arbeitsvolumen vorhanden ist. Dies widerspricht jedoch dem Befund, dass pro Praxis mehr oder weniger gleichviele Patienten verzeichnet werden.
Im Bereich der Grundversorgung zeigt sich, dass die Anzahl abgerechneter *Tarmed*-h pro Praxis steigt, die Anzahl Patienten pro Praxis leicht steigt und der Umsatz pro Patient in etwa gleich

bleibt. Daraus ist zu schliessen, dass das Bevölkerungswachstum mit einer Erhöhung der Kapazität einhergehen muss, damit die Arbeitsbelastung pro Praxis gleich bleibt.

In Abbildung 31 werden die absolute Anzahl der abgerechneten *Tarmed*-Stunden (nicht nach Praxis) für die Praxen der Grund- und Spezialversorgung abgebildet.

Abbildung 31: Entwicklung der Tarmed-Stunden, nach Bezirken

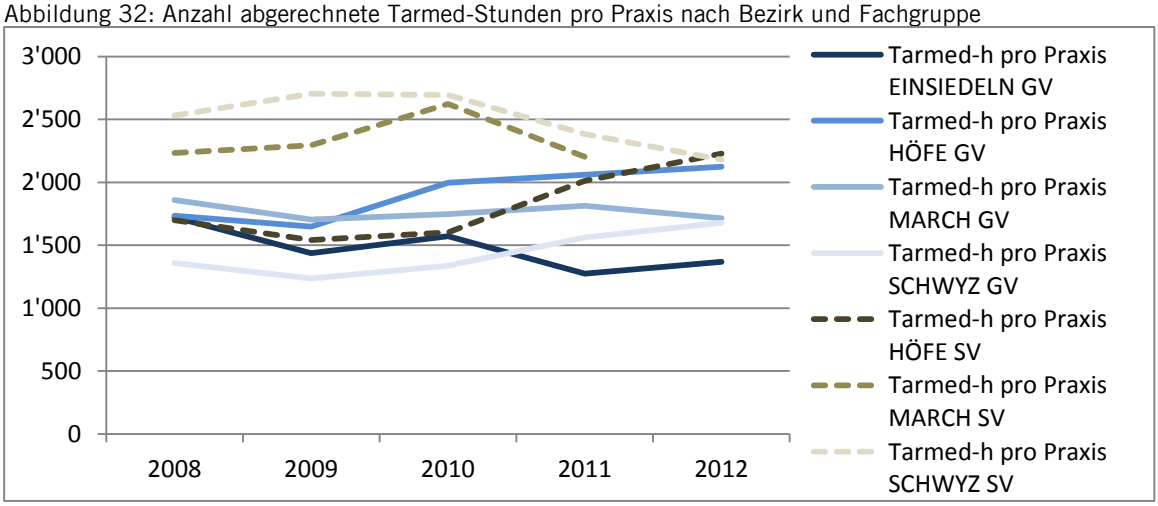


Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz, Stand September 2013, eigene Darstellung

Zwischen den Bezirken sind erhebliche Unterschiede auszumachen. Im Bereich der Grundversorgung nehmen in den Bezirken Höfe und Schwyz die Anzahl *Tarmed*-Stunden zu, während sie im Bezirk Einsiedeln konstant bleiben. Hinweis: Im Jahr 2012 wurden im Bezirk Einsiedeln 11 Praxen, im Bezirk Gersau zwei, im Bezirk Höfe 17, im Bezirk Küssnacht drei, im Bezirk March 21 und im Bezirk Schwyz 23 Grundversorgerpraxen erfasst.
Die Spezialistinnen und Spezialisten im Bezirk Höfe zeigen die gleiche Tendenz wie die Grundversorgenden. Hingegen kommt es in der March und im Bezirk Schwyz im Jahr 2010 zu einem markanten Knick. Im Jahr 2012 wurden im Bezirk Einsiedeln vier, im Bezirk Gersau null, im Bezirk Höfe neun, im Bezirk Küssnacht fünf, im Bezirk March fünf und im Bezirk Schwyz zehn Praxen der Spezialversorgung erfasst.
Für die Bezirke Gersau, Küssnacht und Einsiedeln liegen infolge zu kleiner Fallzahlen (<6 Praxen) keine Daten vor.

Die Abbildung 32 zeigt die Verläufe der Anzahl abgerechneter *Tarmed*-Stunden nach Bezirk und Fachgruppe auf.

Abbildung 32: Anzahl abgerechnete Tarmed-Stunden pro Praxis nach Bezirk und Fachgruppe



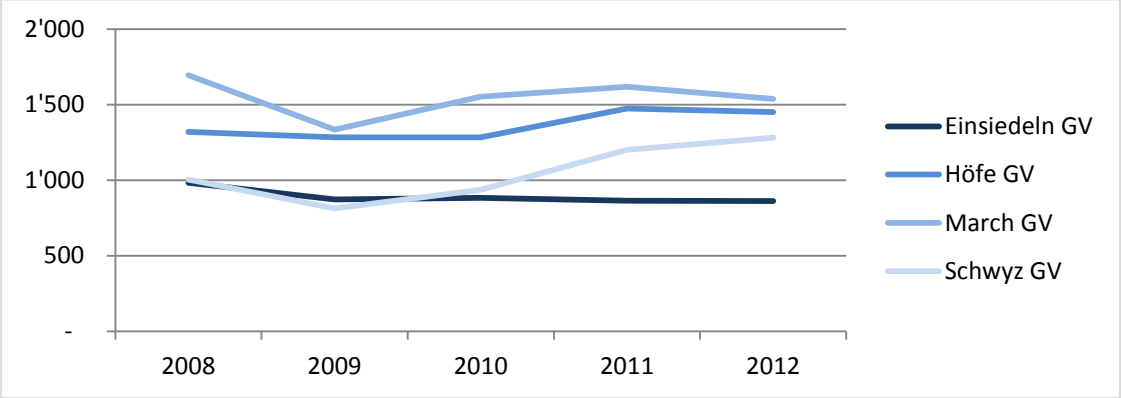
Quelle: Daten NewIndex: NAKO-Datensatz, Stand September 2013, eigene Darstellung

Die Bezirke Küssnacht und Gersau sowie zum Teil March und Einsiedeln konnten aufgrund zu kleiner Fallzahlen nicht abgebildet werden.

Im Bereich der Spezialversorgung zeigt sich, dass im Bezirk Höfe mehr *Tarmed*-Stunden pro Praxis abgerechnet werden, im Bezirk Schwyz weniger. Die Anzahl der abgerechneten *Tarmed*-Stunden liegt in der Spezialversorgung über der Anzahl abgerechneter *Tarmed*-Stunden der Grundversorgung. Auch hier würden Erfahrungswerte eher davon ausgehen, dass in den Praxen der Grundversorgung mehr *Tarmed*-Stunden abgerechnet werden als in den Praxen der Spezialversorgung.

Abbildung 33 zeigt die Entwicklung der Anzahl Patienten pro Praxis nach Bezirken und Fachrichtung.

Abbildung 33: Patienten pro Praxis, nach Bezirk, Grundversorgung

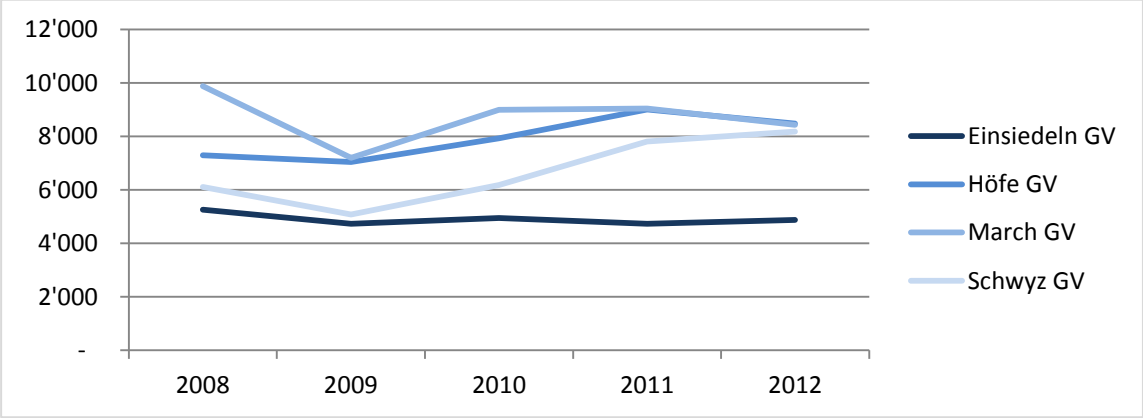


Quelle: Daten NewIndex: OBELISC-Datensatz, Stand Juli 2013, eigene Darstellung

Die Anzahl Patienten pro Praxis ist im Bezirk Schwyz kontinuierlich gestiegen. In den Bezirken Höfe und March liegt die Anzahl Patienten pro Praxis am höchsten und bleibt über den Zeitverlauf eher konstant. Im Bezirk Einsiedeln bleibt die Anzahl Patienten pro Praxis konstant.

Abbildung 34 zeigt die Entwicklung der Anzahl Sitzungen pro Praxis nach Bezirk und Fachrichtung.

Abbildung 34: Sitzungen pro Praxis, nach Bezirk, Grundversorgung

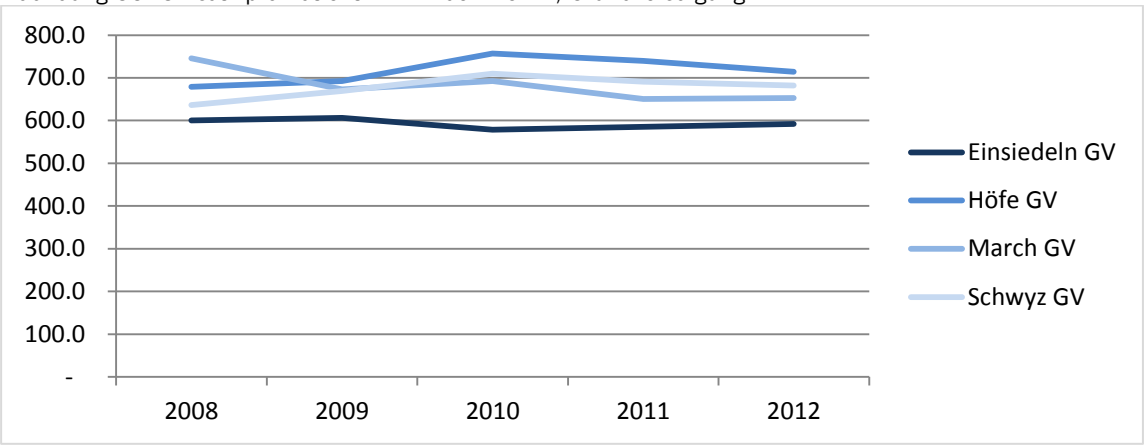


Quelle: Daten NewIndex: OBELISC-Datensatz, Stand Juli 2013, eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass besonders im Bezirk Schwyz die Anzahl Sitzungen pro Praxis der Grundversorgung in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist. Dies ist auf die gestiegene Anzahl Patientinnen und Patienten zurückzuführen.

Die Abbildung 35 zeigt den Umsatz pro Praxis nach Bezirk und Fachgruppe.

Abbildung 35: Umsatz pro Patient in Fr. nach Bezirk, Grundversorgung



Quelle: Daten NewIndex: OBELISC-Datensatz, Stand Juli 2013, eigene Darstellung

Trotz steigender Anzahl Sitzungen pro Praxis wurde im Bezirk Schwyz in den Grundversorgerpraxen keine Umsatzsteigerung erzielt. Dies gilt jedoch nur für die hier abgebildeten Praxen die im OBELSIC-Datensatz erfasst sind. Wie aus der Abbildung oben ersichtlich wird, zeigt sich im NAKO-Datensatz auch für diese Praxen ein entsprechender Umsatzzuwachs. Auch in anderen Bezirken bleibt der Umsatz pro Patient im Zeitverlauf gleich.

6.3.3.4 Hochrechnung der ärztlich geleisteten Arbeitsstunden

Gestützt auf die von NewIndex zur Verfügung gestellten Abrechnungszahlen der Schwyzer Ärztinnen und Ärzte, lässt sich durch Hochrechnung der abgerechneten *Tarmed*-Stunden die gesamthaft an den Patientinnen und Patienten geleistete Arbeitszeit schätzen. Im Jahr 2008 liegt die Hochrechnung bei rund 283‘000 abgerechneten *Tarmed*-Stunden. Im Jahr 2012 wird eine Zunahme auf rund 363‘000 *Tarmed*-Stunden verzeichnet, was einer Erhöhung um rund 28 Prozent entspricht. In der gleichen Zeit hat die Bevölkerung lediglich um rund 5 Prozent zugenommen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Kopf gestiegen ist.
Geht man von einer Sollarbeitszeit von 42 Stunden pro Woche und 48 Arbeitswochen pro Jahr aus, brauchte es im Jahr 2012 180 ärztliche Vollzeitäquivalente (VZÄ) um die gesamthaft abgerechneten *Tarmed*-Stunden zu leisten. Berücksichtigt man die zusätzlich aufgewendeten Stunden für die Administration, Führung der Praxis und Bereitschaftsdienst, liegt die tatsächliche Jahresarbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte über der Sollarbeitszeit.

6.3.3.5 Untersuchung der Patientenströme

Die folgenden Abbildungen 36 und 37 stellen die Patientenströme auf Basis der OBELISC-Daten für das Jahr 2012 dar.

Abbildung 36: Patientenströme, Spezial- und Grundversorgung, Jahr 2012

Bezirk/Region Arzt →

Bezirk Patient ↓	Einsiedeln	Höfe	March	Schwyz	Nachbar-kantone	restl. CH
Einsiedeln	71%	13%	4%	3%	8%	1%
Gersau	0	0	0	89%	9%	1%
Höfe	2%	67%	6%	1%	22%	3%
Küssnacht	0	0	0	49%	47%	4%
March	0	16%	69%	1%	13%	1%
Schwyz	3%	1%	0	85%	9%	1%
Kanton SZ	11%	16%	19%	39%	13%	1%

Quelle: NewIndex, OBELISC-Daten, Stand April 2013, eigene Darstellung
Bemerkung: Da in den Bezirken Gersau und Küssnacht zu wenige Praxen erfasst werden, werden diese zum Bezirk Schwyz hinzugezählt.

Die meisten Patientinnen und Patienten lassen sich bei Ärztinnen und Ärzten im eigenen Wohnortsbezirk behandeln. Eine deutliche Ausnahme zeigt sich im Bezirk Küssnacht. 49 Prozent der in der OBELISC-Datenbank erfassten Patientinnen und Patienten lassen sich in einem Nachbarskanton behandeln. Auch in den Bezirken Höfe und March besteht eine Tendenz, sich in Nachbarskantonen behandeln zu lassen. Dies gilt für alle Fachrichtungen.

In Abbildung 37 werden die Patientenströme ausschliesslich für die Grundversorgung aufgezeigt.

Abbildung 37: Patientenströme, nur Grundversorgung, Jahr 2012

Bezirk/Region Arzt →

Bezirk Patient ↓	Einsiedeln	Höfe	March	Schwyz	Nachbar-kantone	restl. CH
Einsiedeln	84%	7%	1%	2%	5%	1%
Gersau	0	0	0	91%	7%	1%
Höfe	1%	76%	6%	0%	15%	3%
Küssnacht	0	0	0	61%	35%	4%
March	0	5%	85%	0%	8%	1%
Schwyz	2%	0%	0	91%	6%	1%
Kanton SZ	11%	13%	24%	41%	9%	2%

Quelle: NewIndex, OBELISC-Daten, Stand April 2013, eigene Darstellung
Bemerkung: Da in den Bezirken Gersau und Küssnacht zu wenige Praxen erfasst werden, werden diese zum Bezirk Schwyz hinzugezählt.

Betrachtet man die Situation nur auf die Grundversorgung bezogen, zeigt sich ein ähnliches Bild, wobei die Inanspruchnahme im eigenen Wohnbezirk noch ausgeprägter ist.

6.3.3.6 Kritische Würdigung der Analysen

Die in den vorangegangenen Unterkapiteln vorgenommenen Analysen müssen, aufgrund der bereits erwähnten ungeklärten Repräsentativität und Signifikanz, mit Vorsicht interpretiert werden. Nichtsdestotrotz haben die Analysen aufgezeigt, dass mit den regelmässig erhobenen Daten der Ärztinnen und Ärzte interessante und für die Beurteilung der Versorgung bedeutsame

Aussagen gemacht werden könnten. Es wird dringend empfohlen, dass die Datengrundlage von den Trustcentern besser für die Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt wird.

6.3.3.7 Zusammenfassende Betrachtung der ärztlichen Versorgung

Die Hauptlast der heutigen ärztlichen Versorgung wird noch durch eine Ärztegeneration getragen, die typischerweise männlich, um 55 Jahre alt ist und in einer Einzelpraxis überdurchschnittlich viele Stunden arbeitet. Die Trends in der Gesamtschweiz machen sich auch im Kanton Schwyz bemerkbar. Die Ärzteschaft wird immer weiblicher und spezialisierter, sucht gerne eine Tätigkeit in einer Institution mit teilzeitlicher Anstellung, um eine bessere Balance zwischen Familie, Freizeit und Karriere zu finden. Obwohl die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte – hauptsächlich aus dem Ausland zugezogen – leicht zugenommen hat, so stehen dennoch insgesamt weniger VZÄ für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Gleichzeitig steigt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch eine anspruchsvollere, wachsende und älter werdende Bevölkerung. Grundsätzlich kann die ambulante medizinische Versorgung heute im Kanton Schwyz als gut bezeichnet werden. In Zukunft muss jedoch damit gerechnet werden, dass beim Weggang von pensionierten Ärzten Engpässe entstehen und es zu einer Unterversorgung kommen könnte[167]. Um dem entgegen zu wirken, bedarf es Strukturen, die Ärztinnen und Ärzte von administrativen Aufgaben entlastet und den heutigen Lebensmodellen besser gerecht werden.

6.4 Notfalldienst

Der Bevölkerung des Kantons Schwyz stehen der ärztliche, der zahnärztliche und der Notfalldienst der Spitäler zur Verfügung. Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung sind verpflichtet, sich an einem Notfalldienst zu beteiligen. Die Spitäler haben grundsätzlich diejenigen Notfälle zu versorgen, welche einer Spitalinfrastruktur bedürfen.

Für die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes ist die Ärztegesellschaft, für jene des zahnärztlichen die Zahnärztegesellschaft zuständig. Je ein Reglement regeln diese beiden Dienste. Die Aufsicht über die Notfalldienste und die Genehmigung der Reglemente und deren Änderungen sind Sache des Amtes für Gesundheit und Soziales.

Der ambulante ärztliche Notfalldienst wird sichergestellt durch den allgemeinen Notfalldienst der ärztlichen Grundversorger, den fachärztlichen Notfalldienst und die Spitäler. Für den allgemeinen Notfalldienst ist der Kanton in sechs Notfalldienstkreise unterteilt (siehe www.sz.ch/notfall). Der fachärztliche Notfalldienst (z. B. augenärztlicher, psychiatrischer) steht dem allgemeinen Notfalldienst konsiliarisch als Hintergrunddienst zur Verfügung und behandelt bei Bedarf auch Notfallpatienten. Die Spitäler Schwyz, Einsiedeln und Lachen entlasten den allgemeinen Notfalldienst indem sie nachts die Anrufe auf die Notfallnummern entgegennehmen und mobile Notfallpatienten im Spital versorgen.

Der zahnärztliche Notfalldienst kann beansprucht werden, wenn bei einem Notfall der Hauszahnarzt nicht erreichbar ist, speziell in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen. Für eine dringend indizierte Medikamentenabgabe kann eine Patientin oder ein Patient an den allgemeinärztlichen Notfalldienst oder das nächstgelegene Regionalspital überwiesen werden. Für diesen Dienst ist der Kanton in zwei Kreise eingeteilt, Ausserschwyz und Innerschwyz. Während der Nacht bildet der ganze Kanton einen Notfalldienstkreis.

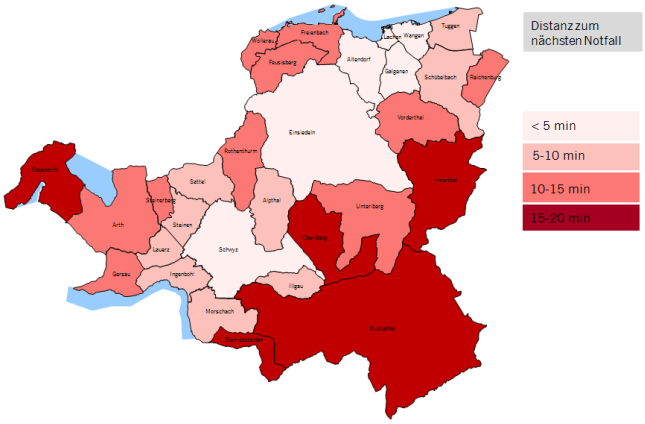
Eine Umfrage bei der Ärzteschaft im Herbst 2012 hat ergeben, dass eine grosse Zufriedenheit mit dem aktuellen Notfalldienst besteht, insbesondere wird die Entlastung durch die Spitäler als sehr zweckmässig betrachtet. Gemäss dieser Umfrage besteht aus Sicht der Ärzteschaft kein genereller Handlungsbedarf bezüglich Weiterentwicklung des Notfalldienstes und der Umsetzung des Konzepts Notfallpraxis am Spital. Da es sich hier um ein dynamisches Feld han-

[167] Ein aktuelles Beispiel ist eine ersatzlos geschlossene Kinderarztpraxis in Schwyz, was die verbleibenden Kinderärztinnen und Kinderärzte dazu bewogen hat, sich mit einem Schreiben im Februar 2014 an die Regierung zu wenden. vgl. Camenzind (2014): 1, 4

delt, sind bereits Veränderungen erkennbar. So ist am Spital Schwyz eine Notfallpraxis der Hausärztegruppe Schwyz entstanden und behandelt seit dem 1. Juli 2014 abends und an Wochenenden zentral alle Notfallpatienten im Talkessel Schwyz. Die regelmässige Information der Bevölkerung über die regionalen Begebenheiten des Notfalldienstes ist sehr wichtig. Jeder Kantonsbewohner sollte wissen, wie er sich in einem medizinischen Notfall zu verhalten hat, respektive welche verschiedenen *Ansprechstrukturen* ihm zur Verfügung stehen.
Es hat sich zudem auch gezeigt, dass ein gut organisierter, die Grundversorgung entlastender Notfalldienst eine unabdingbare Voraussetzung für die Rekrutierung neuer Ärztinnen und Ärzte für den Bereich Grundversorgung darstellt.

Die Abbildung 38 stellt die Distanzen zur nächsten Notfallstation eines Spitals, nach Gemeinde dar. Es wurde hierbei eine Analyse mittels dem Onlinedienst map.search gemacht und ein Durchschnittswert nach Gemeinde gebildet.

Abbildung 38: Distanz zum nächsten Notfall nach Gemeinde



Quelle: eigene Erhebung, eigene Darstellung, Stand März 2014

Wie im Rechenschaftsbericht festgehalten wird, kann das durch den Interverband für Rettungswesen angestrebte Ziel, in 90 Prozent der Fälle bei einem medizinischen Notfall innert 15 Minuten durch einen Rettungsdienst oder einen Erstretter vor Ort zu sein, im Kanton Schwyz auch mit vier Rettungsdienst-Standorten aufgrund der topografischen Verhältnisse (Regionen Ybrig, Alpthal/Brunni, Wägital usw.) nicht realisiert werden.[168]

6.5 Zahnmedizin

In der Zahnmedizin waren per 31. Dezember 2012 im Kanton Schwyz 82 Personen tätig, davon 25 (30%) Frauen und 57 (70%) Männer. Dies entspricht einer Dichte von 5,5 Zahnärzten auf 10‘000 Einwohner im Jahr 2012. Im Vergleich zur Gesamtschweiz liegt der Kanton Schwyz leicht über dem Durchschnitt von 5,2 Zahnärzten pro 10‘000 Einwohner, wobei bedacht werden muss, dass sich diese Zahl auf das Jahr 2011 bezieht[169].

Durchschnittlich sind die Zahnärztinnen 47.8 Jahre alt und die Zahnärzte 51.0 Jahre. Bis Ende 2020 werden 12 Zahnärzte das 70. Altersjahr erreichen, was 14,6 Prozent der heute tätigen Zahnärzte entspricht. 66 Prozent der Zahnärzte kommen aus der Schweiz, 24 Prozent aus Deutschland und 10 Prozent aus dem restlichen Europa.

6.6 Spital ambulant

Über den spitalambulanten Bereich sind wenige Daten vorhanden. Mit dem Projekt MARS des Bundes soll dem Umstand der fehlenden Datenlage Abhilfe geleistet werden. Geplant ist die Erfassung von Daten aus dem spitalambulanten Bereich ab 2013. Zurzeit ist für die gesamte

[168] Regierungsrat des Kantons Schwyz (2013): 50
[169] Interpharma (2013): S. 39

Schweiz nur der Datenpool der santésuisse öffentlich zugänglich. Für den vorliegenden Bericht lieferten die innerkantonalen Spitäler ihre eigenen Daten zum ambulanten Bereich. Hierbei ist zu bedenken, dass es sich um Erträge ohne Vorhaltekosten handelt.

6.6.1 Spital Schwyz

Das Spital Schwyz behandelte im Jahr 2012 insgesamt 16‘151 ambulante Fälle. Davon waren 8‘379 notfallmässige Eintritte, wovon 40,7% stationär aufgenommen wurden. Werden diese Fälle abgezogen, beträgt der Anteil an notfallmässig behandelten ambulanten Fällen 31,1%.

Die Tabelle 10 zeigt die Fälle und Erträge nach Fachrichtungen differenziert dar.

Tabelle 10: Fälle und Erträge nach Fachrichtungen im Spital Schwyz

	Fälle	Abgerechnete Leistungen (in CHF)
Chirurgie allgemein	5‘119	2‘708‘197
Orthopädie	2‘943	2‘090‘705
Urologie	430	235‘266
Ophthalmologie	431	1‘111‘896
Gynäkologie/Geburtshilfe	961	532‘610
Medizin	5‘258	7‘935‘572
HNO	160	229‘459
Anästhesie/Schmerztherapie	691	346‘328
Übrige	158	55‘269
Total	**16‘151**	**15‘245‘302**

Quelle: Spital Schwyz, eigene Darstellung, Stand 2012

Es zeigt sich, dass der Grossteil der Fälle auf Medizin und allgemeine Chirurgie fällt und beide Bereiche rund 5‘000 Fälle im Jahr 2012 verzeichneten.

In Abbildung 39 werden die Erträge nach Fachrichtungen differenziert aufgelistet.

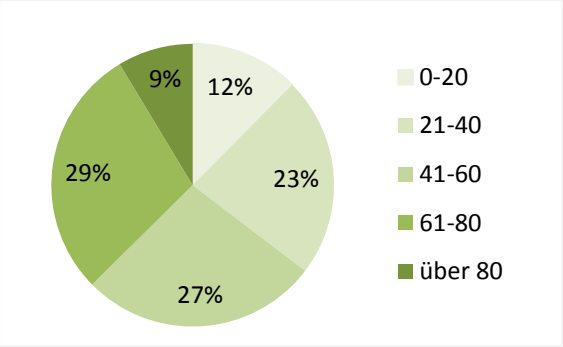
Abbildung 39: Aufteilung der ambulant abgerechneten Leistungen nach Fachrichtung im Spital Schwyz

Quelle: Spital Schwyz, eigene Darstellung, Stand 2012

Es wird ersichtlich, dass der Bereich der Medizin mit 52% den grössten Anteil ausmacht, gefolgt von der allgemeinen Chirurgie (18%) und der Orthopädie (14%). Insgesamt wurden im Jahr 2012 15‘245‘302 CHF in Rechnung gestellt.

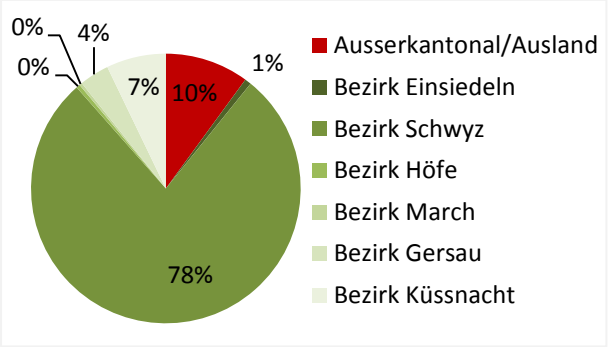
Die Abbildungen 40 und 41 zeigen die Anteile der Altersgruppen der Patientinnen und Patienten im Spital Schwyz sowie deren Herkunft.

Abbildung 40: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Schwyz nach Altersgruppen



Quelle: Spital Schwyz, eigene Darstellung, Stand 2012

Abbildung 41: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Schwyz nach Herkunft



Quelle: Spital Schwyz, eigene Darstellung, Stand 2012

Im Jahr 2012 wurden im Spital Schwyz hauptsächlich 41 bis 80-jährige Menschen behandelt wovon 78% aus dem Bezirk Schwyz selbst stammen.

6.6.2 Spital Lachen

Im Spital Lachen wurden im Jahr insgesamt 23‘823 Fälle ambulant behandelt und ein Ertrag von 13 Mio. CHF erwirtschaftet. Der Anteil der notfallmässigen Aufnahmen beträgt 31,2%. Die Tabelle 11 listet die Anzahl Fälle und Erträge auf. Der Grossteil der Fälle entfällt auf den Fachbereich Chirurgie.

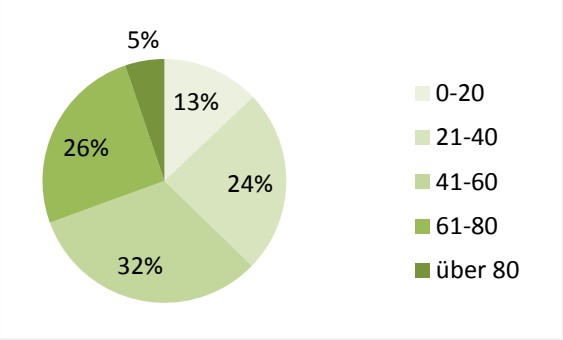
Tabelle 11: Anzahl Fälle und abgerechnete Leistungen im Jahr 2012

	Fälle	Abgerechnete Leistungen (in CHF)
Total Chirurgie	11‘419	6‘516‘887
Total Frauenklinik	4‘887	1‘713‘760
Total Medizin	7‘517	5‘164‘081
Total	**23‘823**	**13‘394‘728**

Quelle: Spital Lachen, eigene Darstellung, Stand 2012

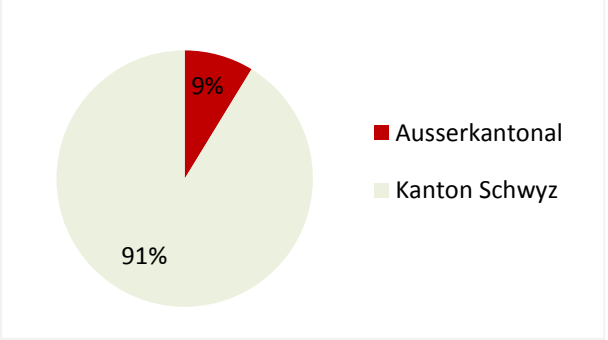
Die Abbildungen 42 und 43 zeigen die Anteile der Altersgruppen der Patientinnen und Patienten im Spital Lachen sowie deren Herkunft.

Abbildung 42: Auswertung der ambulanten Patientinnen im Spital Lachen nach Altersgruppen



Quelle: Spital Lachen, eigene Darstellung, Stand 2012

Abbildung 43: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Lachen nach Herkunft



Quelle: Spital Lachen, eigene Darstellung, Stand 2012

Die mit 32% am stärksten vertretene Altersgruppe ist jene der 41-60-Jährigen. 91% der Fälle kommt aus dem Kanton Schwyz. Die Herkunft nach Bezirk ist aufgrund fehlender Daten nicht möglich.

6.6.3 Spital Einsiedeln

Im Spital Einsiedeln wurden im Jahr 2012 6820 Patientinnen und Patienten (8236 Fälle) ambulant behandelt, was zu Erträgen in der Höhe von 4‘312‘370 CHF geführt hat. 3320 (48,7%) Patientinnen und Patienten wurden notfallmässig behandelt.[170] Zum Vorjahr hat ein Wachstum von 0,6 Prozent (Fälle), beziehungsweise 15,8 Prozent (CHF) stattgefunden. Das ungleiche Wachstum ist darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2012 neu ambulante Chemotherapien angeboten wurden. Dies entspricht einer aufwändigen Behandlung pro Fall.

Die folgende Tabelle 12 zeigt die Anzahl Fälle und die Beträge nach Fachrichtungen auf.

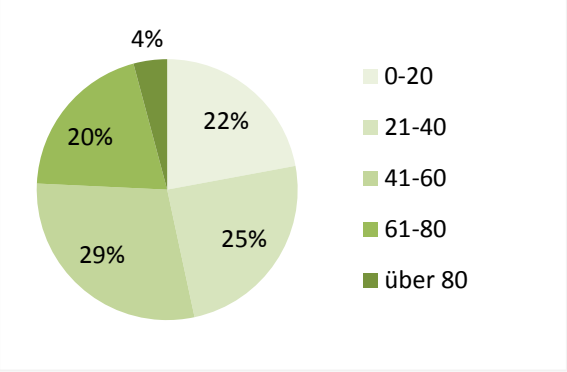
Tabelle 12: Anzahl Fälle und abgerechnete Leistungen im Spital Einsiedeln nach Fachrichtungen im Jahr 2012

	Anzahl Fälle	Entwicklung zum Vorjahr	**Abgerechente Leistungen (in CHF)**	Entwicklung zum Vorjahr
Chirurgie	811	0.5%	315‘119	-1.3%
Medizin	2‘316	6.3%	1‘036‘467	23.1%
Orthopädie	1‘962	2.3%	763‘352	6.5%
Gynäkologie	475	28.0%	609‘854	38.5%
Untersuchungen	2561	-9.0%	996‘458	3.7%
Behandlungen	33	120%	77‘601	1711%
Sonstiges	78	-1.3%	82‘283	20.5%
Total	**8‘236**	**0.6%**	**3‘881‘133**	**15.8%**

Quelle: Spital Einsiedeln, eigene Darstellung

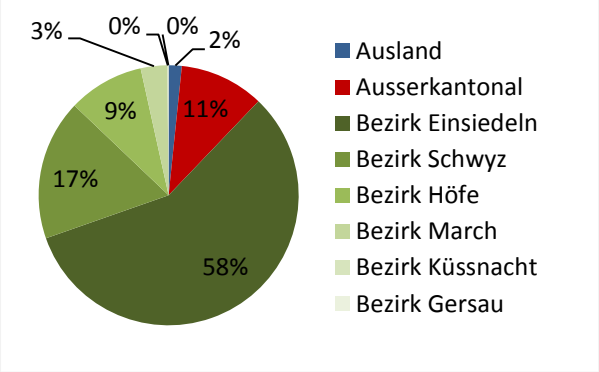
Die Abbildungen 44 und 45 zeigen die Anteile der Altersgruppen der Patientinnen und Patienten im Spital Einsiedeln sowie deren Herkunft.

Abbildung 44: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Einsiedeln nach Altersgruppen



Quelle: Spital Einsiedeln, eigene Darstellung

Abbildung 45: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Einsiedeln nach Herkunft



Quelle: Spital Einsiedeln, eigene Darstellung

Die anteilsmässig am stärksten vertretene Altersgruppen sind auch hier die 41-80 Jährigen. Der grösste Anteil (58%), der im Spital Einsiedeln ambulant behandelten Personen kommt aus dem Bezirk Einsiedeln selbst.

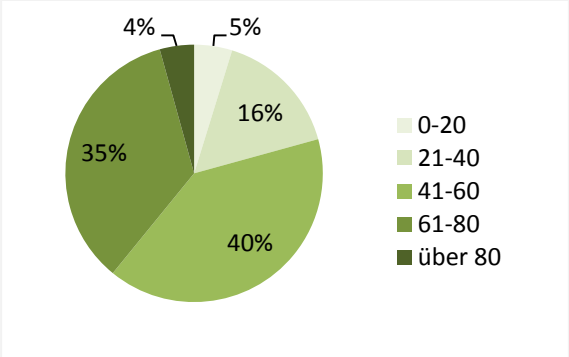
[170] Hier wurde nicht berücksichtigt, dass eine Person, die mehrere Fälle generiert hat, sowohl notfallmässig, als auch geplant behandelt werden konnte. Die Kriterien für die Kategorisierung als Notfall liegen nicht vor.

6.6.4 Aeskulapklinik

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2965 Personen ambulant betreut, was 2969 Fällen entspricht. Das Total der erbrachten Leistungen beläuft sich auf 9‘863‘528 CHF. 3‘833‘337 CHF davon entfallen auf Medikamente und 6‘030‘191 CHF auf die ambulanten Leistungen.

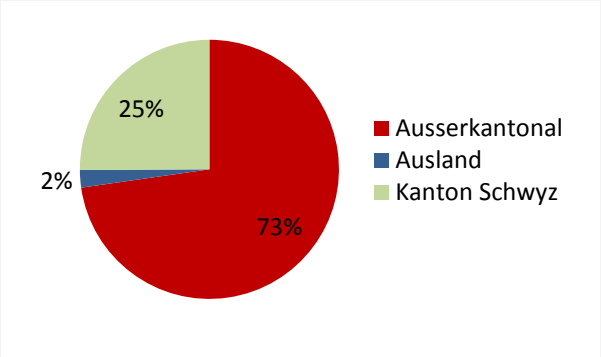
Die Abbildung 46 zeigt die Anteile der Altersgruppen und Abbildung 47 die Anteile der Herkunft.

Abbildung 46: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der Aeskulapklinik nach Altersgruppen



Quelle: Aeskulap Klinik, eigene Darstellung

Abbildung 47: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der Aeskulapklinik nach Herkunft



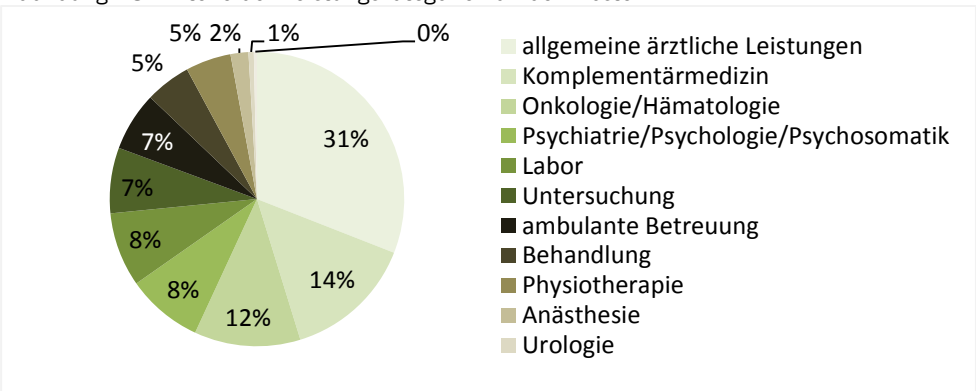
Quelle: Aeskulap Klinik, eigene Darstellung

Die meisten Patientinnen und Patienten sind zwischen 40 und 80 Jahre alt (insgesamt 75%). 73% der ambulanten Patientinnen und Patienten kommen aus anderen Kantonen.

Die Aeskulap Klinik ist nicht verpflichtet und nicht dafür ausgestattet, Spitalnotfälle aufzunehmen. Entsprechend liegen hierzu keine Daten vor.

Die ambulanten Leistungen der Aeskulap Klinik verteilen sich wie in Abbildung 48 dargestellt.

Abbildung 48: Anteile der Leistungskategorien an den Kosten



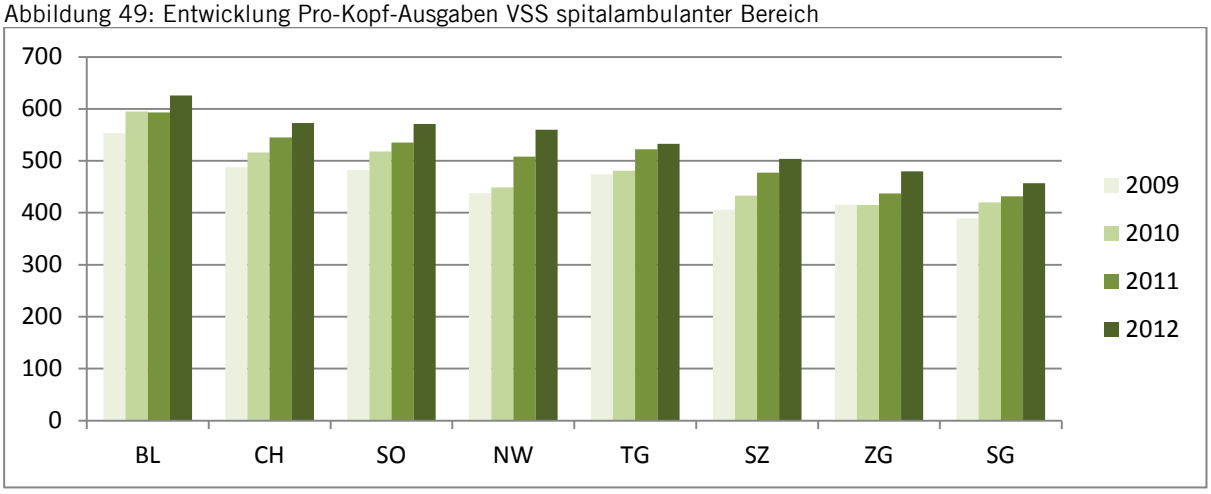
Quelle: Aeskulap Klinik, eigene Darstellung, Stand 2012

Es zeigt sich, dass allgemeine ärztliche Leistungen den grössten Anteil ausmachen (31%), gefolgt von Komplementärmedizin (14%) und Onkologie/Hämatologie (12%). Eine Auswertung nach Fällen und Kosten ist aufgrund der Daten nicht möglich.

6.6.5 OKP-Daten zum Spitalambulanten Bereich

Die Abbildung 49 zeigt die Entwicklung der Pro-Kopf-Ausgaben der Versichertenstatistik (VSS) des spitalambulanten Bereichs im Vergleich zur gesamten Schweiz und der Peer Group.

Abbildung 49: Entwicklung Pro-Kopf-Ausgaben VSS spitalambulanter Bereich



Quelle: SASIS, Stand 22.05.2013, eigene Darstellung

Der Kanton Schwyz verzeichnet mit +24,1 Prozent ein überdurchschnittlich hohes Wachstum im spitalambulanten Bereich von 2009 bis 2012. Das schweizweite Wachstum beträgt im selben Zeitraum +17,4 Prozent. Das Wachstum innerhalb der Peer Group beträgt +18,1 Prozent. Nur der Kanton Nidwalden hat ein grösseres Wachstum.

6.6.6 Praxisassistenz

Zur Förderung der Ausbildung von Assistenzärztinnen und –ärzten in der Hausarztmedizin wurde am Spital das Modell der Praxisassistenz eingeführt. Während der Grundausbildung bekommen die Kandidatinnen und Kandidaten für den Facharzt Allgemeine Innere Medizin zusätzlich die Gelegenheit, während sechs Monaten in der Lehrpraxis eines erfahrenen Grundversorgers Erfahrungen in der hausärztlichen Tätigkeit zu sammeln. Diese Stellen werden gemeinsam zu je einem drittel durch das Spital, den Kanton und den Lehrpraktiker finanziert. Im Kanton Schwyz stehen seit 2008 fünf *Praxisassistenz*plätze pro Jahr für die Ausbildung zur Verfügung. Von den bisher geschaffenen 25 Plätzen wurden 17 besetzt. Davon nahmen mindestens sechs Personen eine Praxistätigkeit in der Grundversorgung des Kantons Schwyz auf.

6.7 Zusammenfassung ärztliche Versorgung im Kanton Schwyz

- Die Ärztedichte im Kanton Schwyz lag im Jahr 2012 mit 1,3 Ärztinnen und Ärzten pro 1‘000 Einwohner unter dem Schweizer Durchschnitt von 2,0 Ärzten pro 1‘000 Einwohner. Dies entspricht der Struktur eines ländlichen Kantons ohne Universitätsspital.
- Der relative Zuwachs (von Juli 2011-Juni 2013) der Dichte an Spezialversorgung ist im Kanton Schwyz mit +26.0% überdurchschnittlich hoch (Schweiz: +13.7%).
- Die Ärztedichte in der Grundversorgung des Kantons Schwyz lag mit 0.7 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2011 unter dem Schweizer Durchschnitt (0.9). Der relative Zuwachs (von Juli 2011-Juni 2013) an Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung liegt mit + 1.0% im Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt (+3.8%).
- Bis 2020 werden von den heute tätigen Grundversorgerinnen und Grundversorgern rund 23% über 70 Jahre alt sein. Ein zukünftiger Mangel in der Grundversorgung ist wahrscheinlich.
- Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist im inneren Kantonsteil zurzeit nicht mehr gewährleistet.

- Die Trends von Feminisierung, Teilzeitarbeit und Zusammenschluss in Gruppenpraxen sind auch im Kanton Schwyz feststellbar.
- Der spitalambulante Bereich des Kantons Schwyz ist in den Jahren 2009 bis 2012 mit + 24.1% überdurchschnittlich stark gewachsen. Der Zuwachs im spitalambulanten Bereich beträgt gesamtschweizerisch +17,4%.
- Über die tatsächlichen Kapazitäten der Ärztinnen und Ärzte fehlen zuverlässige Daten. Es könnten relevante Aussagen über die Versorgungslage gemacht werden, sofern eine valide Datengrundlage bestehen würde.
- Die Inanspruchnahme pro Kopf steigt.
- Die Dynamik im Rahmen der Aufhebung des Zulassungsstopps lassen darauf schliessen, dass es ohne Steuerung insbesondere im Bereich der Spezialversorgung zu einer Überversorgung kommen könnte. Es zeichnet sich ein Strukturwandel ab, der einer teureren Versorgungslage entspricht.
- Das Konzept der Praxisassistenz ist erfolgreich. Es konnten in den letzten Jahren 6 Personen für die Grundversorgung gewonnen werden, was einem guten Drittel aller Praxisassistenzen entspricht.

7 Versorgung im Bereich Pflege und Betreuung

Es gibt verschiedene Gründe und Ausprägungen der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit. Dieser Vielfalt an Bedarfen wird der Kanton Schwyz mit einem breiten Angebot an ambulanten und stationären Strukturen gerecht. Im Folgenden wird dargelegt, wie diese Bereiche zusammenhängen und in welchem Ausmass sie der Schwyzer Bevölkerung zur Verfügung stehen. Der stationäre Bereich der Alters- und Pflegeheime wird nur dort, wo er für den ambulanten Bereich relevant ist, einbezogen. Im ambulanten Bereich ist insbesondere zwischen pflegerischer und betreuerischer Versorgung zu unterscheiden. Nebst der Spitex, die sowohl pflegerische wie auch hauswirtschaftliche Dienstleistungen erbringt, bietet der Entlastungdienst des SRK verschiedene Dienstleistungen im Bereich der Betreuung aus einer Hand an. Daneben besteht ein vielfältiges Angebot an hauswirtschaftlichen Leistungen, Betreuung und Freiwilligenarbeit, das unterschiedlich finanziert wird. Für unterstützungsbedürftige Menschen und ihre Angehörigen ist es oft nicht einfach, sich zu recht zu finden und die für ihren Bedarf am besten geeigneten Angebote zu eruieren.
Verschiedene Faktoren erhöhen den Bedarf an nichtpflegerischen Leistungen: Anstieg der Hochaltrigkeit, Zunahme an psychischen- und Demenzerkrankungen, veränderte Haushaltssituationen und des daraus resultierenden Rückgangs an Angehörigenpflege, steigender Unterstützungsbedarf in Familien, Förderung der ambulanten Palliative Care und so weiter.

7.1 Freiberufliche Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner

Gemäss KVG bzw. KVV sind neben den Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Spitex) Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner berechtigt, fachlich selbstständig ambulant Leistungen der Pflege zu erbringen. Die freiberuflichen Pflegefachfrauen und -männer unterliegen der Bewilligungspflicht des Kantons. Gemäss Spitexbericht waren im Jahr 2012 30 Pflegefachpersonen mit einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Schwyz selbstständig tätig.
Die selbstständig tätigen Pflegefachpersonen erbringen ihre Leistungen teilweise in mehreren Kantonen, teilweise sind sie auch nur in kleinen Teilpensen tätig. Im Vergleich zur Pflegeleistung der Spitexorganisationen ist ihr Leistungsvolumen relativ gering[171] und wird für die nachfolgenden Betrachtungen nicht berücksichtigt.
Aktuell ist ein neues Bundesgesetz in Bearbeitung, das die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung für Pflegefachpersonen mit einer Ausbildung auf Tertiärstufe neu regelt. Unter den neuen Bedingungen ist es denkbar, dass sich in diesem Bereich Veränderungen, zum Beispiel hinsichtlich der Abrechnung von Pflegeleistungen und damit neuer Möglichkeiten für die Versorgung durch nichtärztliches Fachpersonal, ergeben.

7.2 Spitex

7.2.1 Allgemeines

Im Kanton Schwyz waren per Ende 2013 zehn Spitexorganisationen mit einem Leistungsauftrag der Gemeinden und Bezirke und 13 private Organisationen ohne Leistungsauftrag tätig. Jede Spitexorganisation muss eine verantwortliche Fachperson einstellen, die im Besitz einer Berufsausübungsbewilligung als Pflegefachfrau oder als Pflegefachmann ist. Die übrigen Pflegenden dieser Organisationen stehen unter Aufsicht dieser Fachperson und brauchen keine individuelle Berufsausübungsbewilligung.
Die Spitex übernimmt einerseits Aufgaben in der Langzeitpflege (dies betrifft auch Menschen mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen) und andererseits in der Übergangspflege an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Aus der Spitexstatistik ist nicht ersichtlich, welche effektiven Anteile auf die Langzeitpflege und welche auf die Übergangspflege entfallen, da in der Praxis Leistungen in der Akut- und Übergangspfle-

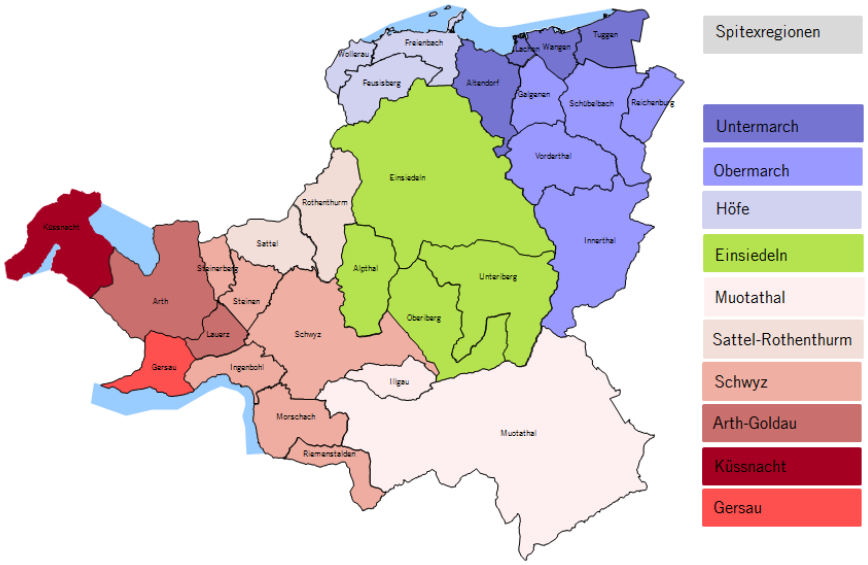
[171] Gemäss amtlicher Erhebung, Stand März 2014, wurden insgesamt 1‘361h Leistungen durch 11 Personen erbracht.

ge oft als Langzeitpflege abgewickelt und deshalb nicht als solche verbucht werden. Anhand der Entwicklung dieser Bereiche könnte festgestellt werden inwieweit der demographische Wandel oder kürzere Aufenthaltszeiten im Spital das Wachstum beeinflussen.[172]
Grundsätzlich bewegt sich die Spitex bei ihrer Arbeit in das private Umfeld der Patientinnen und Patienten, was verschiedene Herausforderungen mit sich bringt. Eine Herausforderung besteht in der Flexibilität und der Findung individueller Lösungsansätze. Die damit einhergehenden Koordinations- und Beratungsleistungen werden ungenügend abgegolten. Dies führt zu einer Spannung zwischen der Zielwirksamkeit (Erhalt der Selbstständigkeit zu Hause) und der betriebswirtschaftlichen Kosteneffizienz. Es besteht die Gefahr, dass gewisse Leistungen an Externe vergeben werden, mit der Konsequenz, dass die Wirksamkeit, wegen nicht genutzten Synergieeffekten, abnimmt.[173]
Die Kerngeschäfte der Spitex sind Pflege und Hauswirtschaft sowie die Mütter- und Väterberatung.[174] Das ergänzende Angebot, wie Fahrdienst, Mahlzeitendienst, Botengänge, Fusspflege, Erziehungsberatung, Pikettdienst und Weiteres, ist regional unterschiedlich ausgebaut.

7.2.2 Spitex-Organisationen mit Leistungsaufträgen

Die Abbildung 50 zeigt die Einzugsgebiete der Spitexorganisationen.

Abbildung 50: Verteilung der Spitexorganisationen im Kanton Schwyz



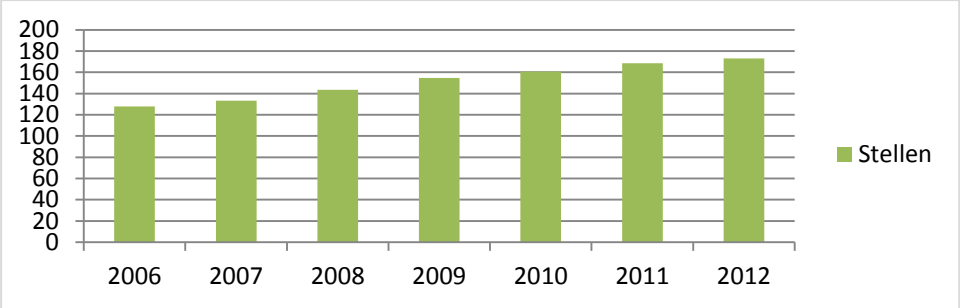
Quelle: Schlussbericht Spitex, eigene Darstellung

Es wird ersichtlich, dass sich die im Kanton Schwyz tätigen gemeinnützigen Spitexorganisationen in der Grösse ihrer Versorgungsregionen unterscheiden. Sie sind sehr regional ausgerichtet und verankert und verfügen über unterschiedliche Organisationsstrukturen und Leistungsspektren.[175]

[172] Krummenacher et al (2013): 15
[173] Krummenacher et al (2013): 32f
[174] Ausnahme: In Küssnacht ist der Leistungsauftrag für die Mütter- und Väterberatung an die Stadt Luzern vergeben
[175] Krummenacher et al (2013): 13, 21

Die folgende Abbildung 51 zeigt die Entwicklung der Anzahl Stellen in den Jahren 2006 – 2012. Datengrundlage sind die kantonalen Spitexstatistiken. Hier werden nur die Leistungen der Spitexdienste mit Leistungsauftrag der Gemeinden erfasst.

Abbildung 51: Anzahl Stellen Spitex Kanton Schwyz

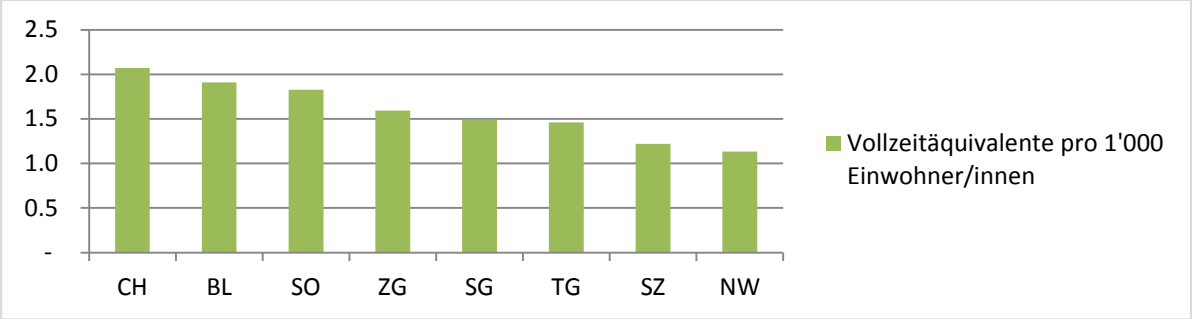


Quelle: Kantonale Spitexstatistik

In den letzten Jahren konnte ein kontinuierliches Wachstum der Stellenprozente festgestellt werden.

Die Ausgaben der Spitex-Dienste im Vergleich mit der Peer Group werden in Abbildung 52 dargestellt.

Abbildung 52: Vergleich Spitex Vollzeitäquivalente auf 1‘000 Personen, Jahr 2011



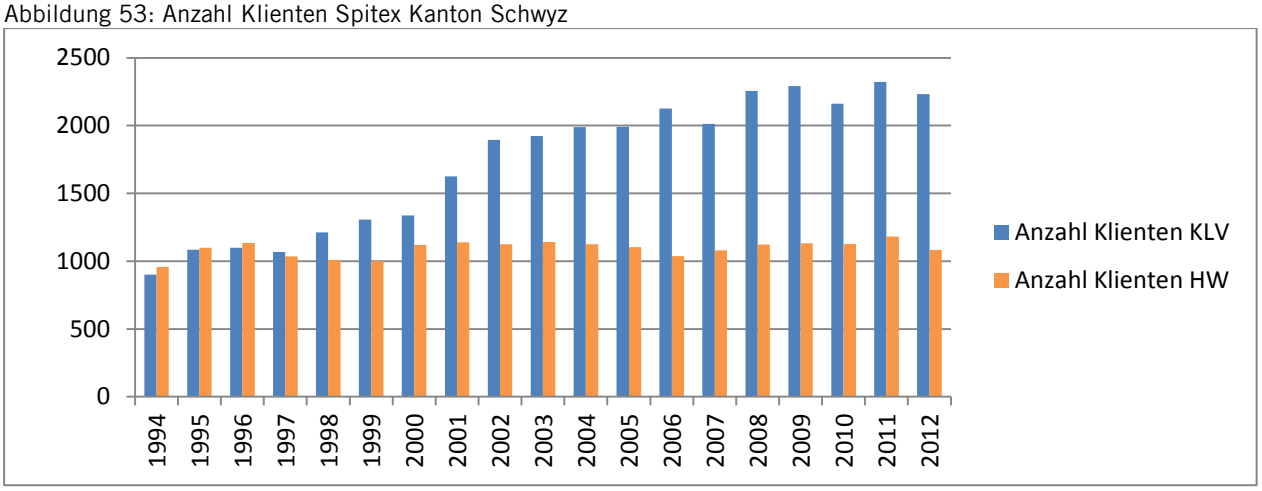
Quelle: Obsan[176], eigene Darstellung

Im Vergleich mit der Peer Group verfügt der Kanton Schwyz über weniger personelle Ressourcen in der Spitex.

[176] http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/04/02.html [01.04.2014]

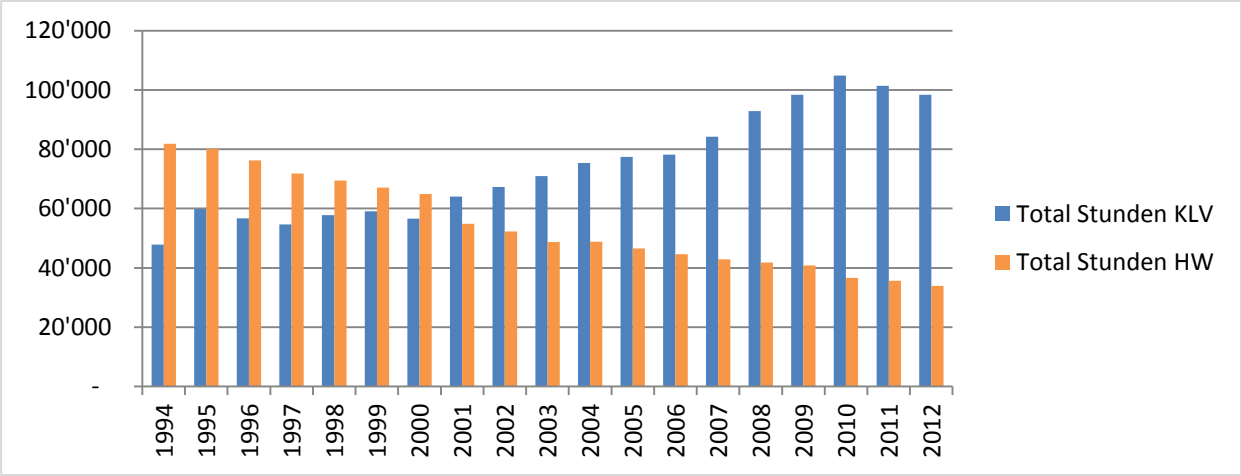
Aus den Abbildungen 53 und 54 geht die Entwicklung der Anzahl Klientinnen und Klienten sowie die Anzahl der erbrachten Stunden hervor. Es wird unterschieden in Kranken- und Langzeitversorgung (KLV) und Hauswirtschaft (HW).

Abbildung 53: Anzahl Klienten Spitex Kanton Schwyz



Quelle: Kantonale Spitexstatistik

Abbildung 54: Anzahl Stunden Spitex Kanton Schwyz



Quelle: Kantonale Spitexstatistik

Im Bereich der Hauswirtschaft fällt auf, dass die Anzahl Stunden abnehmend ist. Dies muss insofern als problematisch betrachtet werden, als dass HW-Leistungen häufig eine Schlüsselstelle einnehmen, wenn es darum geht einen Pflegebedarf frühzeitig zu erfassen. Durch die Erbringung von HW-Leistungen durch andere Dienstleister kann es vorkommen, dass Pflege zu spät oder gar nicht in Anspruch genommen wird und es so zu vermeidbaren Pflegeheimeintritten kommt. Die Erbringung von HW-Leistungen durch die Spitex wird auf Seite der Gemeinden durch überhöhte Tarif-Vorschriften und Zugangsschwellen (z.B. Vorlegen eines ärztlichen Zeugnisses) erschwert.
Die im Bereich Kranken- und Langzeitpflege erbrachten Leistungen steigen kontinuierlich, was auf einen erhöhten Bedarf zurückzuführen ist. Die Anzahl geleisteter Stunden pro Klient bleibt konstant. Mit der Umstellung auf die neue Pflegefinanzierung im Jahr 2011 wird neu in Einheiten von fünf Minuten abgerechnet, davor waren es 10 Minuten. Dies führt zu weniger verrechenbarer Zeit im Bereich der Kranken- und Langzeitversorgung.

In Abbildung 55 werden die Ausgaben für Spitexleistungen pro Einwohnerin und Einwohner aufgezeigt.

Abbildung 55: Vergleich Ausgaben für Spitexleistungen pro Einwohner, nach Peer Group

Quelle: Obsan[177], Stand 2011, eigene Darstellung

Die Ausgaben für Spitexleistungen pro Person sind im Kanton Schwyz schweizweit am geringsten.

7.2.3 Spitex-Organisationen ohne Leistungsauftrag

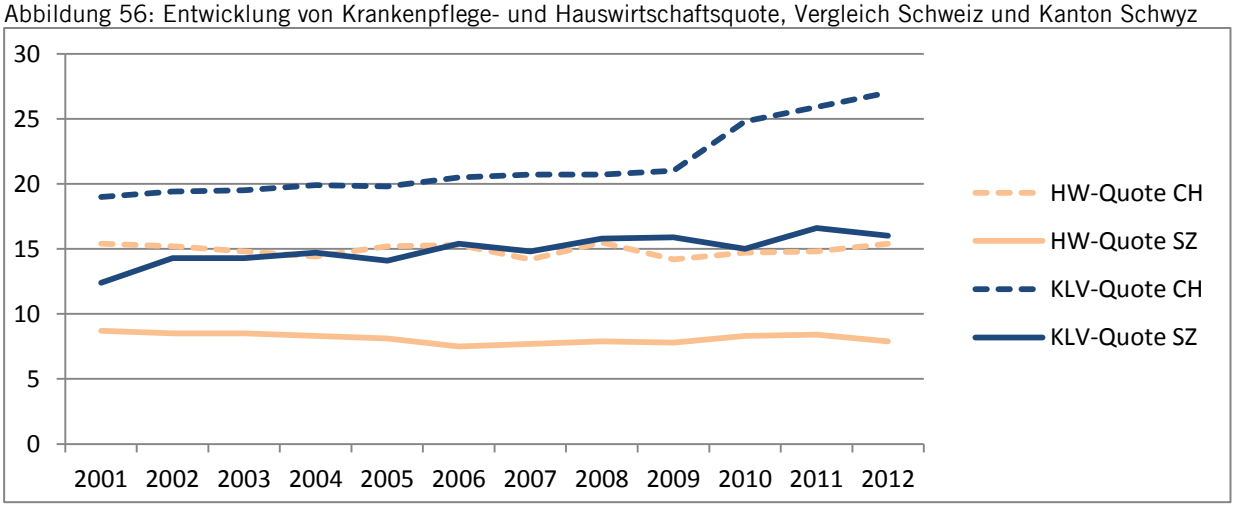
Im Kanton Schwyz sind 13 Organisationen tätig, die keinen Leistungsauftrag der Gemeinden haben. Gesonderte Daten aus diesem Bereich fehlen. Aus dem Bericht über die Versorgung der Bevölkerung mit Spitexleistungen im Kanton Schwyz geht hervor, dass der Anteil an privater Spitex im Kanton Schwyz im Jahr 2011 6,6 Prozent betrug. Im Vergleich zu Zürich (19,2 Prozent) und Luzern (17,8 Prozent) ist dieser Anteil deutlich kleiner.[178]

7.2.4 Leistungsdaten aller Spitex-Organisationen

Die folgenden Darstellungen basieren auf der BfS-Statistik[179]. Dort werden alle Spitexleistungen (ab 2011 inkl. Organisationen ohne Leistungsaufträge) erfasst.

In Abbildung 56 wird die Entwicklung der Krankenpflegequote (Anzahl KLV-Klienten pro 1000 Einwohner) und der Hauswirtschaftsquote (Anzahl HW-Klienten pro 1000 Einwohner) aufgezeigt.

Abbildung 56: Entwicklung von Krankenpflege- und Hauswirtschaftsquote, Vergleich Schweiz und Kanton Schwyz



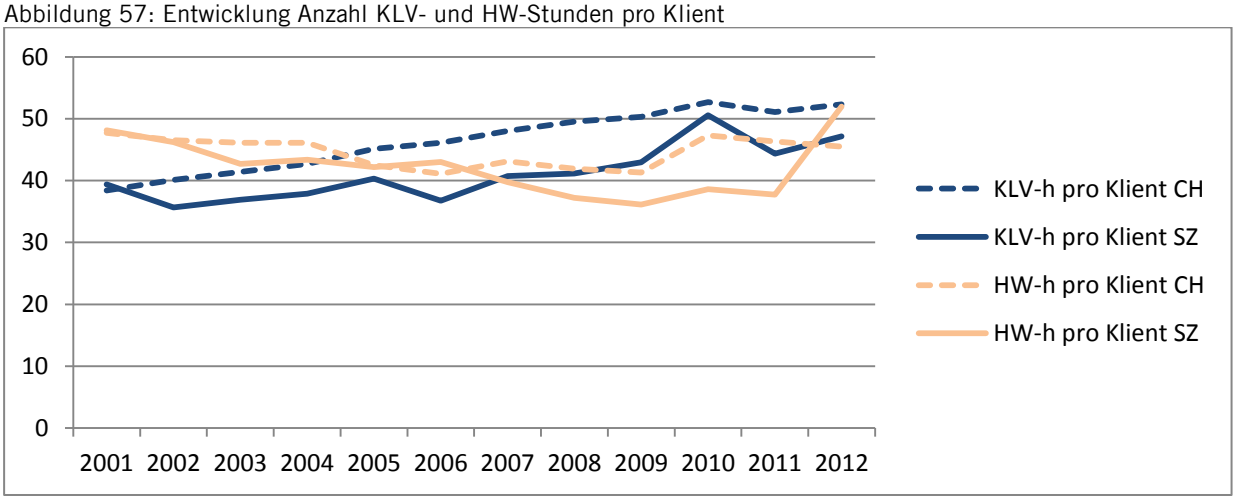
Quelle: BfS, Stand 2013, eigene Darstellung

[177] http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/06/02.html [01.04.2014]
[178] Krummenacher et al (2013): 20
[179] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/data/01.html und http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/key/02.html [12.06.2014]

Der Vergleich zwischen der Schweiz und dem Kanton Schwyz zeigt, dass die Krankenpflegequote und die Hauswirtschaftsquote im Kanton Schwyz deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. Während im Jahr 2012 schweizweit 27,0 Personen pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner von der Spitex betreut wurden, sind es im Kanton Schwyz 16,0 Personen[180]. Eine tiefe Krankenpflegequote hängt unter anderem mit dem Zuzug vor allem junger Leute zusammen. Ab 2010 werden zusätzlich privat-erwerbswirtschaftliche Organisationen in den BfS-Daten abgebildet, was gesamtschweizerisch gesehen einen erheblichen Einfluss auf die Dichte hat. Im Kanton Schwyz hingegen scheinen die privaten Organisationen kein grosses Gewicht zu haben. Im Bereich der Hauswirtschaft erscheinen diverse andere Anbieter (vgl. Auflistung weiter unten) nicht in der statistischen Erhebung.

Abbildung 57 zeigt die Entwicklung der Anzahl KLV- und HW-Stunden pro Klientin und Klient.

Abbildung 57: Entwicklung Anzahl KLV- und HW-Stunden pro Klient



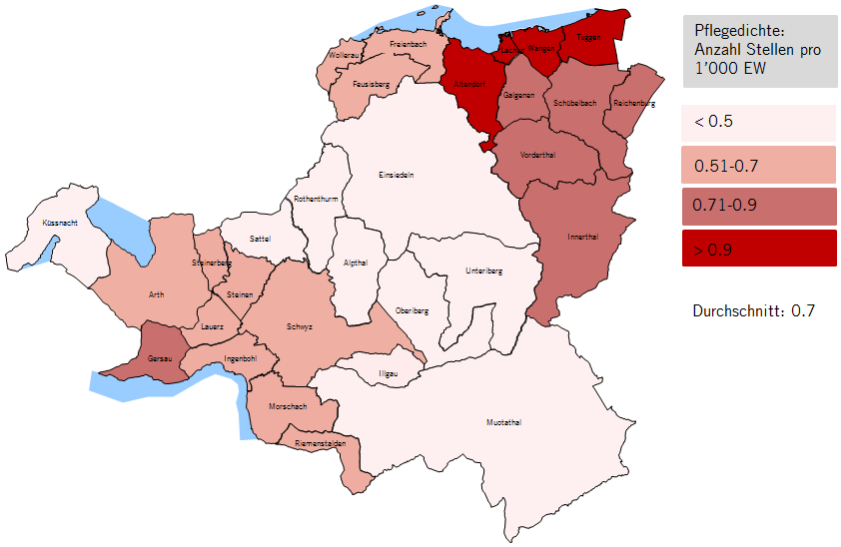
Quelle: BfS, Stand 2013, eigene Darstellung

Auch hier wird deutlich, dass die Anzahl KLV- und HW-Stunden pro Klientin oder Klient im Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt liegen. So wurden im Jahr 2012 schweizweit 51 KLV-Stunden pro Klient abgerechnet. Im Kanton Schwyz waren es 44 Stunden. Auch in der Hauswirtschaft werden schweizweit mit 46 Stunden pro Klient mehr Stunden abgerechnet, als im Kanton Schwyz wo es 38 Stunden pro Klient waren.
Im Jahr 2012 hat sich diesbezüglich im Bereich der Hauswirtschaft im Kanton Schwyz eine starke Veränderung ergeben. Dies sei darauf zurückzuführen, dass im Jahr 2012 die privat-erwerbswirtschaftlichen Organisationen massiv mehr Hauswirtschaftliche Leistungen erbracht haben.

[180] vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/key/02.html (8.7.2014)

Abbildung 58 zeigt die regionale Verteilung der Pflegedichte[181] bezogen auf alle Einwohnerinnen und Einwohner.

Abbildung 58: Verteilung der Pflegedichte nach Spitexregion, Jahr 2012

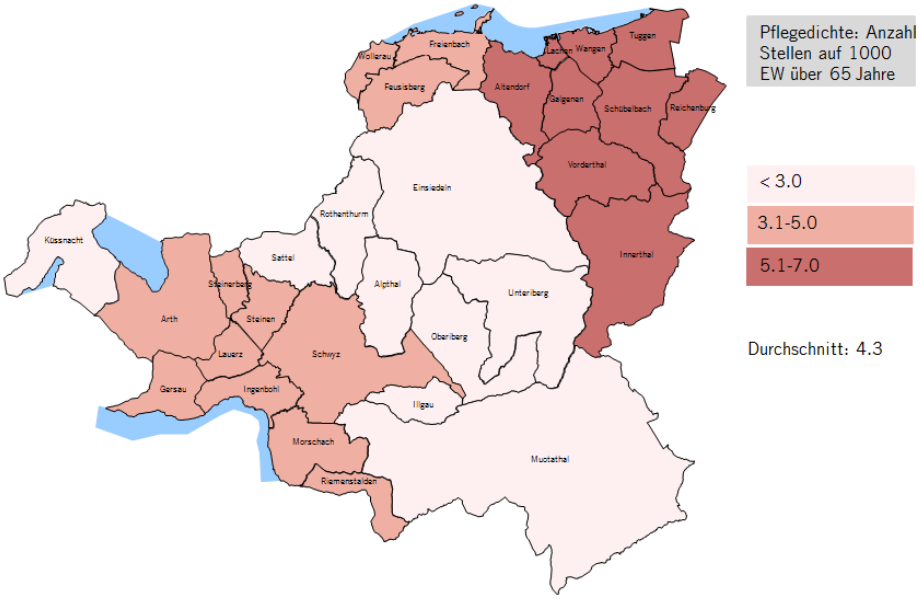


Quelle: Spitexstatistik, Stand 2012, eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass die Pflegedichte im äusseren Kantonsteil höher ist als im inneren Kantonsteil. Dies hängt möglicherweise mit der Bettenquote zusammen.

In Abbildung 59 wird die Pflegedichte bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner über 65 Jahre hinsichtlich der regionalen Verteilung abgebildet.

Abbildung 59: Verteilung der Pflegedichte nach Spitexregion bezogen auf Einwohnerinnen über 65 Jahre, Jahr 2012



Quelle: Spitexstatistik, Stand 2012, eigene Darstellung

Auch hier wird deutlich, dass im äusseren Kantonsteil mehr Kapazitäten der spitalexternen Pflege vorhanden sind, als im inneren Kantonsteil. Die nachfolgende Abbildung 60 zeigt die Bettenquote nach Spitexregion. Der Vergleich zeigt, dass diesbezüglich im inneren Kantonsteil mehr Kapazitäten vorhanden sind.

[181] Anzahl Vollzeitstellen pro 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner

7.3 Schnittstellen zur stationären Langzeitpflege

Der Kanton Schwyz strebt in den Planungszielen der Pflegeheimplanung eine Senkung der Bettenquote[182] von heute 28 Prozent (gesamte Schweiz: 25,4 Prozent) auf 19 Prozent bis im Jahr 2030 an. Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn ein tragfähiges ambulantes Netz besteht. Die Bettenquote liegt über dem Schweizer Durchschnitt. Dafür liegt die Pflegequote mit 16 Patienten pro 1000 Einwohner (im Jahr 2011) deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt (25,5 Patienten pro 1000 Einwohnerinnen).[183]

7.3.1 Früherkennung

In den Schwyzer Pflegeheimen wurden im Jahr 2011 29,2 Prozent der Pflegetage in niedrigen Pflegebedarfstufen (täglicher Pflegebedarf zwischen 0-40 Minuten) erbracht. Der nationale Durchschnitt liegt bei 19,8 Prozent. In vielen Fällen liegt der Grund für einen Heimeintritt trotz wenig Pflegebedarf in einem Defizit der vorangegangenen Unterstützung und Betreuung. „Alter und Hochaltrigkeit sind zum Teil weniger mit schweren Krankheitsbildern verbunden, die Pflege notwendig machen, sondern mit einem allgemeinen Unterstützungsbedarf“ bei instrumentellen Tätigkeiten oder mit „Phasen von Unwohlsein oder Unsicherheit“[184]. Bei sieben von zehn Heimeintritten mit geringem Pflegebedarf wurde die Spitex zuvor nicht involviert. Hier sind Massnahmen zur Früherkennung sinnvoll. Dies bedingt eine Erweiterung der Spitexleistungen um ein niederschwelliges Angebot, das eine erste Kontaktaufnahme mit gefährdeten Personen erlaubt.[185]

7.3.2 Tages- und Nachtplätze

Tages- und Nachtplätze sind ambulante Angebote der Alters- und Pflegeheime, die der Entlastung von pflegenden Angehörigen dienen. Sie werden nach einer gemischten Verrechnung finanziert. Das heisst, die Versicherer übernehmen denselben Anteil analog der stationären Vereinbarung mit BESA-Stufen. Von den 33 im Kanton Schwyz tätigen Alters- und Pflegeheimen bieten 8 Institutionen Tages- und/oder Nachtplätze für pflegebedürftige Menschen an, die zu Hause durch Angehörige betreut werden. Von den insgesamt 30 Tagesplätzen, stehen 14 Plätze auch für Menschen mit Demenz zur Verfügung. Zudem werden zwei Nachtplätze, davon einer für Menschen mit Demenz angeboten. Die Nachfrage ist eher gering.

7.3.3 Kurzzeitaufenthalter

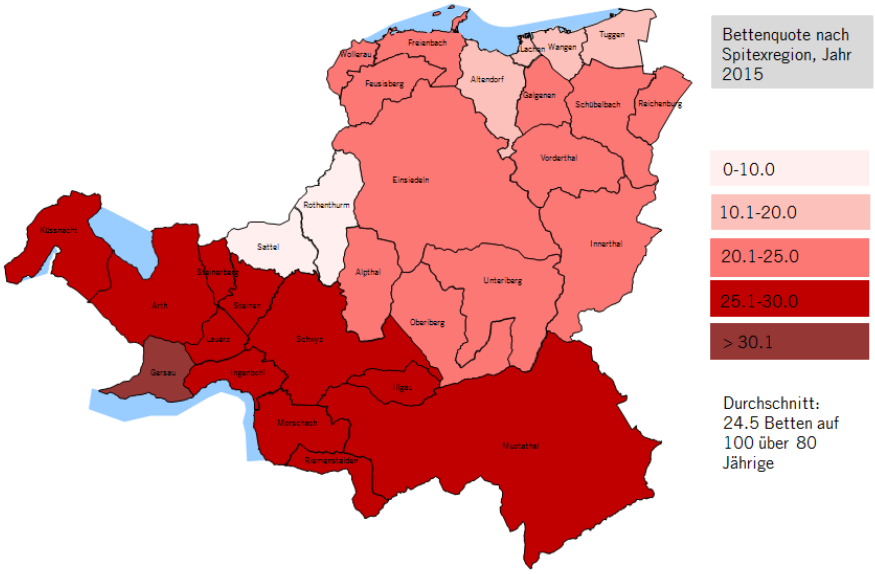
Als Indikator für die Durchlässigkeit und die Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Pflege dient die Anzahl Kurzzeitaufenthalter. Dieser liegt im Kanton Schwyz bei 9 Prozent und befindet sich damit tiefer als in der gesamten Schweiz (12 Prozent).[186]

[182] Anzahl Betten auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner über 80 Jahre
[183] Krummenacher et al (2013): 5, 16
[184] Krummenacher et al (2013). 34, 84
[185] Krummenacher et al (2013): 35
[186] Krummenacher et al (2013): 26

7.3.4 Bettenquote

In Abbildung 60 wird die regionale Verteilung der Bettenquote dargestellt. Die Bettenquote errechnet sich aus der Anzahl verfügbaren Betten in Langzeitpflegeeinrichtungen auf 100 Menschen über 80 Jahre.

Abbildung 60: Verteilung der Bettenquote nach Spitexregion, Jahr 2015



Quelle: Amt für Gesundheit und Soziales, Bedarfsplanung 2010-2013, Stand September 2009, eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass im inneren Kantonsteil mehr Kapazität an Betten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen. Wie bereits erwähnt zeigt sich im Bereich der ambulanten Krankenpflegequote ein gegenteiliges Bild. Im Alters- und Pflegeheimsektor müsste für eine differenziertere Beurteilung der Versorgungslage zwischen Altersheimbett ohne Pflegeleistungen und Pflegeheimbett mit Pflegeleistungen unterschieden werden.

7.4 SRK Entlastungsdienst

Im Kanton Schwyz wurde der Entlastungsdienst (ELD) des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) 2002 gegründet. Es stehen Anlaufstellen in Schwyz, Küssnacht und Siebnen zur Verfügung. Der Entlastungsdienst bietet diverse entlastende Dienstleistungen aus einer Hand, die hauptsächlich durch Pflegehelferinnen SRK und Freiwillige erbracht werden. Bei kurzfristigem Ausfall der Hauptbetreuungsperson kann die Betreuung des pflegebedürftigen Menschen unter Umständen nicht mehr vollständig abgedeckt werden. In dieser Situation springt der ELD des SRK innerhalb kurzer Zeit ein und übernimmt die Betreuung.
Am Anfang wurde der ELD durch Bundessubventionen unterstützt, später durch den Kanton Schwyz. Seit dem 1. Januar 2010 hat der Entlastungsdienst mit allen Schwyzer Gemeinden eine Leistungsvereinbarung. Die Tarife sind jedoch auch zusammen mit den Beiträgen der Gemeinden nicht kostendeckend, so dass der ELD weiterhin auf Spenden angewiesen ist. In Rechnung gestellt werden nur die Leistungen der Pflegehelferinnen SRK.

7.4.1 Pflegehelferinnen SRK

Die Pflegehelferinnen SRK werden durch das SRK ausgebildet und sind befugt folgende Dienstleistungen zu erbringen:

- Leichte Körper- und Grundpflege
- Unterstützung beim Einkaufen und Kochen
- Mahlzeiten verabreichen
- Begleitung beim Wahrnehmen von Terminen
- Hilfe bei Haushaltsarbeiten

- Aktivierung körperlicher und geistiger Fähigkeiten
- Förderung von sozialen Kontakten
- Ermöglicht Angehörigen regelmässige Verschnaufpausen
- Aufbau von Zuversicht und Vertrauen durch die kontinuierliche Betreuung durch die Pflegehelferin SRK

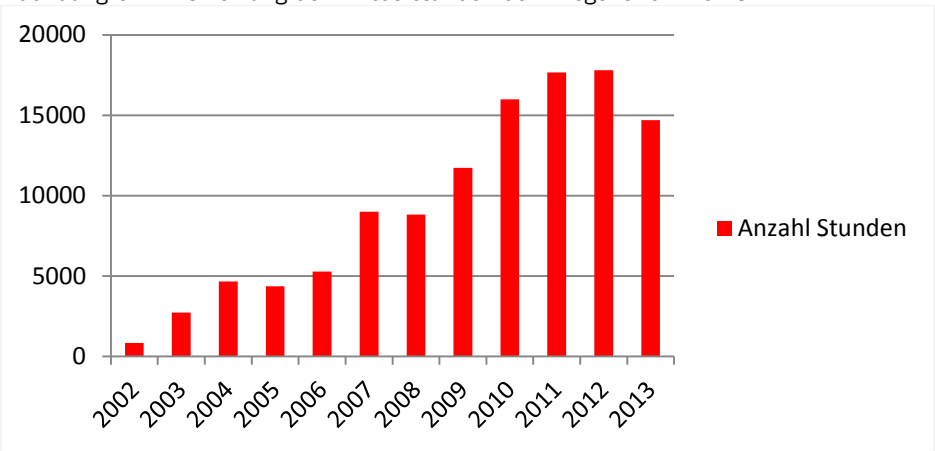
Gemäss Aufgabengebiet kann die Pflegehelferin SRK in verschiedenen Krankheitssituationen eingesetzt werden:

- Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen
- Ab 2014 wird das Angebot erweitert mit der Entlastung für Angehörige von dementen Menschen mit individuellen Lösungen und Tagesstrukturen für zu Hause (Es wird für Essen, Kleidung, Wäsche, Fusspflege etc. sowie Beschäftigungstherapie zu Hause gesorgt)
- Unterstützung bei chronischen Erkrankungen (z.B. Parkinson, MS)
- Entlastung und Unterstützung psychisch kranker Menschen
- Betreuung von kranken und behinderten Menschen im Rollstuhl
- Begleitung von Sterbenden (Palliative Care)

Da das SRK Kanton Schwyz keine Zulassung als Erbringer von KLV-Leistungen hat, können die Grundpflegeleistungen der von ihm eingesetzten Pflegehelferinnen SRK nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden. Für Pflegehelferinnen SRK, die in der Langzeitpflege tätig sind, bietet das SRK die Zertifizierungsmöglichkeit zur Pflegehelferin SRK Langzeitpflege an.

Die Entwicklung der Einsatzstunden der Pflegehelferinnen SRK wird in Abbildung 61 abgebildet.

Abbildung 61: Entwicklung der Einsatzstunden der Pflegehelferinnen SRK



Quelle: SRK, Stand 2013

Es ist ein kontinuierliches Wachstum ersichtlich. Der Rückgang im Jahr 2013 ist auf die Einführung des freiwilligen Besuchsdienstes zurück zu führen, dessen Leistungen nicht in Rechnung gestellt werden. Insgesamt waren im Jahr 2012 56 Pflegehelferinnen SRK im Einsatz.

Die Tabelle 13 zeigt die Anzahl Einsatzstunden der Pflegehelferinnen SRK nach Bezirk für das Jahr 2012.

Tabelle 13: Einsatzstunden pro Bezirk im Jahr 2012

	Anzahl Stunden	Anzahl Stunden auf 1000 Einwohner
Schwyz	9319	177.7
Gersau	416.5	197.4
March	2283.5	57.1
Einsiedeln	1286	88.1
Küssnacht am Rigi	1661.5	134.4
Höfe	923	33.3
TOTAL	**15889.5**	**106.5**

Quelle: SRK, Stand 2012, eigene Darstellung

Es wird ersichtlich, dass der SRK Entlastungsdienst in den Bezirken Schwyz, Gersau und Küssnacht vermehrt in Anspruch genommen wird. Ein Grund für diese ungleiche Inanspruchnahme zwischen Inner- und Ausserschwyz kann in der örtlichen Distanz zur nächsten SRK-Zweigstelle liegen. Möglicherweise verfügen Personen aus der Ausserschwyz über mehr finanzielle Möglichkeiten und nehmen deshalb vermehrt private Spitexleistungen in Anspruch. Im Bereich Kinderbetreuung ist die Auslastung hingegen im äusseren Kantonsteil grösser.

7.4.2 Weitere entlastende Dienstleistungen des SRK

Nebst der Tätigkeit der Pflegehelferinnen SRK bietet der Entlastungsdienst des SRK folgende weitere Dienstleistungen an:

- SRK Fahrdienst mit Freiwilligen
- Freiwilliger Besuchsdienst SRK mit Freiwilligen
- Sicherheit zu Hause durch das SRK Notrufsystem mit Fachpersonen und Freiwilligen.
- Ergotherapie zu Hause durch ausgebildete Ergotherapeutinnen zur Erreichung einer grösstmöglichen Selbständigkeit im Alltag nach Krankheit oder Unfall.

Zusätzlich zu den Pflegehelferinnen SRK waren im Jahr 2013 267 Freiwillige während 23‘434 Stunden im Einsatz.

7.4.3 SRK Kinderbetreuung

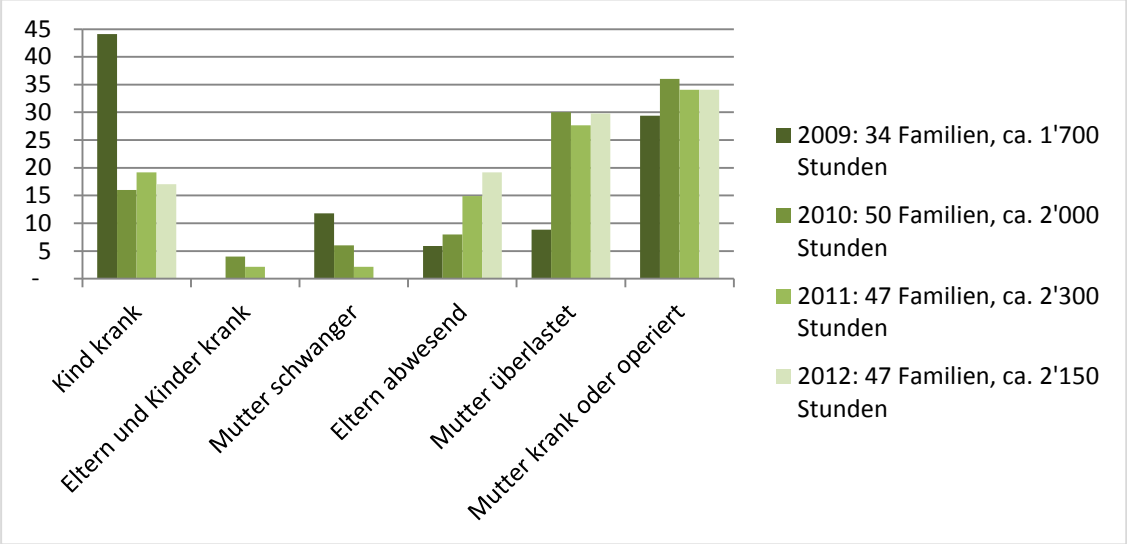
Im Kanton Schwyz bietet das SRK seit 2009 auch eine Kinderbetreuung an. Diese Leistung kann ebenfalls notfallmässig in Anspruch genommen werden. Die Kinderbetreuung zu Hause richtet sich an Eltern

- die gesundheitliche Probleme haben oder sich in einer schwierigen Situation befinden
- die während ihrer Abwesenheit niemanden haben, dem sie ihr erkranktes Kind anvertrauen können
- deren übliche Betreuungslösung ausnahmsweise nicht zur Verfügung steht
- die erschöpft oder überlastet sind

Die Kinderbetreuung durch das SRK ist eine schnelle Hilfe in Notsituationen. Gegenüber dem Babysitting findet eine Abgrenzung statt durch: Anforderungen an die Betreuung (z.B. krankes Kind, problematische Familiensituation, mehrere Kinder etc.), die Verfügbarkeit (tagsüber, langfristig) und die Kosten (Babysitterinnen sind günstiger).

Die Abbildung 62 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme der SRK Kinderbetreuung.

Abbildung 62: Inanspruchnahme SRK Kinderbetreuung nach Grund in den Jahren 2009-2012



Quelle: SRK, Stand 2012

Jährlich werden also rund 50 Familien durch die SRK Kinderbetreuung unterstützt. Hauptgründe für die Inanspruchnahme sind Überlastung der Mutter und Krankheit/ Operation der Mutter. Seit der Einführung im Jahr 2009 wurde im Januar 2014 die 10‘000ste Einsatzstunde erreicht. Wie bereits erwähnt ist die Auslastung im Bereich Kinderbetreuung im äusseren Kantonsteil grösser.

7.5 Weitere Angebote im Bereich Betreuung und Hilfe zu Hause

7.5.1 Bäuerinnenvereinigung[187]

Die Bäuerinnenvereinigung wurde 1950 gegründet und zählt mittlerweile 1600 Mitglieder. Ihr Dienstleistungsangebot umfasst unter anderem diverse Reinigungsarbeiten, Versorgung der Wäsche, Gartenpflege, Kochen sowie Fahrdienst.

7.5.2 Pro Senectute[188]

Die Pro Senectute (Verein) ist bereits seit 1919 im Kanton Schwyz für die ältere Generation tätig. Als Fachstelle für das Alter setzt sie sich für die Erhaltung der Lebensqualität der älteren Menschen ein. Mit diversen Serviceangeboten (Besuchsdienste, Steuererklärungsdienst, Treuhanddienst, regionaler Fahrdienst sowie regional Umzugshilfen) werden ältere Menschen darin unterstützt, so lange wie möglich zuhause in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben zu können. Die Sozialberatung wird in den Beratungsstellen in Lachen und Brunnen angeboten. Weiter bestehen Sprechstundenangebote in Küssnacht und Einsiedeln. Sie ist für Senioren sowie deren Angehörige unentgeltlich.
Als präventive und gesundheitsfördernde Dienstleistungen werden zur geistigen und körperlichen Fitness regional verschiedene Bildungs- und Sportmöglichkeiten angeboten sowie Pensionierungsvor-bereitungskurse.

7.5.3 Alzheimervereinigung[189]

Die Alzheimervereinigung Uri/Schwyz wurde 2007 gegründet und übernimmt nebst Informations- und Beratungsleistungen auch eine koordinative Funktion, indem die Zusammenarbeit

[187] http://www.bvsz.ch/Baeuerinnen/haupt_startseite.htm [12.06.2014]
[188] http://www.sz.pro-senectute.ch/ [12.06.2014]
[189] http://www.alzheimerurischwyz.ch/cms/?Startseite [12.06.2014]

mit und die Weiterleitung an andere Stellen, wie zum Beispiel die Spitex, Ärztinnen und Ärzte, Heime usw. gefördert wird.

7.5.4 Gesundheitsligen[190]

In der Schweiz setzen sich verschiedene Gesundheitsligen für die Prävention spezifischer Krankheiten ein und vertreten die Interessen von chronisch erkrankten Menschen. Im Kanton Schwyz sind folgenden Gesundheitsligen vertreten:

- Lungenliga
- Rheumaliga
- Krebsliga

Mit der Lungenliga hat der Kanton eine Leistungsvereinbarung für die Jahre 2011 bis 2015 abgeschlossen. Im Auftrag des Kantonsarztes ist die Lungenliga beispielsweise für die Verhütung und Bekämpfung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten, deren statistische Erhebung, sowie für Umgebungsuntersuche zuständig. Die Aufwände werden durch den Kanton übernommen.

7.5.5 Palliative Care

Mit der Nationalen Strategie Palliative Care 2010 – 2012 will der Bund eine Verankerung der Palliative Care in die Gesundheitsversorgung erreichen, damit alle schwerkranken und sterbenden Menschen eine möglichst hohe Lebensqualität in der letzten Phase ihres Lebens haben. Auch der Kanton Schwyz setzt sich für Palliative Care ein und verfasste ein entsprechendes Versorgungskonzept. Darin werden unter anderem folgende Massnahmen empfohlen: Einrichtung eines stationären Kompetenzzentrums und die Förderung einer entsprechenden Ausbildung im ambulanten Bereich und in Alters- und Pflegeheimen. Das Spital Schwyz hat als Kompetenzzentrum für Palliative Care einen Leistungsauftrag und hat eine Palliative Care Station eingerichtet.[191] Dieses Pilotprojekt wird durch den Kanton finanziell unterstützt. Verschiedene Akteure haben gemeinsam die Charta für Palliative Care im Kanton Schwyz verfasst und setzen sich für eine Vernetzung und die Umsetzung der Palliative Care Prinzipien ein. Nebst der Ausbildung sind für eine wirksame Umsetzung auch entsprechende Strukturen und Ressourcen notwendig. In Anbetracht dessen, dass die Menschen mehrheitlich in ihrer gewohnten Umgebung sterben möchten, braucht es im ambulanten Bereich verstärkte Bemühungen, um diesem Bedarf nachkommen zu können. Zudem wird die Thematik spiritual care immer wichtiger, wenn es darum geht sowohl den Bedürfnissen der gepflegten wie auch der pflegenden und betreuenden Personen gerecht zu werden.[192]

7.6 Pflege durch Angehörige

Wie viele Menschen im Kanton Schwyz von ihren Angehörigen gepflegt und betreut werden – ob mit oder ohne Unterstützung von Dritten – ist nicht bekannt. In Anlehnung an den in Teil I erhobenen Daten für die gesamte Schweiz, kann eine Schätzung für den Kanton Schwyz vorgenommen werden. Wenn schweizweit mit rund 250‘000 pflegenden Angehörigen gerechnet wird[193], entspricht dies einem Anteil von ungefähr 3% der Gesamtbevölkerung. 3% der Wohnbevölkerung vom Kanton Schwyz entspricht 4690 Personen. Wenn in der Hilfe und Betreuung zu Hause durchschnittlich 40 Stunden pro Woche, während 52 Wochen pro Jahr, von Angehörigen geleistet werden, ergibt dies 9‘755‘200 Stunden, die im Kanton Schwyz jährlich von Angehörigen geleistet werden.

[190] http://www.geliko.ch/de/ [12.06.2014]
[191] Siehe Spitalliste
[192] Von Dach (2013)
[193] Benz et al (2011 & 2012)

7.7 Care Migration

Über *care migration* im Kanton Schwyz ist offiziell nichts bekannt, da sich diese Pflegearrangements in der Grau- oder Schwarzzone bewegen. Es ist aber davon auszugehen, dass auch im Kanton Schwyz diese Dienstleistungen in Anspruch genommen werden. Eine Spitexbasisorganisation berichtet von zwei Situationen, in denen sie die Fachpflege sicherstellt, während die Auftraggeberschaft für die Betreuung Polinnen im Einsatz hat.

7.8 Freiwilligenarbeit

Nebst pflegenden Angehörigen und über den Entlastungsdienst SRK vermittelten Freiwilligen leisten vermutlich weitere Personen freiwillige Arbeit. Darüber ist nichts bekannt.

Mit dem in Teil I vorgestellten Zeitvorsorgesystem könnten Freiwillige vermehrt in die Unterstützung und Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen einbezogen werden.

7.9 Zusammenfassung pflegerische und betreuende Versorgung im Kanton Schwyz

- Die ambulante Pflegequote des Kantons Schwyz liegt unter dem Schweizer Durchschnitt.
- Die Bettenquote der Alters- und Pflegeheime soll bis 2030 auf 19% gesenkt werden, dies ist nur realistisch bei einer Stärkung der ambulanten Versorgung.
- 29,2% der Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim des Kantons Schwyz haben einen Pflegebedarf von unter 40 Minuten pro Tag, bei sieben von zehn solcher Heimeintritte wurde die Spitex nicht vorgängig in Anspruch genommen.
- Das bestehende Angebot von Tages- und Nachtplätzen wird wenig in Anspruch genommen.
- Die Aufgabenbereiche des Entlastungsdienstes SRK und deren Inanspruchnahme nehmen zu.
- Die Ressource der pflegenden Angehörigen wird abnehmen und muss gestärkt werden.
- Die Arbeitsbedingungen im Bereich *care migration* sind prekär.
- Es kann davon ausgegangen werden, dass im Bereich der Freiwilligenarbeit noch ein Potenzial vorhanden ist.

8 Weitere gesetzlich geregelte und bewilligungspflichtige Dienstleistungen

8.1 Allgemeines

Die bewilligungspflichtigen Methoden/Berufsarten sind in untenstehender Tabelle 12 abgebildet. Berücksichtigt wurden alle in der GESA erfassten Personen mit einer erteilten Bewilligung und innerkantonalem Geschäftssitz. Mitarbeitende von SPD/KJPD, Spitäler, Rettungsdienste, Laboratorien und sonstigen Institutionen werden hier nicht dazugezählt

Tabelle 14 listet die bewilligungspflichtigen Berufe auf.

Tabelle 14: bewilligungspflichtige Berufsarten

	Anzahl	Frauen-anteil	Durch-schnittsalter	Dichte/ 10‘000 EW
Apothekerinnen	25	68.0%	49.8	1.9[194]
Akupunkteurinnen	48	75.0%	45.6	3.2
Chiropraktoren	4	50.0%	44.0	0.3[195]
Dentalhygienikerinnen	8	100.0%	42.0	0.5
Drogisten	22	27.3%	50.9	1.5[196]
Ergotherapeutinnen	14	93.0%	53.4	0.9
Ernährungsberaterinnen	5	100.0%	47.0	0.3
Hebammen	22	100.0%	43.9	1.5
Logopädinnen	5	60.0%	54.2	0.3
med. Masseurinnen	48	70.1%	47.1	3.2
Osteopathen	6	33.0%	50.3	0.4
Physiotherapeutinnen	73	60.3%	49.5	4.9[197]
Podologinnen	25	96.0%	42.9	1.7
Psychotherapeutinnen	21	66.7%	58.6	1.4
Total	**329**	**75.4%**	**48.3**	**22.0**

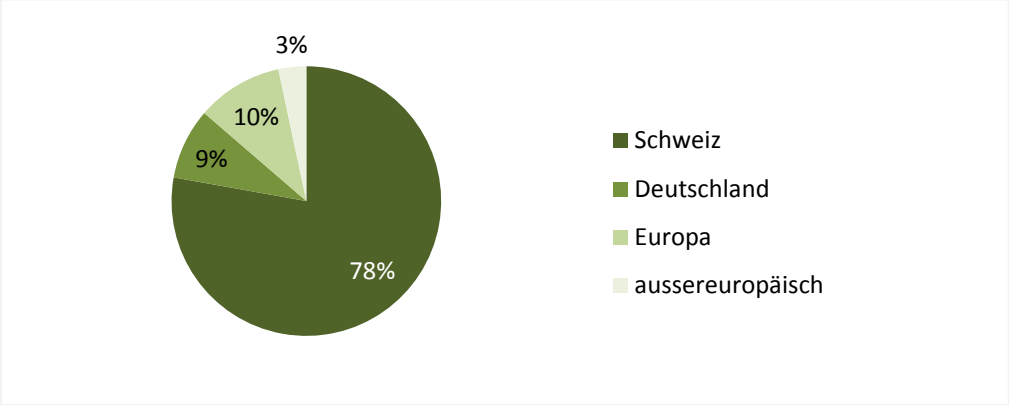
Quelle: GESA, Stand 31.12.2012, eigene Darstellung

Aus dem Bereich der bewilligungspflichtigen, nichtärztlichen Berufsarten stehen insgesamt 329 Personen für die ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung. Der Frauenanteil liegt bei insgesamt 75,4%. Das Durchschnittsalter aller Dienstleistenden liegt bei 48,3 Jahren.

[194] Im Jahr 2011 kamen schweizweit 2.2 Apotheken auf 10’000 EW – im Kanton Schwyz kamen im Jahr 2012 0.9 Apotheken (13) auf 10‘000 EW (vgl. Interpharma (2013): 39)
[195] Im Jahr 2011 waren schweizweit 0.4 Chiropraktorinnen und Chiropraktoren auf 10’000 EW tätig (vgl. Interpharma (2013): 39)
[196] Im Jahr 2011 kamen schweizweit 0.8 Drogerien auf 10’000 EW – im Kanton Schwyz kamen im Jahr 2012 1.1 Drogerien (17) auf 10‘000 EW (vgl. Interpharma (2013): 39)
[197] Im Jahr 2011 waren schweizweit 7.6 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten auf 10‘000 EW tätig (vgl. Interpharma (2013): 39)

Abbildung 63 zeigt die Verteilung der verschiedenen Berufsleute nach Herkunft auf.

Abbildung 63: Verteilung nach Herkunft



Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31. Dezember 2012

So kommen 78% aller Dienstleistenden aus der Schweiz, 9% aus Deutschland, 10% aus dem restlichen Europa und 3% von ausserhalb Europa, hauptsächlich aus China.

8.2 Apotheken

Im Kanton Schwyz gibt es gemäss GESA 12 öffentliche Apotheken, in denen Ende 2012 25 Apothekerinnen und Apotheker tätig waren. Der Frauenanteil beträgt 68.0 Prozent. Im Durchschnitt sind die Apothekerinnen und Apotheker 49,8 Jahre alt.

Die Apotheken sind Detailhandelsfachgeschäfte für alle Arzneimittel. Sie haben direkten Zugriff auf über 500‘000 Arzneimittel, Gesundheits- und Medizinprodukte sowie Geräte und Kosmetika. Jede Apotheke verfügt über ein Qualitätssicherungssystem. Die Apotheken sind häufig die erste Anlaufstelle für Gesundheitsfragen, Erkrankungen aller Art, Fragen zu Gesundheitserhaltung oder aktuellen Therapien. Als Medizinalpersonen nehmen die Apothekerinnen und Apotheker eine wichtige Triagefunktion wahr: leichte Fälle können direkt behandelt werden, komplexere Fälle werden an die Ärztinnen und Ärzte verwiesen. In begründeten Ausnahmefällen sind sie befugt, auch verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne ärztliche Verschreibung abzugeben (vgl. Art. 24 Abs. 1a HMG).

Viele Patientinnen und Patienten werden in der Apotheke im Auftrag eines Arztes betreut. Dazu gehört das Rüsten von Wochendosiersystemen, die Herstellung von Magistralrezepturen ebenso wie die Abgabe von Arzneimitteln unter Aufsicht, Methadonabgabe, Instruktion und Vermietung von Sanitätsartikeln und medizinischen Geräten, Messungen von Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker und vieles mehr.

Der niederschwellige Zugang wird auch für grossangelegte Gesundheitskampagnen von Bund, verschiedenen Organisationen oder dem Schweizerischen Apothekerverband regelmässig genutzt, um die Bevölkerung für bestimmte Themen zu sensibilisieren (zum Beispiel Sonnenschutz).

Je nach Schwerpunkt der Apotheke bietet sie nebst den üblichen Dienstleistungen auch neuere Modelle zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, der Compliance oder Entlastung der Hausärzte an:

- Der **Polymedikations-Check** ist eine Dienstleistung im Bereich Pharmaceutical Care (Pharmazeutische Betreuung) und dient der Optimierung der Arzneimitteltherapie (ärztlich verordnete und selber gekaufte).

- **abilis** ist eine internetbasierte Plattform für die Kostenbeherrschung im Gesundheitswesen (Vorstufe zu Managed Care)[198]
- **Torre / Phyto-Apotheken**: sind spezialisiert im Bereich Ganzheitsmedizin / Komplementärmedizin oder Phytotherapie.
- **Versandapotheken**: Diese Apotheken sind im Besitz einer Versandhandelsbewilligung für Arzneimittel

Teilnahme an schweizerischen Pilotprojekten (auf eigene Kosten):

- **netCare**[199]: Pilotprojekt, derzeit nur in einer Apotheke im Kanton Schwyz
- **Impfen in der Apotheke:** aktuell in keiner Apotheke, weil rechtliche Grundlagen fehlen

Weitere Projekte von Seite Pharmasuisse zur Patientensicherheit ab 2015:

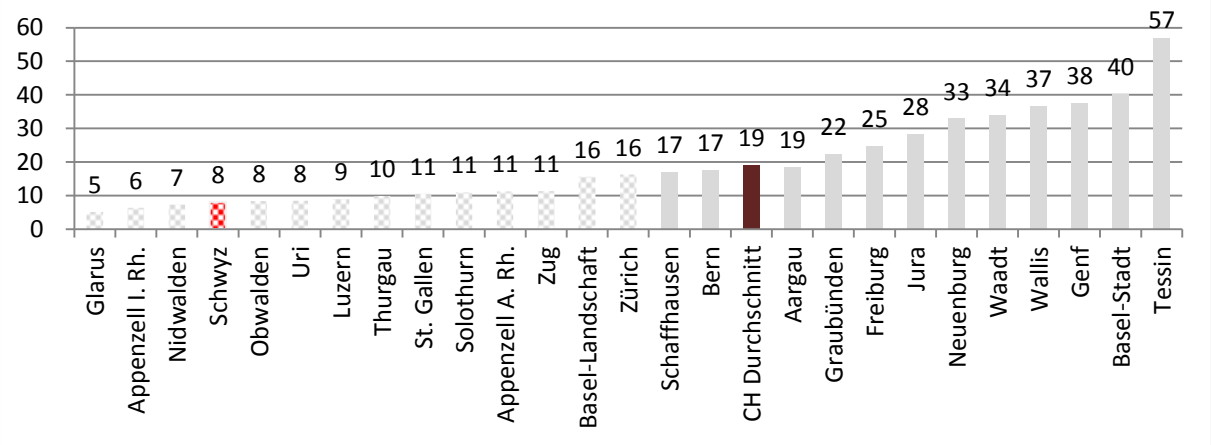
- Elektronisches Rezept (= **e-health**)
- **Pharmadigest**

Diese Aufzählung ist nicht abschliessend.

Einzelne Apothekerinnen und Apotheker engagieren sich ausserdem auch als Konsiliarapotheker von Heimen und Spitälern.

Die Abbildung 64 zeigt die Anzahl Apotheken auf 100‘000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Kanton.

Abbildung 64: Apotheken auf 100‘000 EW, Jahr 2011



Quelle: BfS[200]
Hinweis: Karierte Balken bezeichnen Kantone mit Selbstdispensation

Der Kanton Schwyz liegt an viertletzter Stelle. In Kantonen mit ärztlicher Selbstdispensation liegt die Apothekendichte unter dem Schweizer Durchschnitt, da ein wesentlicher Anteil der Medikamentenversorgung direkt über die Arztpraxen sichergestellt wird.

[198] vgl. http://www.ofac.ch/de/services/abilis.htm [12.06.2014]
[199] NetCare: Seit April 2012 bieten schweizweit 200 Apotheken Telemedizinische Leistungen an. http://www.pharmasuisse.org/de/dienstleistungen/Themen/Seiten/netCare.aspx [12.06.2014]
[200] http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html [12.06.2014]

In Abbildung 65 werden die Standorte der Apotheken im Kanton Schwyz dargestellt.

Abbildung 65: Verteilung der Apotheken im Kanton Schwyz

Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.12.2012

Es wird ersichtlich, dass sich die Apotheken hauptsächlich in den dicht besiedelten Gebieten des Kantons befinden. Die Dichte an Apotheken liegt schweizweit bei 22 Apotheken auf 100‘000 Einwohner[201]. Mit rund 8 Apotheken pro 100‘000 Einwohner liegt der Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt.
Die OKP-Kosten der Rechnungsstellerstatistik zeigen, dass die Apotheken im Kanton Schwyz im Vergleich zur Schweiz sehr geringe Pro Kopf Ausgaben verzeichnen. Dies entspricht den Verhältnissen in Kantonen mit Selbstdispensation. Die jährliche Zunahme ist jedoch stärker steigend. Die gesamten Ausgaben für Medikamente liegen im Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt. Dies ist ein Befund, der auch für andere Kantone mit Selbstdispensation zutrifft.

8.3 Drogerien

Drogerien sind Fachgeschäfte, die als ideale Ansprechstruktur für die Selbstbehandlung leichter Erkrankungen betrachtet werden können. Die dort in Anspruch genommenen Dienstleistungen (z.B. Beratung, Körperfunktionsmessungen) und gekauften Güter können nicht durch die OKP abgerechnet werden. Dadurch wird die öffentliche Hand nicht belastet und die Kundinnen und Kunden übernehmen Eigenverantwortung.
Im Kanton Schwyz waren im Jahr 2012 in 17 Drogerien insgesamt 22 Drogistinnen und Drogisten tätig. Der Frauenanteil beträgt 27%. Durchschnittlich sind die Drogisten 50,9 Jahre alt, wobei die Drogistinnen mit 37,2 deutlich jünger sind als ihre männlichen Kollegen (56 Jahre).

[201] Interpharma (2013): 39

Abbildung 66 zeigt die Verteilung der Drogerien im Kanton Schwyz.

Abbildung 66: Verteilung der Drogerien im Kanton Schwyz

Quelle: GESA, eigene Darstellung, Stand 31.12.2012

Zusätzlich zu den Ortschaften mit Apotheken stehen zwei Drogerien auch in Muotathal und Unteriberg zur Verfügung. Die Dichte der Drogerien im Kanton Schwyz lag im Jahr 2011 mit 1,1 auf 10‘000 Einwohnerinnen und Einwohner höher als der Schweizer Durchschnitt, der 0,8 beträgt[202].

8.4 Hebammen

Die Hebammen leisten einen zentralen Beitrag zur Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen, sowie deren Neugeborenen. Sie bewegen sich dafür in einem interdisziplinären Feld mit Gynäkologinnen und Gynäkologen, Spitälern und Anbietern von Haushaltshilfe. Gemäss GESA waren per Ende 2012 22 Hebammen im Kanton tätig, diese sind im Durchschnitt 43,9 Jahre alt.
Der Hebammenverband hat folgende Daten zur Verfügung gestellt: Im Jahr 2012 waren 24 Hebammen für den Kanton Schwyz tätig (nicht alle wohnen im Kanton, weshalb die Anzahl in GESA kleiner ist), davon stehen 18 Hebammen für die Wochenbettbetreuung (einige davon auch für Schwangerschaftskontrollen) zur Verfügung. Sechs Hebammen machen zusätzlich Hausgeburten und/ oder Beleggeburten.

Die Tabelle 15 gibt Auskunft über die Tätigkeiten und deren Anzahl für das Jahr 2012.

Tabelle 15: Anzahl Konsultationen der Hebammen im Kanton Schwyz, 2012

Schwangerschafts-Kontrollen	264
Geburten	50
Wochenbett	826
Still-Beratung	224
Nach-Kontrolle	91
Geburtsvorbereitungskurs	7
Rückbildungskurs	6

Quelle: Hebammenverband, eigene Darstellung

[202] Interpharma (2013): S. 39

Die Abbildung 67 zeigt auf, wie viele Hebammen wo im Kanton Schwyz tätig sind. Auch ausserkantonal wohnhafte Hebammen erbringen im Kanton Schwyz Leistungen.

Abbildung 67: Verteilung der Hebammen im Kanton Schwyz

Quelle: Hebammenverband, eigene Darstellung

Aus der Tabelle 16 geht die Entwicklung der Hebammentätigkeit für die Jahre 2008 – 2012 hervor.

Tabelle 16: Entwicklung der Tätigkeiten der Hebammen im Kanton Schwyz

	2008	2009	2010	2011	2012
Geburten Spitäler, Lachen, Einsiedeln, Schwyz	1289	1212	1235	1201	1221
Hausgeburten	24	13	14	23	29
Beleggeburten im Spital Einsiedeln				13	20
Schwangerschaftskontrollen	380	333	271	377	437
Ambulantes Wochenbett Anzahl Visiten	77	58	44	51	46
Wochenbett 24-96Std Anzahl Visiten	359	294	280	299	340
Ab 5.Tag Anzahl Visiten	1522	1616	2109	2251	2836
Betreute Frauen postpartum	521	531	647	826	888

Quelle: Statistik des Schweizerischen Hebammenverbandes

Die Geburten in den Spitälern sind in den letzten Jahren eher konstant geblieben, Hausgeburten, Anzahl Visiten nach dem 5. Tag sowie Anzahl der nachgeburtlich betreuten Frauen sind gestiegen. Da Frauen immer schneller nach einer Geburt entlassen werden, erhöht sich der Bedarf an nachgeburtlicher Betreuung zu Hause. Wie von der Leitung des Hebammenverbandes der Sektion Schwyz verlautet, sei, aus ihrer Sicht, zurzeit kein Mangel an Hebammen spürbar. Die Hebammen im Kanton Schwyz seien gut vernetzt und würden sich gegenseitig vertreten. Eine Problematik aus Sicht der Hebammen besteht darin, dass nur Konsultationen von der Grundversicherung gezahlt werden. Administration und Fahrzeit werden nicht erfasst und entsprechend nicht abgegolten. Dasselbe gilt insbesondere auch für die sogenannte Pikettdienstentschädigung. Ein Hebammenmangel kann durch die schlechte Bezahlung entstehen. Die veralteten Verträge wurden im Juni 2014 vom Hebammenverband als nicht mehr haltbar erach-

tet. Da keine Einigung mit den Krankenversicherern erreicht werden konnte, befinden sich die Schwyzer Hebammen zurzeit in einem vertragslosen Zustand.

8.5 Physiotherapie

Die folgenden Angaben wurden durch den Vizepräsidenten des Regionalverbandes Physio Zentralschweiz erhoben. Der Rücklauf bewegt sich bei 50%. Durch Kenntnisse der Situation werden die Antworten als repräsentativ betrachtet. Demgemäss bestehen per Dezember 2013 im Kanton Schwyz 70 selbstständig geführte Praxen und drei Spitalpraxen.

Die Tabelle 17 gibt einen Überblick über die Verteilung der Geschlechter und das Durchschnittsalter bei den selbstständig geführten Praxen.

Tabelle 17: Auflistung der selbstständig geführten Physiotherapiepraxen nach Geschlecht und Alter

	Weiblich	Männlich
Praxisinhaber/in	65%	35%
Durchschnittsalter	48	51
Alter beider Geschlechter	49	

Quelle: Physio Sportiv AG, Stand Februar 2014

Von den selbständig geführten Praxen werden 65 Prozent durch Physiotherapeutinnen und 35 Prozent durch Physiotherapeuten geführt. Das Durchschnittsalter liegt bei den Inhaberinnen bei 48 Jahren, bei den Inhabern bei 51 Jahren. Obwohl die Physiotherapeutinnen zu einem geringeren Arbeitspensum (20-70%) als die Physiotherapeuten (70-100%), wird der Grossteil der Physiotherapieleistungen durch Frauen erbracht. Das Arbeitspensum variiert stark und ist saisonabhängig. Rückenbeschwerden häufen sich zum Beispiel im Herbst und Winter.
Die Anzahl Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten pro Praxis bewegt sich zwischen 1 und 12 Personen. Durchschnittlich arbeiten 3,4 Physiotherapeutinnen oder Physiotherapeuten pro Praxis. Die Anzahl Stellenprozente in einer Physiotherapiepraxis variiert zwischen 50 Prozent und 850 Prozent. Vor allem grössere Praxen verfügen über eine grosszügiger ausgestattete Infrastruktur und beschäftigen auch Physioassistenten, Fitnessinstruktorinnen, Rehatrainer oder Praktikantinnen. Doch auch die kleineren Praxen sind notwendig für eher abgelegene und kleinere Gemeinden. Hier steht der Bevölkerung meistens nur eine „Ein-Mann-Praxis“ mit oft nur einem Teilpensum zur Verfügung. Es ist immer schwieriger Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten zu finden, die bereit sind eine kleine Praxis aufrecht zu erhalten (vgl. Abbildung 71, nächste Seite).
Nebst der Behandlung in einer Praxis gehören auch sogenannte Domizilbehandlungen zum Dienstleistungsspektrum. Diese werden jedoch, aus wirtschaftlichen Gründen, nur durch wenige Praxen angeboten. Auch für Behandlungen in Altersheimen stehen keine speziellen Räumlichkeiten zur Verfügung. Wegen fehlender Infrastruktur muss oft improvisiert werden. Die Nachfrage nach Physiotherapie in Altersheimen ist steigend.

Die Tabelle 18 zeigt die Anzahl Praxen pro 10‘000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Vergleich mit den anderen Zentralschweizer Kantonen.

Tabelle 18: Anzahl Praxen auf 10‘000 Einwohner, Vergleich Innerschweizer Kantone

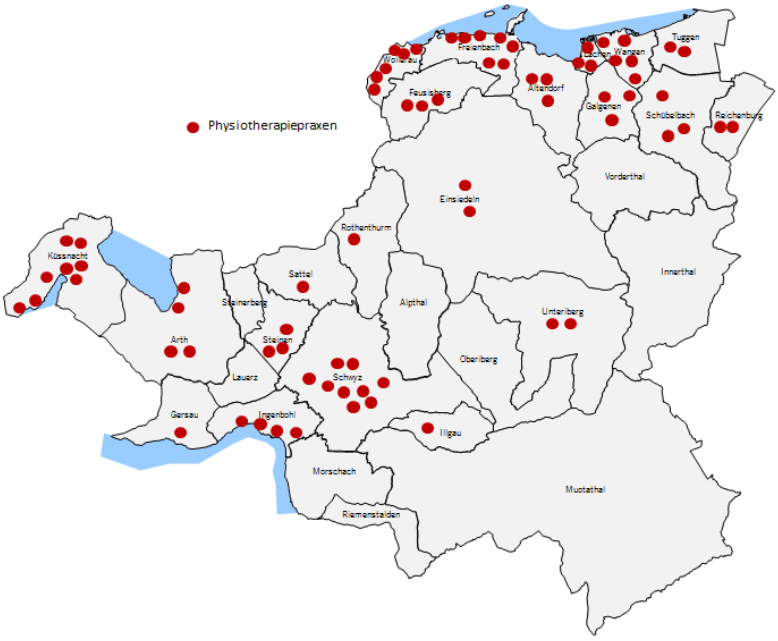
Kanton	Praxen	Einwohner	Praxen pro 10‘000 Einwohner
Zug	69	116559	5.9
Schwyz	70	147900	4.7
Luzern	75	382000	1.9
Nidwalden	7	41300	1.7
Obwalden	19	35900	5.3
Uri	14	35400	4

Quelle: Physio Sportiv AG, Stand Dezember 2013

Mit 4.7 Praxen auf 10‘000 Einwohnerinnen und Einwohner besteht im Kanton Schwyz ein vergleichsweise gutes Angebot.

Gemäss GESA waren per Ende 2012 73 Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Kanton Schwyz tätig. Die Abbildung 68 zeigt die Verteilung der Physiotherapiepraxen im Kanton Schwyz.

Abbildung 68: Verteilung der Physiotherapiepraxen im Kanton Schwyz



Quelle: GESA, Stand 31. Dezember 2012

Es wird deutlich, dass insbesondere in abgelegenen Gemeinden keine physiotherapeutische Praxen vorhanden sind.

8.6 Zusammenfassung weitere bewilligungspflichtige Berufe

- Der Kanton Schwyz verfügt über ein breites nicht ärztliches/pflegerisches Angebot verschiedener Dienstleistungen im ambulanten medizinischen Bereich.
- Es existiert keine Zulassungsbeschränkung für bewilligungspflichtige Berufe.
- Die Apothekendichte liegt im Kanton Schwyz mit 8 Apotheken auf 100‘000 Einwohner unter dem Schweizer Durchschnitt (19 Apotheken), was der Situation von Kantonen mit Selbstdispensation entspricht. Apotheken könnten verschiedene arztentlastende Dienstleistungen übernehmen.
- Die Drogeriendichte liegt mit 1,1 Drogerien auf 10‘000 Einwohner über dem Schweizer Durchschnitt (0,8 Drogerien). Drogerien sind die ideale Ansprechstruktur bei geringen Beschwerden, die mit Selbstmedikation behoben werden können.
- Um das Angebot der Hebammen nachhaltig sicherzustellen, müssen die Arbeitsbedingungen der Hebammen verbessert und die Attraktivität des Berufs (z.B. hinsichtlich Entschädigung) gesteigert werden.
- Im Bereich der Physiotherapie kann die Altersversorgung optimiert werden.

9 Komplementär- und Alternativmedizinische Versorgung

9.1 Allgemeines

Im Kapitel Komplementär- und Alternativmedizin (KAM) wird versucht einen Überblick zu den nichtärztlichen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer ohne bewilligungspflichtige Methoden zu geben. Die Daten wurden von der Eskamed AG zur Verfügung gestellt, die sich für die Qualitätssicherung komplementärmedizinischer Methoden einsetzt. So vergibt sie seit 1994 das EMR-Qualitätslabel. EMR steht für Erfahrungs-Medizinisches Register. Wer über dieses Gütesiegel verfügt, kann sich auch im EMindex, dem Internetverzeichnis der Therapeutinnen und Therapeuten mit dem EMR-Qualitätslabel, registrieren lassen. Da sich jedoch nicht alle Therapeutinnen und Therapeuten im EMindex registrieren lassen, sind die dort vorgefundenen Zahlen nicht repräsentativ und somit für den vorliegenden Kontext nicht verwendbar. Das EMR stellt aber auf Anfrage den interessierten Kantonen die vollständige Liste der EMR-registrierten Therapeutinnen und Therapeuten zur Verfügung. Einzelne Kantone verwenden die EMR-Registrierung für die Zulassung als Therapeutin und Therapeut (BAB).
Um die Qualität der Ausbildung von KAM-Therapeuten und damit die komplementärmedizinische Versorgung zu verbessern, haben verschiedene Gruppierungen mit Unterstützung des SBFI, respektive der GDK eigene Berufsbilder entwickelt. Einige dieser Berufsbilder sind bereits definiert und eidgenössisch anerkannt, so zum Beispiel die Osteopathie, Kunsttherapie oder Medizinische Massage. Zurzeit werden zwei Berufsbilder erarbeitet, die ebenfalls durch jeweils eine Organisation der Arbeitswelt vertreten werden.
Die OdA AM ist die Organisation der Arbeitswelt für **Alternativmedizin**. Unter Alternativmedizin werden die vier grossen Methoden Ayurveda-Medizin, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Homöopathie und Traditionelle europäische Naturheilkunde (TEN) gefasst. Diese Methoden unterscheiden sich zu den Komplementärtherapien hinsichtlich der Anwendung von Heilmitteln und invasiven Heilverfahren mittels Hilfsmitteln. Die Berufsreglementierung in der OdA AM steht vor dem Abschluss und wird im Herbst 2014 durch das SBFI zur Vernehmlassung ausgeschrieben.
Die OdA KT, die Organisation der Arbeitswelt für **Komplementär-Therapie,** vertritt Methoden, die keine Hilfsmittel, Apparate und hautverletzende Massnahmen einsetzt. Die „Methoden der Komplementärtherapie sind körper- und prozesszentriert ausgerichtet und auf die gezielte Aktivierung der Selbstregulation, Selbstwahrnehmung und Stärkung der Genesungskompetenz angelegt. Berührung, Bewegung, Atem und Energie in Verbindung mit Anleitung und Gespräch sind die Mittel der komplementärtherapeutischen Methoden.“[203] Die Eingabe der Prüfungsordnung für die Höhere Fachprüfung an das SBFI ist erfolgt. Rund 20 Methoden sind in der OdA KT seit Frühjahr 2014 auf dem Weg zur Reglementierung. Die ersten Methoden sind für die Vernehmlassungs-Ausschreibung durch das SBFI eingereicht.

Es liegen keine Daten darüber vor, inwiefern Patientinnen und Patienten gleichzeitig schulmedizinische und alternativmedizinische oder komplementärtherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen und inwiefern diese sich ergänzen oder dasselbe bewirken wollen.

Ab 2015 werden auf Bundesebene Berufsreglementierungen für Alternativmedizin und Komplementär-Therapie vorliegen. Damit ergibt sich ein Auseinandersetzungsbedarf betreffend kantonaler Berufsreglementierungen. Dies hat bisher nicht stattgefunden. Es ist eine deutliche Qualitätssteigerung sowie verwertbare Daten über Methoden, Therapeutenzahl und Leistungsvolumen zu erwarten. Fragestellungen der Heilmittelabgabe, der MWST-Pflichtigkeit und der Laboranalysen können mit der Zeit wichtig werden[204].

[203] vgl. www.oda-kt.ch
[204] Telefonische Auskunft durch Silva Keberle, Leiterin Eskamed AG

Mit der Annahme des Masterplans „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ am 18. Mai 2014 sind die Kantone verpflichtet, die Komplementär- und Alternativmedizin in die Grundversorgung miteinzubeziehen (vgl. Art 118a BV).

9.2 Methoden

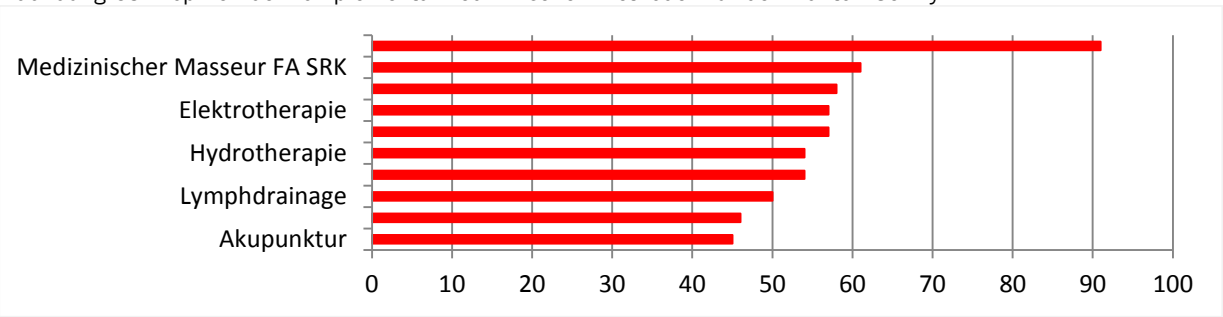
Im EMR sind 151 Methoden gelistet. Nicht alle werden durch die Krankenkassen gleichermassen anerkannt und als vergütungswert betrachtet. Die folgenden 17 Methoden wurden im Jahr 2012 von mindestens 25 Krankenkassen in der Zusatzversicherung vergütet:

Akupressur
Alexandertechnik
Colon-Hydro-Therapie
Feldenkrais-Methode
Klassische Homöopathie
Manuelle Lymphdrainage
Phytotherapie
Traditionelle Chinesische Medizin[205]
Shiatsu
Akupunktur
Atemtherapie
Cranio-Sacral-Therapie
Heileurythmie
Kinesiologie
Ostheopathie
Rolfing
Schröpfen

Diese Aufzählung erfolgte aufgrund der EMR-Methodenliste[206]. Von diesen Methoden werden jedoch nicht alle im Kanton Schwyz angeboten.

Die Abbildung 69 zeigt die im Kanton Schwyz am meisten vertretenen Methoden.

Abbildung 69: Top Ten der komplementärmedizinischen Methoden für den Kanton Schwyz



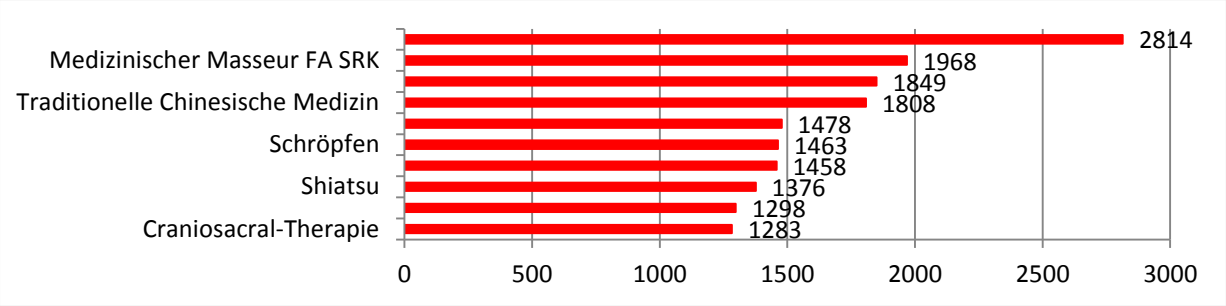
Quelle: EMR, eigene Darstellung, Stand Januar 2013

Die klassische Massage ist mit Abstand die am häufigsten angebotene Methode, gefolgt von medizinischer Massage[207], Bindegewebsmassage und Elektrotherapie. Da die einzelnen Therapeutinnen und Therapeuten gleichzeitig verschiedene Methoden anbieten, ist deren Zahl um ein Vielfaches höher als die Anzahl Therapeutinnen und Therapeuten.

[205] Unter TCM werden Methoden wie Akupunktur, Moxa, Phytotherapie, QiGong und TaiChi gefasst
[206] EMR (2013)
[207] Gemäss Auskunft der Oda Medizinischer Masseure berechtigt die Ausbildung ‚medizinische Massage‘ zur Behandlung von Krankheiten. Sowohl klassische wie auch medizinische Massagen werden von den Krankenkassen unterschiedlich anerkannt. Da sich Ausbildung und Titel unterscheiden, werden sie hier gesondert ausgewiesen. Die medizinische Massage ist im Kanton Schwyz bewilligungspflichtig.

In Abbildung 70 wird die Top Ten der gesamten Schweiz abgebildet.

Abbildung 70: Top Ten der komplementärmedizinischen Methoden für die ganze Schweiz

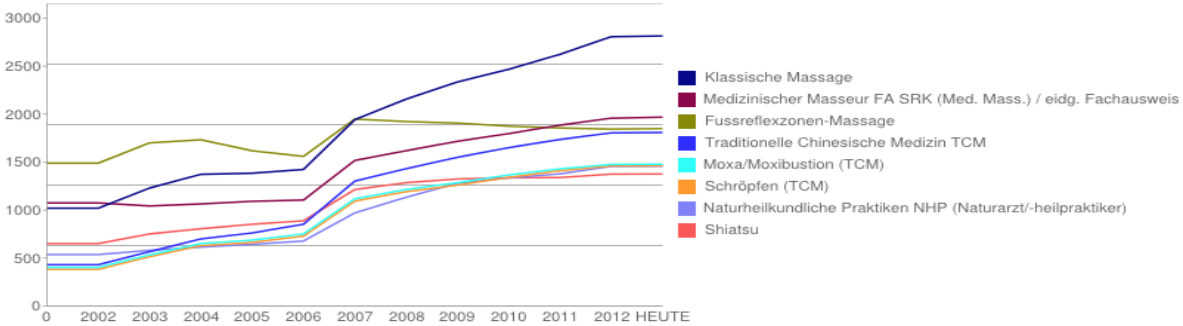


Quelle: Eskamed AG, eigene Darstellung, Stand Januar 2013

ergleicht man die Top Ten von Schwyz mit den Top Ten der Schweiz, in Abbildung 79, kann festgestellt werden, dass es eine Übereinstimmung hinsichtlich folgender Methoden gibt: klassische Massage, medizinische Massage, Fussreflexzonenmassage und Traditionelle Chinesische Medizin. Im Kanton Schwyz sind also die Methoden Bindegewebsmassage, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Wickel, Lymphdrainage und Akupunktur beliebter als im schweizweiten Durchschnitt.

Die Abbildung 71 zeigt den Verlauf der Top 8 in den letzten zehn Jahren auf.

Abbildung 71: Verlauf Top 8 der komplementärmedizinischen Methoden für die ganze Schweiz



Quelle: Eskamed AG, Stand Januar 2013

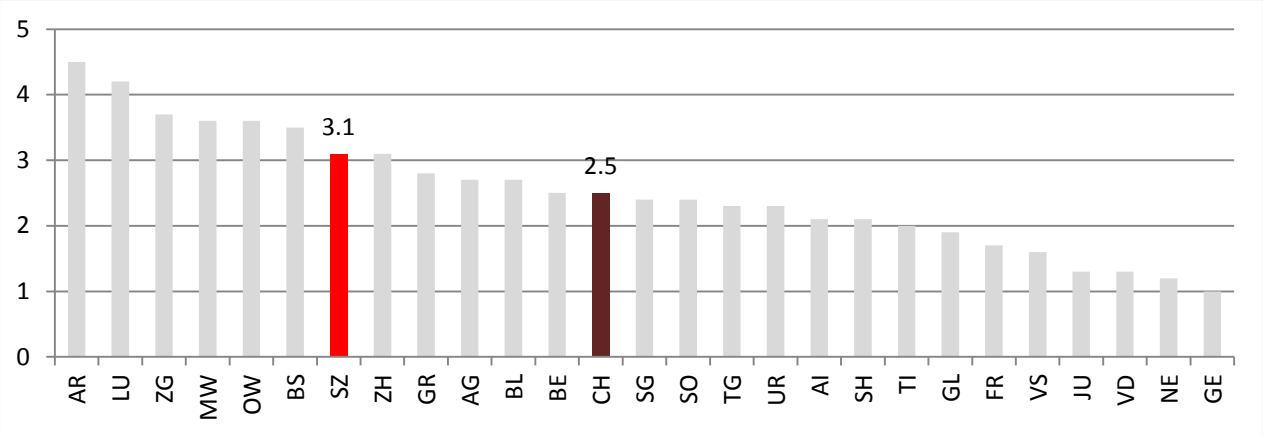
Es fällt auf, dass die klassische Massage das grösste Wachstum aufzeigt. Die vormals beliebteste Methode der Fussreflexzonentherapie ist hingegen rückläufig. Die Traditionelle Chinesische Medizin ist mit verschiedenen Methoden vertreten und zeigt, wie auch Naturheilkundliche Praktiken einen stetigen Zuwachs.

9.3 Therapeutinnen und Therapeuten

Im Kanton Schwyz waren Anfang des Jahres 2013 also 423 registrierte Therapeutinnen und Therapeuten tätig.

Für den Vergleich der Kantone kann die folgende Abbildung 72 herangezogen werden. Sie stellt die Therapeutendichte nach Kantonen dar.

Abbildung 72: Dichte der komplementärmedizinisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten nach Kanton



Quelle: Eskamed AG, eigene Darstellung Stand 31.12.2012

Der Kanton Schwyz rangiert hier mit einer Dichte von 3.1 Therapeutinnen und Therapeuten pro 1‘000 Einwohner im Jahr 2012 auf dem siebten Rang. Zum Vergleich: Die Ärztedichte[208] betrug im selben Jahr 1.3 pro 1‘000 Einwohnerinnen. Die Versorgung durch komplementärmedizinische Leistungserbringenden ist also knapp doppelt so gross wie jene durch die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger. Es ist davon auszugehen, dass besonders im komplementärmedizinischen Bereich oft Teilzeit gearbeitet wird. Über die tatsächlichen Kapazitäten sind keine Daten erhältlich.

9.4 Daten CSS zur Komplementärmedizin

Im Kanton Schwyz haben im Jahr 2012 insgesamt 7‘089 Versicherte komplementärmedizinische Leistungen über die CSS abrechnen lassen, was rund 17 Prozent der gesamten Schwyzer Bevölkerung entspricht[209]. 88 Prozent der Leistungen wurden über die Zusatzversicherung nach VVG und 12 Prozent über die Grundversicherung (OKP) abgerechnet. Über die Grundversicherungen können die fünf Methoden Akupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie und Traditionelle Chinesische Medizin über Ärztinnen und Ärzte mit einem entsprechenden Fähigkeitsausweis abgerechnet werden.

Wie die Tabelle 19 aufzeigt, wurden von 477 Therapeutinnen und Therapeuten gut 25‘000 Konsultationen erbracht, was zu einem Volumen von rund 6 Millionen Franken führte (240 CHF pro Konsultation und 53 Konsultationen pro Therapeutin).

Tabelle 19: Übersicht Komplementärmedizin 2012 CSS

	Anzahl Versicherte	**Anzahl Konsultationen**	**Anzahl Leistungserbringer**	**Gezahlte Leistungen**
VVG	6‘242	21‘027	457	5‘817‘818.60
OKP	847	4‘189	20	189‘636.15
Total	**7‘089**	**25‘216**	**477**	**6‘007‘454.75**

Quelle: CSS, eigene Darstellung, Angaben in Fr.-

[208] Hier wurde die Anzahl der Therapeuten und Ärzte und nicht die VZÄ gerechnet

[209] In der Gesundheitsbefragung 2012 gaben rund 24 Prozent der befragten Schwyzerinnen und Schwyzer an, komplementärmedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen (eigene Berechnung)

In der Tabelle 20 werden die gezahlten Leistungen nach Behandlungsmethode aufgelistet. Der grösste Teil wurde im Rahmen der Position Alternativmedizin erbracht.

Tabelle 20: Erbrachte und gezahlte komplementärmedizinische Leistungen nach Behandlungsmethode, Jahr 2012

Behandlungsmethode	Erbrachte Minuten	Erbrachte Stunden	Gezahlte Leistungen in Fr.
Akupunktur	15‘727	262	108‘878
Neuraltherapie	2‘085	35	13‘352
Homöopathie	2‘230	37	20‘366
Traditionelle Chinesische Medizin	4‘430	74	44‘041
Alternativmedizin Total			5‘820‘817
Telefonkonsultation	945	16	2‘998
Behandlung		15‘435*	3‘718‘843
Massage		4‘744*	1‘917‘933
Labor			2‘402
Medikamente			178‘641
Total			**6‘007‘454**

Quelle: CSS, eigene Darstellung, Angaben in Fr.-
Bemerkung: Für alternativmedizinische Behandlungskosten und Massagebehandlung werden keine Zeiteinheiten, sondern Pauschalen abgerechnet.

Die CSS versicherte per 31.12.2012 im Kanton Schwyz 41‘152 Personen, was einem Anteil von 27,6 Prozent der Kantonsbevölkerung entspricht. Würde dies auf den gesamten Kanton Schwyz hochgerechnet, ergäbe dies ein komplementärmedizinisches Leistungsvolumen von 21‘766‘138 CHF. Es muss angenommen werden, dass viele komplementärmedizinische Behandlungen privat gezahlt werden.

9.5 Zusammenfassung komplementärmedizinischer Bereich

- Der Bereich der Komplementärmedizin ist heterogen und wenig geregelt.
- Mit der Berufsreglementierung für Alternativmedizin und Komplementär-Therapie auf Bundesebene ab 2015 sind eine deutliche Qualitätssteigerung sowie verwertbare Daten über Methoden, Therapeutenzahl und Leistungsvolumen zu erwarten.
- Gemäss Eskamed waren im Jahr 2012 423 Therapeutinnen und Therapeuten im Kanton Schwyz tätig.
- Es existieren keine verwertbaren Daten über die im Kanton Schwyz gesamthaft erbrachten Leistungen.
- Mit der Annahme des Masterplans „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ am 18. Mai 2014 sind die Kantone verpflichtet, die Komplementär- und Alternativmedizin in die Grundversorgung miteinzubeziehen (vgl. Art 118a BV).

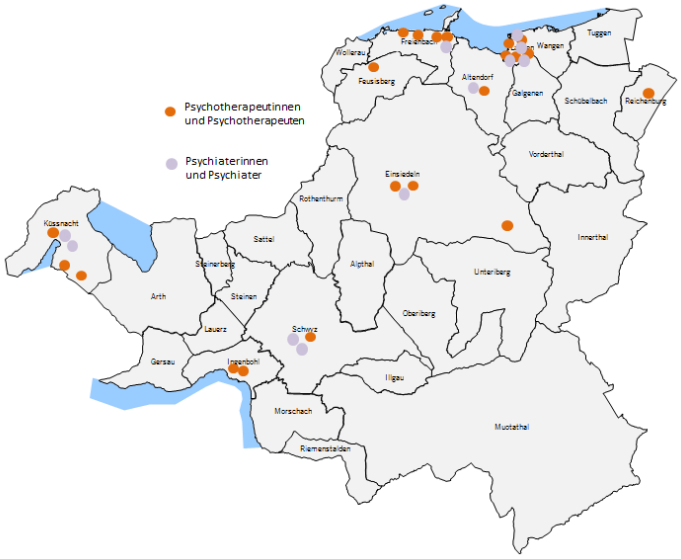
10 Therapeutische und beratende Dienstleistungen

10.1 Freiberufliche Psychiater und Psychotherapeuten

Im Kanton Schwyz waren per Ende 2012 21 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig. Ihr Durchschnittsalter beträgt 59,6 Jahre. Vergleichszahlen liegen keine vor. Zudem waren 11 Psychiaterinnen und Psychiater verfügbar, deren Durchschnittsalter beträgt 53,7 Jahre.

Die Abbildung 73 zeigt die regionale Verteilung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Kanton Schwyz.

Abbildung 73: Verteilung der freiberuflichen Psychotherapeuten und Psychiater im Kanton Schwyz



Quelle: Gesa, Stand 31.12.2012

Es wird ersichtlich, dass im äusseren Kantonsteil mehr Psychotherapeutinnen und Psychiater zur Verfügung stehen.
Im Auftrag des DI wurden ein Versorgungs- und ein Strukturbericht[210] für die Psychiatrieplanung des Psychiatriekonkordats Uri, Schwyz und Zug erstellt. Die Psychiatrieplanung liegt im Zuständigkeitsbereich des Konkordates.

10.2 Sozialpsychiatrischer Dienst (SPD)

Der Schwyzerische Verein für Sozialpsychiatrie SVS betreibt im Auftrag des Kantons einen Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) mit den Fachstellen:

- Sozialpsychiatrie / Psychotherapie
- Drogen- und Alkoholfragen
- gesundheit schwyz - Gesundheitsförderung und Prävention
- Paar- und Familienberatung
- Kontaktstelle Selbsthilfe

Standorte sind Goldau, Einsiedeln, Lachen und Pfäffikon. Seine Aufgabenschwerpunkte sind

- die ambulante und tagesklinische sozialpsychiatrische Beratung und Behandlung von psychisch kranken Erwachsenen
- die Beratung und Therapie von Suchtgefährdeten und Süchtigen und deren persönlichem Umfeld
- die Beratung, Hilfe und Begleitung bei Beziehungsfragen, Ehe- und Paarproblemen, familiären Problemen, Erziehungsproblemen und Fragen rund um Trennung und Scheidung

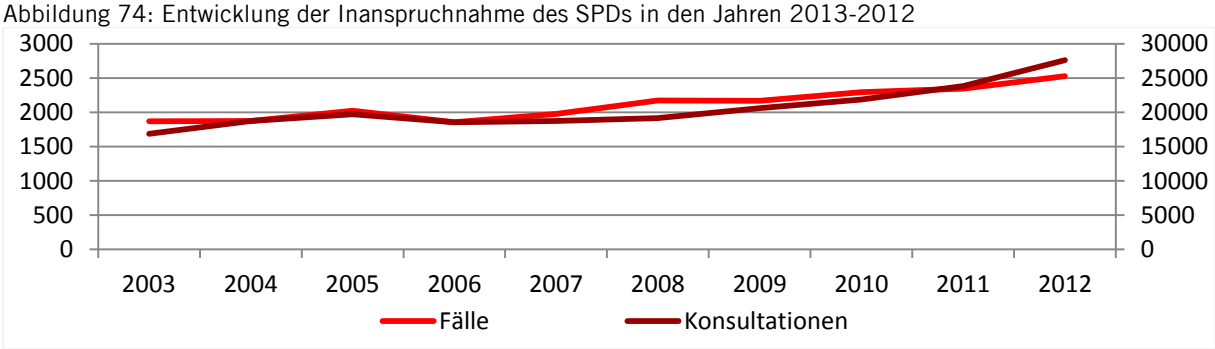
[210] Rusch (2011a); Studer und Schnyder (2011)

- die Beratung, Hilfe und Begleitung bei erwünschter und unerwünschter Schwangerschaft, bei ungewollter Kinderlosigkeit, bei sexuellen Schwierigkeiten und Störungen
- die Information und Beratung in Gesundheitsförderung und Prävention mit den Schwerpunkten Alkohol, Tabak, Sexualität, Ernährung und Bewegung und psychische Gesundheit für Gemeinden, Schulen, Betriebe, Familien und Freizeit
- die Führung einer Kontaktstelle «Selbsthilfe»

Die folgenden Angaben stammen aus dem Jahresbericht 2012[211]. Im Jahr 2012 waren 54 Personen im SPD angestellt, die im therapeutischen Bereich 23 VZÄ, im Beratungsbereich ungefähr 5 VZÄ und im Präventionsbereich ungefähr 4 VZÄ stellten. Die Anzahl der Fälle ist in den letzten Jahren stetig gestiegen.

Die Abbildung 74 stellt die Entwicklung der Inanspruchnahme des SPDs dar.

Abbildung 74: Entwicklung der Inanspruchnahme des SPDs in den Jahren 2013-2012



Quelle: Jahresbericht SPD 2012, eigene Darstellung

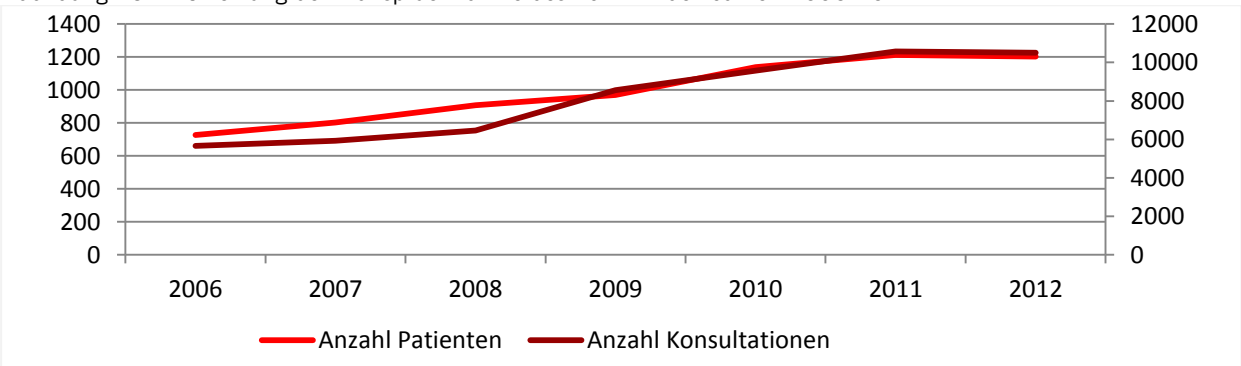
Im Jahr 2012 wurden insgesamt 2528 Patienten behandelt, was zu 27607 Konsultationen (inkl. Telefonkonsultationen) führte.

10.3 Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)

Die Stiftung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schwyz betreibt im Auftrag des Kantons einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) mit den Standorten Goldau und Lachen. Dieser dient der Sicherstellung der ambulanten sozialpsychiatrischen Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr. Seine Aufgabenschwerpunkte sind Abklärung, Beratung und Behandlung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen sowie die Information der Öffentlichkeit mit der Zielsetzung, die Vorurteile gegenüber psychisch kranken Kindern und Jugendlichen abzubauen und deren Integration zu fördern.

Die Abbildung 75 zeigt die Entwicklung der Inanspruchnahme des KJPDs in den Jahren 2006-2012.

Abbildung 75: Entwicklung der Inanspruchnahme des KJPD in den Jahren 2006-2012



Quelle: Jahresberichte KJPD, eigene Darstellung

[211] SPD (2012)

Im Jahr 2012 wurden 1203 Kinder und Jugendliche ambulante betreut. Zur Verfügung standen dafür 16,8 Vollzeitäquivalente, wobei damit auch 290 Patienten aus den Kantonen Uri und Glarus betreut wurden.
Die Komplexität und der Schweregrad der Problemstellungen, mit denen der KJPD konfrontiert ist, nehme seit einiger Zeit stark zu und es wird darauf hingewiesen, dass mit der bestehenden Infrastruktur und den personellen Ressourcen die weiter zu erwartende starke Steigerung der Inanspruchnahme nicht mehr bewältigt werden kann. Wie aus dem Versorgungsbericht zur gemeinsamen Psychiatrieplanung hervorgeht, bestehen vor allem im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich grosse Versorgungslücken.[212]

10.4 Frühberatungs- und Therapiestelle für Kinder

Die Frühberatungs- und Therapiestelle (FTS) bietet an ihrem Standort in Brunnen Heilpädagogische Früherziehung, Ergotherapie und Physiotherapie für Kinder an, deren Entwicklung besonderer Aufmerksamkeit und Förderung bedarf. Dieses im Auftrag des Kantons Schwyz bereitgestellte Beratungs- und Therapieangebot richtet sich an Personen, welche in den Gemeinden des inneren Kantonsteils wohnhaft sind. Im Jahr 2013 standen der FTS dafür (inkl. Stellenleitung und Administration) 570 Stellenprozente zur Verfügung.
In der Früherziehung werden Kinder (bis 7 Jahre) abgeklärt, deren Entwicklung auffällig oder verzögert verläuft. Falls nötig können sie gezielt in den folgenden Bereichen gefördert werden: Wahrnehmung und Bewegung, Sprache und Kommunikation, Gefühle und Sozialverhalten, Erfassen von Zusammenhängen und Selbständigkeit.
Mit Physiotherapie können die Bewegungsfreude der Kinder (bis 18 Jahre) geweckt und die Bewegungsabläufe verbessert werden, wenn diese verzögert oder beeinträchtigt sind.
In der Ergotherapie werden Kinder (bis 16 Jahre) angeleitet, praktisches Denken und Handeln sowie Wahrnehmung und Bewegungsabläufe zu verbessern. In der Ergo- und Physiotherapie können auch Abklärungen und Anpassungen von Hilfsmitteln durchgeführt werden.
Um die für den Alltag und die Schule wichtigen Kompetenzen der Kinder bestmöglich zu fördern, arbeiten die Therapeuten eng mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen aus dem familiären Umfeld der Kinder zusammen. Zudem werden der Austausch mit anderen Fachpersonen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gepflegt. Unerlässlich sind insbesondere auch die Unterstützung durch den Kanton und durch die Ärztinnen und Ärzte. Letztlich ist es dieses gebündelte Engagement vieler Beteiligter, das den Kindern hilft, angemessene Wege ins Leben zu finden und zu beschreiten.

10.5 Mütter- und Väterberatung

Die Mütter- und Väterberatung wird im Kanton Schwyz von sieben Spitex-Basis-Organisationen sowie der Mütter- und Väterberatung Region Luzern (für den Bezirk Küssnacht) geleistet. Sie bietet Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern telefonische Beratung, Hausbesuche und Sprechstunden an. Sie dient der Beratung, Gesundheitsförderung und Prävention im Frühbereich. Die Hauptaufgaben der fachlich qualifizierten sowie sozial und persönlich kompetenten Mitarbeiterinnen umfassen:

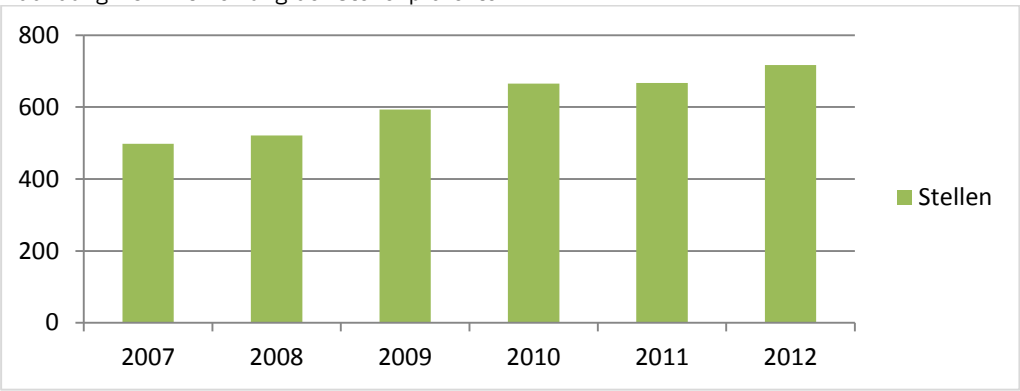
- Beobachtung und Entwicklung des Kleinkindes, um Krankheiten vorzubeugen und allfällige Störungen früh zu erkennen
- Beratung in den Bereichen Pflege, Stillen, Ernährung, Allergieprophylaxe, Erziehung
- Unterstützung der Eltern in der neuen Rolle als Mutter und Vater.

Die Mütter- und Väterberatung arbeitet im Auftrag der Gemeinden.

[212] Rusch (2011a)

Die Abbildung 76 zeigt die Entwicklung der Stellenprozente für die Jahre 2007-2012.

Abbildung 76: Entwicklung der Stellenprozente

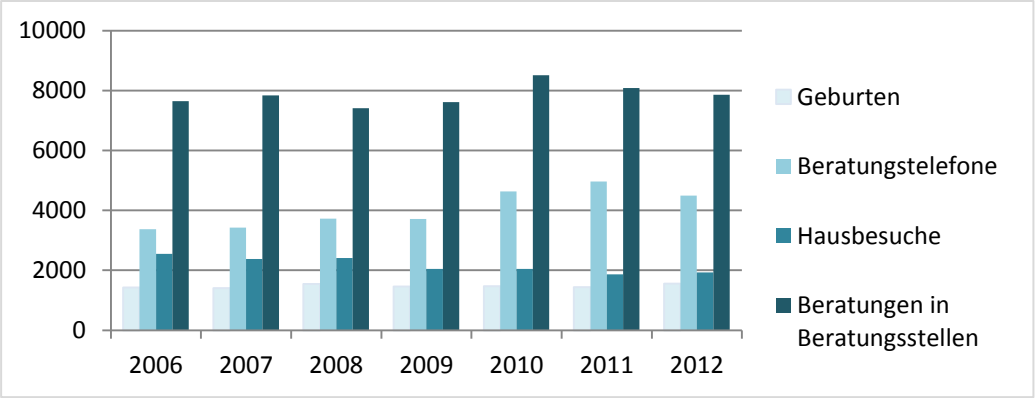


Quelle: Spitex Kantonalverband Schwyz, eigene Darstellung

Die Mütter- und Väterberatung wurde im Kanton Schwyz laufend ausgebaut, was einerseits einer Anpassung an den steigenden Bedarf aufgrund der zunehmenden Geburtenrate entspricht. Andererseits haben auch inhaltliche Anpassungen stattgefunden, wie zum Beispiel im Bezirk Höfe, wo seit 2011 eine Erziehungsberatung für Familien mit Kindern bis 5 Jahren angeboten wird. Dieses Angebot wurde im Jahr 2011 von 43 Familien in Anspruch genommen. Im Jahr 2013 waren es bereits 86 Familien. Die Anzahl Einzelberatungen pro Familie musste aus Kapazitätsgründen von 2,8 (Jahr 2011) auf 2,0 im Jahr 2013 gesenkt werden.

Abbildung 77 zeigt, welche Dienstleistungen die Mütter- und Väterberatung, im Verhältnis zur Anzahl Geburten, erbracht haben.

Abbildung 77: Entwicklung der Dienstleistungen der Mütter- und Väterberatung im Verhältnis zur Anzahl der Geburten pro Kalenderjahr, gemäss Einwohnerkontrolle

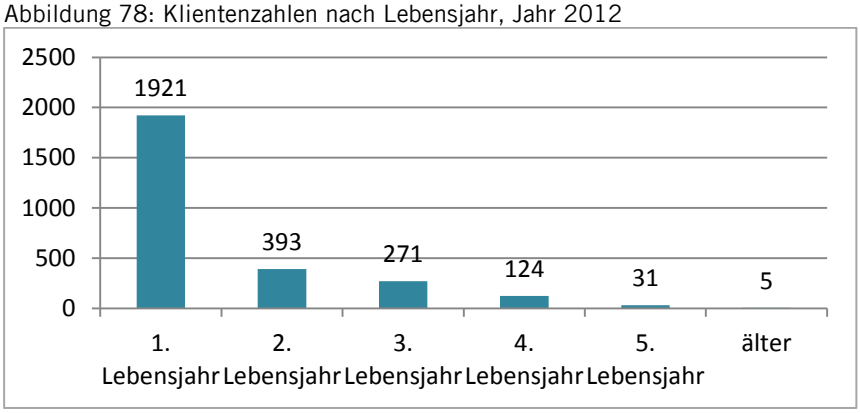


Quelle: Spitex Kantonalverband Schwyz, eigene Darstellung

Der grösste Anteil an Dienstleistungen besteht in den Beratungen in Beratungsstellen (im Jahr 2012 55,0%) gefolgt von Beratungstelefonen (im Jahr 2012 31,5%). Der Anteil an Hausbesuchen liegt bei 13,5%. Die Anzahl Geburten im Jahr 2012 beläuft sich auf 1558.

Aus Abbildung 78 geht hervor, dass die meisten Dienstleistungen von Müttern und Vätern mit Kindern im ersten Lebensjahr in Anspruch genommen werden.

Abbildung 78: Klientenzahlen nach Lebensjahr, Jahr 2012



Quelle: Spitex Kantonalverband Schwyz, eigene Darstellung

10.6 Zusammenfassung therapeutische und beratende Dienstleistungen

- Der Bedarf an psychiatrischen Dienstleistungen wird weiter steigen.
- Der (zukünftige) Mangel freipraktizierender Psychiaterinnen und Psychiater wird einen weiteren Ausbau der Dienste notwendig machen.

11 Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz

11.1 Fachstelle Gesundheit Schwyz[213]

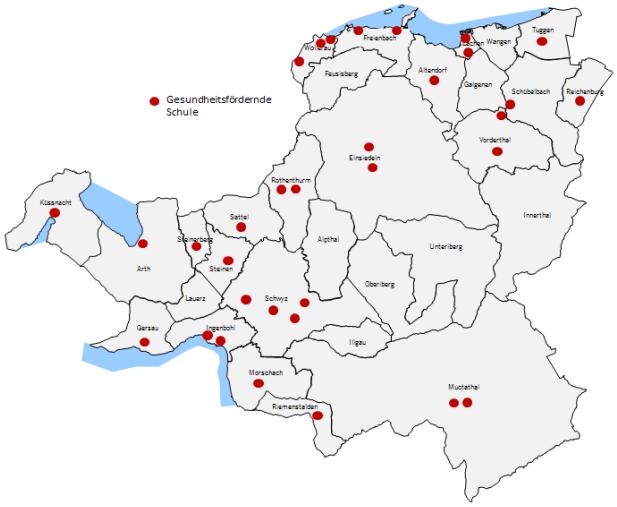
Die Fachstelle Gesundheit Schwyz ist eine Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kantons Schwyz und arbeitet im Auftrag des Kantons. Für ihren Auftrag, die Gesundheit, die Gesundheitskompetenz und die Lebensqualität aller Menschen des Kantons Schwyz zu fördern, stehen vier VZÄ zur Verfügung (vgl. SPD). Dazu bietet sie Projekte und Programme für Gemeinden, Institutionen, Betriebe und Familien an sowie Schulungen, Weiterbildungen und Beratungen für Lehrpersonen an.

11.2 Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen

Per Ende 2013 sind 33 Schulen dem Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen im Kanton Schwyz angeschlossen, dies entspricht rund 60 Prozent. Diese Schulen verpflichten sich für jeweils 3 Jahre und setzen sich für gesundheitsfördernde Prozesse ein. Dazu gehören Angebote in den Bereichen Ernährung und Bewegung, Suchtmittel, Sexualität, Gewalt, psychische Gesundheit. An den Berufs- und Mittelschulen wird jährlich eine Sucht-Präventionstagung angeboten. Das Netzwerk bietet Beratung, Erfahrungsaustausch und finanzielle Unterstützung und wird von den Ämtern für Volksschulen und Sport, dem Amt für Gesundheit und Soziales sowie vom Sicherheitsdepartement getragen.[214] Diese interdepartementale Zusammenarbeit hat sich sehr bewährt. Konkret stellt das Amt für Volksschulen und Sport 50 Stellenprozente für die Koordinierung, das Amt für Gesundheit und Soziales Fr. 95‘000 (für das Jahr 2014, davor Fr. 120‘000) und das Sicherheitsdepartement Unterstützung im entsprechenden Bereich zur Verfügung. Wie aus dem Rechenschaftsbericht 2013 hervorgeht „wurden die Angebote in den Bereichen Sexualpädagogik (34 Klasseneinsätze durch „gesundheit schwyz“) und Gewaltprävention (53 Klasseneinsätze mittels Projekt „chili“ des Schweizerischen Roten Kreuzes) sowie sämtliche Präventionsangebote der Kantonspolizei am häufigsten beansprucht. Viele Netzwerkschulen setzten Massnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund schuleigener Projekte um. 8 Schulen forderten dafür einen finanziellen Beitrag ein.“[215]

Die Abbildung 79 bildet die räumliche Verteilung der Gesundheitsfördernden Schulen im Kanton Schwyz ab.

Abbildung 79: Auflistung der Gesundheitsfördernden Schulen im Kanton Schwyz



Quelle: Gesunde Schule Schwyz, Stand März 2014, eigene Darstellung [216]

[213] http://www.gesundheit-schwyz.ch/de/ [12.06.2014]
[214] http://www.gesunde-schulen-schwyz.ch [15.03.2014]
[215] Regierungsrat des Kantons Schwyz (noch nicht veröffentlicht)
[216] http://www.gesunde-schulen-schwyz.ch/netzwerkschulen.phtml [15.03.2014]

Die meisten Gemeinden verfügen demnach über eine oder mehrere Schulen, die sich für Gesundheitsförderung einsetzen. Da die Schulen unterschiedlich gross sind, ist es sinnvoll, die Abdeckung anhand der Schülerzahlen anzugeben. So besuchten per Ende 2013 rund 59,5 Prozent der Schwyzer Schülerinnen und Schüler eine Gesundheitsfördernde Schule.[217] Im Vergleich zur gesamten Schweiz, in der ungefähr 30 Prozent[218] der Schülerinnen und Schüler eine gesundheitsfördernde Schule besuchen, liegt die Abdeckung im Kanton Schwyz also über dem Durchschnitt.

11.3 Konzept des Kantons Schwyz

Im Jahr 2011 wurde im Auftrag des Departementsvorstehers DI ein Konzept für die Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz erarbeitet. Die Maxime war, dass es in Zeiten knapper werdender Ressourcen (sowohl finanzielle Mittel als auch personelle Kapazitäten) als notwendig erachtet werden muss, nicht nur entstandene Krankheiten zu behandeln, sondern deren Entstehung zu verhindern und die Gesundheit im Allgemeinen zu fördern. Das Ziel des Konzeptes besteht darin, dass sich die Schwyzerinnen und Schwyzer gesund fühlen und sich eigenverantwortlich um ihre Gesundheit kümmern. Anhand der folgenden vier Strategien sollte dieses Ziel erreicht werden:

1. *„Sensibilisierung der Bevölkerung:* Die Bevölkerung soll über den Wert und die Bedeutung ihrer Gesundheit breiter informiert werden und vermehrt erfahren, was sie selber dafür tun kann.
2. *Sensibilisierung der Politik:* Das Thema Gesundheitsförderung und Prävention soll in Politik und Verwaltung als Querschnittsthema einfliessen.
3. *Vernetzung der Akteure:* Die verschiedenen Akteure, die im Kanton Schwyz bereits im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention aktiv sind, sollen besser vernetzt und koordiniert werden.
4. *Schwerpunktprogramme:* Mögliche Schwerpunktthemen sind auf den Bund abgestützt. Die Kommission für Gesundheitsförderung und Prävention schlug die Themen Psychische Gesundheit, Jugend und Alter vor. Das Konzept Psychische Gesundheit ist als Teilkonzept des Gesamtkonzeptes bereits seit Mitte 2010 in Umsetzung.“ [219]

Im Weiteren wird festgehalten, dass im Kanton Schwyz bereits einige Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention existieren, diese jedoch kaum koordiniert sind und deshalb keine optimale Wirksamkeit erzeugen können. Wie aus den Gesundheitsbefragungen und weiteren Gesundheitsindikatoren hervorgeht, kümmern sich breite Kreise der Schwyzer Bevölkerung unzureichend um ihre Gesundheit.
Eine konsequente Umsetzung des Konzepts für Gesundheitsförderung & Prävention, welche insbesondere auch eine verstärkte Koordination der Aktivitäten durch den Kanton vorsah, ist bisher aufgrund von Sparmassnahmen nicht erfolgt.

11.4 Zusammenfassung Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz

- Ein kantonales Konzept für Gesundheitsförderung und Prävention liegt vor. Aufgrund von Sparmassnahmen konnte dieses jedoch bisher noch nicht wie geplant umgesetzt werden.
- Es fehlen Angebote zur Förderung von Selbstmanagement durch Patienten- und Angehörigenschulung bei chronischen Erkrankungen (z.B. EVIVO).
- Verschiedene Akteure setzen Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention - teils jedoch unkoordiniert - um. Die fehlende Koordinierung verhindert eine optimale Wirkungsentfaltung.

[217] Regierungsrat des Kantons Schwyz (noch nicht veröffentlicht)
[218] Mündliche Mitteilung Cornelia Conrad von Radix
[219] Rusch (2011b): ii

12 Entwicklung der OKP-Kosten im Kanton Schwyz

12.1 Einführung

In der von der SASIS zur Verfügung gestellten Analysen sind die folgenden Bereiche für die ambulante medizinische Versorgung relevant: Spital ambulant, Ärzte Behandlung, Ärzte Medikamente, Ärzte Laboranalysen, Apotheken, Physiotherapie und Spitex. Weitere, nachfolgend nicht aufgezeigte Bereiche sind Spital stationär, Pflegeheime, Laboratorien und Übrige. Unter der Rubrik Übrige werden die Berufsgruppen Zahnmedizin, Chiropraktik, Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Hebammen, Ernährungsberatung, Mittel- und Gegenständeliste (*Migel*), EMR sowie übrige subsummiert.

Es wird unterschieden in Rechnungsstellerstatistik (RSS) und Versichertenstatistik (VSS). Diese Statistiken unterscheiden sich dahingehend, dass die RSS jene Kosten ausweist, die die Leistungserbringenden innerhalb des Kantons generiert haben. Die VSS weist die verursachten Kosten, respektive die in Anspruch genommenen Leistungen der jeweiligen kantonalen Bevölkerung aus.

Den Graphiken liegen die Pro-Kopf-Zahlen der Wohnbevölkerung des Kantons Schwyz zu Grunde.

12.2 Entwicklung der Pro-Kopf-Kosten

Die Abbildung 80 zeigt die Pro-Kopf-Kosten der Versichertenstatistik in den letzten Jahren für den Kanton Schwyz und die gesamte Schweiz.

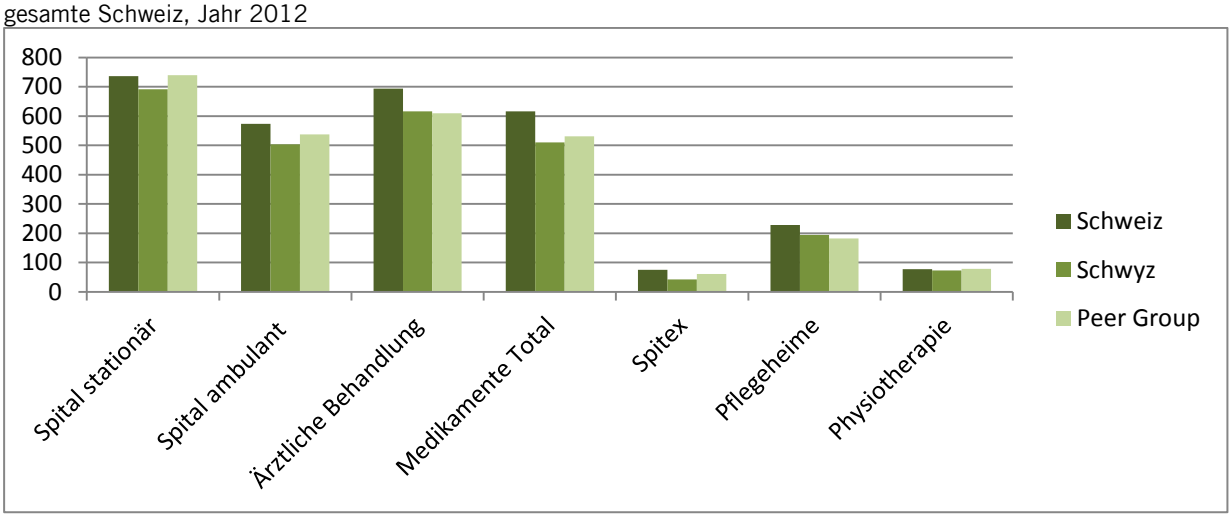
Abbildung 80: Total Pro-Kopf-Kosten in Fr. der VSS, Vergleich Kanton Schwyz und gesamte Schweiz

Quelle: SASIS, eigene Darstellung, Stand 22.5.2013

Die gesamthafte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen der Schwyzer Bevölkerung liegt sowohl unter dem Durchschnitt der Peer Group wie auch unter dem Schweizer Durchschnitt. Die Wachstumsraten liegen seit 2011 über beiden Durchschnitten, was einer Annäherung der Kosten an den gesamtschweizerischen Durchschnitt entspricht.

Die Abbildung 81 zeigt die Pro-Kopf-Ausgaben der VSS in den verschiedenen Bereichen für den Kanton Schwyz, die Peer Group und die gesamte Schweiz im Jahr 2012.

Abbildung 81: Pro-Kopf-Kosten in Fr. der verschiedenen Bereiche VSS, Vergleich Kanton Schwyz, Peer Group[220] und gesamte Schweiz, Jahr 2012



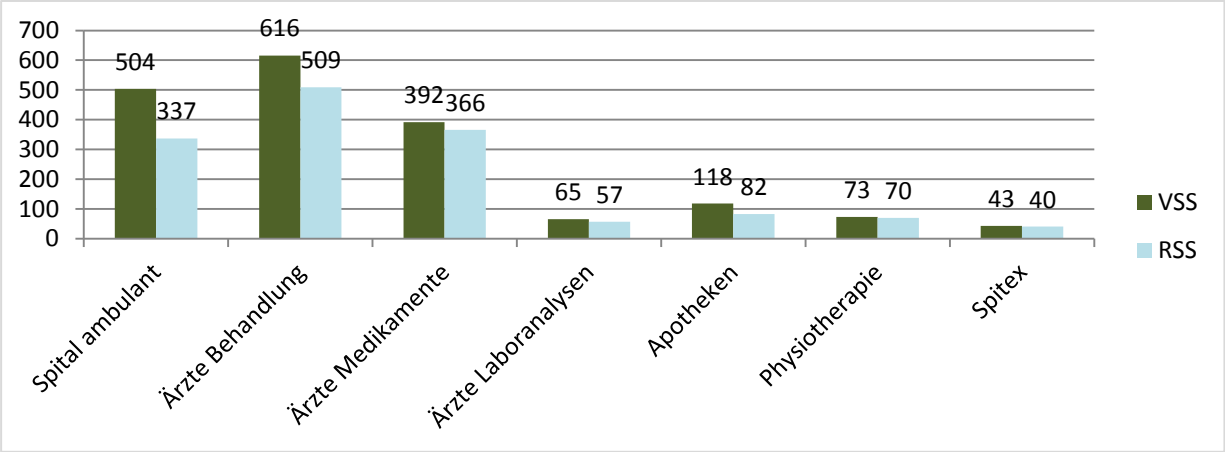
Quelle: SASIS, eigene Darstellung, Stand 22.5.2013

Es wird ersichtlich, dass die Schwyzer Bevölkerung im Jahr 2012 in allen Bereichen weniger Leistungen in Anspruch genommen hat, sowohl als der Durchschnitt der Peer Group, als auch der Schweizer Durchschnitt. Ausnahmen bilden die pro-Kopf-Ausgaben für die ärztliche Behandlung und die Pflegeheime, wo die pro-Kopf-Ausgaben über dem Durchschnitt der Peer Group lagen.

12.3 Vergleich Rechnungssteller- und Versichertenstatistik

Die Abbildung 82 vergleicht die Höhe der im Kanton Schwyz erbrachten Leistungen (RSS) mit den von der Schwyzer Bevölkerung in Anspruch genommenen Leistungen (VSS).

Abbildung 82: Vergleich Rechnungsstellerstatistik und Versichertenstatistik



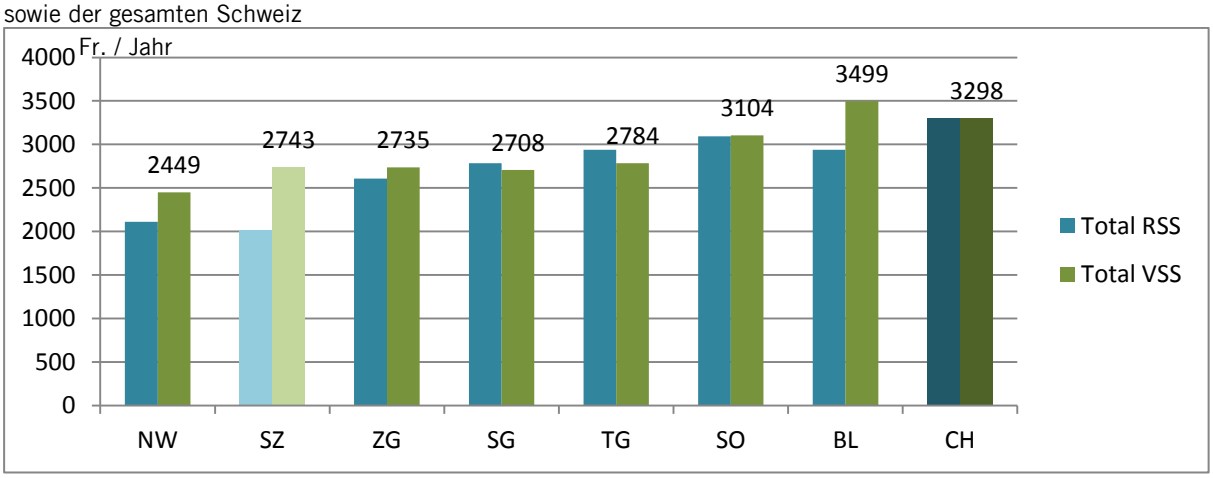
Quelle: SASIS, eigene Darstellung, Stand 22.5.2013

Die Tatsache, dass die Zahlen der VSS über der RSS liegen, bedeutet, dass die Schwyzer Bevölkerung mehr Leistungen ausserkantonal in Anspruch nimmt, als dass im Kanton selbst erbracht werden. Dies ist besonders deutlich in den Bereichen Spital ambulant und ärztliche Behandlung. Nur wenn die Kapazitäten im Kanton voll ausgeschöpft sind, wäre dies ein Indiz für eine relative Unterversorgung. Weitere Untersuchungen im Bereich der Versorgungsforschung sind nötig, um diesen Sachverhalt zu klären.

[220] BL, NW, SG, SO, TG, ZG

In Abbildung 83 werden die totalen pro Kopfausgaben der Kantone aus der Peer Group nach RSS und VSS abgebildet.

Abbildung 83: Vergleich von Total RSS und Total VSS zwischen dem Kanton Schwyz, den Kantonen der Peer Group sowie der gesamten Schweiz



Quelle: SASIS, eigene Darstellung, Stand 22.5.2013

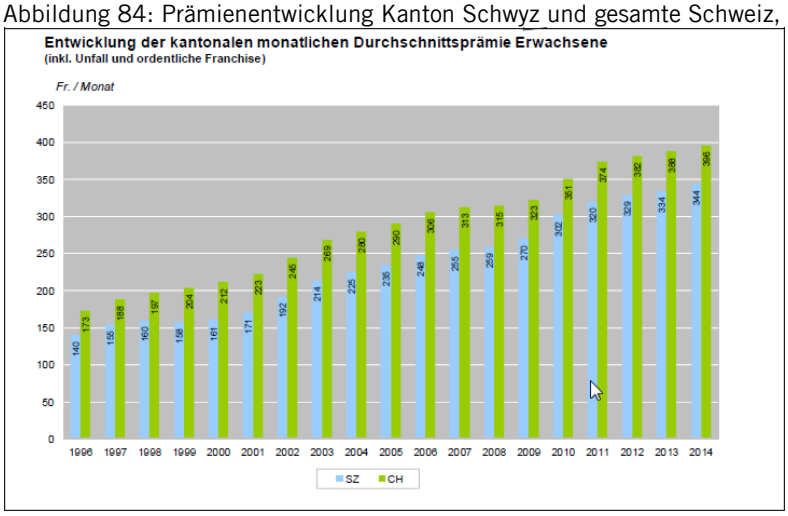
Auch hier weisen höhere VSS Zahlen auf eine ausserkantonale Inanspruchnahme von Leistungen hin. Nebst dem Kanton Schwyz zeigt sich eine solche Tendenz auch in den Kantonen Zug, Nidwalden und Basel-Land. Gesamthaft betrachtet liegt der Kanton Schwyz unter dem Durchschnitt der gesamten Schweiz und der Peer Group.
Alle interkantonalen Vergleiche und die Entwicklung der pro-Kopf-Ausgaben befinden sich im Anhang A.

12.4 Prämienentwicklung

Im Vergleich mit der gesamten Schweiz liegen die Prämien für die Krankenkasse im Kanton Schwyz unter dem Durchschnitt. Dies liegt einerseits daran, dass die Schwyzer Bevölkerung vergleichsweise wenige Leistungen in Anspruch nimmt. Die Gesamtgesundheitsausgaben lagen im Jahr 2012 bei 2‘865 Fr pro Kopf für den Kanton Schwyz und bei 3‘260 Fr für den Schweizer Durchschnitt[221]. Andererseits ist das Angebot im Kanton Schwyz strukturell bedingt weniger stark ausgebaut und verfügt beispielsweise nicht über ein Zentrums- oder Universitätsspital.

Die Abbildung 84 zeigt die Prämienentwicklung der letzten 19 Jahre für den Kanton Schwyz im Vergleich mit der gesamten Schweiz.

Abbildung 84: Prämienentwicklung Kanton Schwyz und gesamte Schweiz, Jahre 1996 - 2014

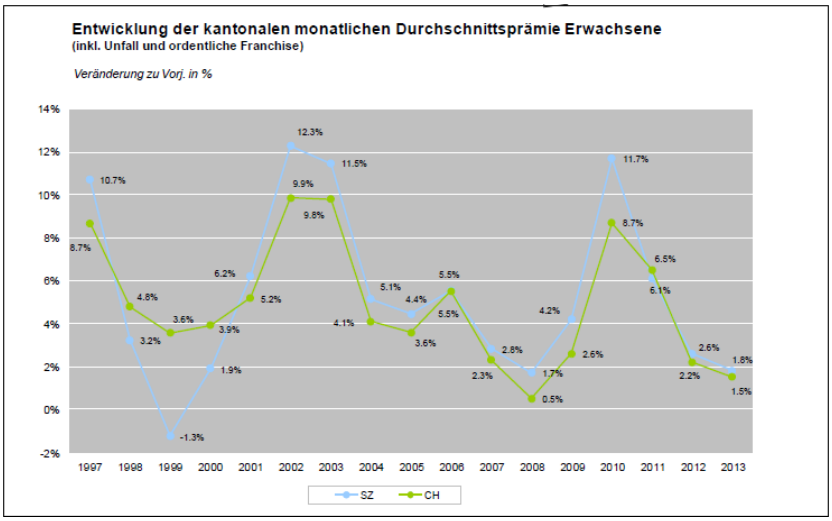


Quelle: BAG, Darstellung AGS SZ

[221] SASIS (oJ)

Wie in der gesamten Schweiz steigen auch im Kanton Schwyz die Prämien jährlich an. Die Wachstumsraten werden in Abbildung 85 dargestellt.

Abbildung 85: Entwicklung der jährlichen Wachstumsraten der Prämien im Kanton Schwyz und der gesamten Schweiz, Jahre 1997-2013



Quelle: BAG, Darstellung AGS SZ

Im Verlauf der letzten Jahre zeigt sich, dass die jährlichen Wachstumsraten der Prämienentwicklung im Kanton Schwyz ähnlich verlaufen wie jene der gesamten Schweiz. Gesamthaft haben die Prämien seit 1997 um 90,4 Prozent im Kanton Schwyz und um 83,4 Prozent in der ganzen Schweiz zugenommen.

12.5 Zusammenfassung Entwicklung der OKP-Kosten im Kanton Schwyz

- Das Total der durch die Schwyzer Bevölkerung in Anspruch genommenen Leistungen liegt unter dem Schweizer Durchschnitt.
- Die Wachstumsraten lagen in den letzten zwei Jahren über dem Durchschnitt.
- Es werden mehr Leistungen durch die Schwyzer Bevölkerung in Anspruch genommen als dass im Kanton erbracht wird.
- Die Krankenkassenprämien liegen im Kanton Schwyz (Jahr 2014: Fr. 344) unter dem Schweizer Durchschnitt (Jahr 2014: Fr. 396), die jährlichen Wachstumsraten liegen darüber. Im Kanton Schwyz stiegen die Krankenkassenprämien von 1997-2014 um plus 90,4 Prozent an, in der gesamten Schweiz um plus 83,4 Prozent.

TEIL 3: Ergebnisse, Erkenntnisse und Empfehlungen

Im ersten Teil dieses Berichtes wurden allgemeine gesellschaftliche Tendenzen herausgearbeitet sowie die gesetzlichen, sozialen und theoretischen Grundlagen beschrieben. Der zweite Teil beinhaltet die Darlegung der Versorgungssituation des Kantons Schwyz anhand einer Ist-Analyse. Es wurden die demographische Entwicklung, der Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung und die verschiedenen Versorgungsbereiche des Schwyzer Gesundheitswesens dargestellt. Im dritten Teil sollen nun die wesentlichen Ergebnisse und Erkenntnisse zusammengefasst und einer ersten Bewertung unterzogen werden. Unter Ergebnissen werden Zahlen und Fakten verstanden, die sich aus den gemachten Erhebungen ergeben. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse beinhalten eine subjektive Wertung, die durch den Einbezug der Arbeitsgruppe zu einer fachlich fundierten Beurteilung führt. Die im Kapitel 13 vorgestellten Ergebnisse und Erkenntnisse der ersten zwei Teile werden im Kapitel 14 weiter verdichtet und mit den Ergebnissen aus der Arbeitsgruppe in Zusammenhang gebracht. Daraus resultieren die Empfehlungen an diverse Akteurinnen und Akteure im Schwyzer Gesundheitswesen und das Fazit in Kapitel 15.

13 Ergebnisse und Erkenntnisse aus den Teilen I und II

Die Strukturierung der ersten zwei Teile wird nachfolgend grösstenteils beibehalten. Es wird jedoch angestrebt die Ergebnisse und Erkenntnisse themenspezifisch zusammenzuführen, um eine Gesamtschau zu erhalten.

13.1 Einleitung

Das Geschehen im Gesundheitswesen ist sehr komplex und auch für Expertinnen und Experten nicht immer durchschaubar. Die Zuständigkeiten sind fragmentiert und es bestehen verschiedenste ökonomische Verflechtungen.[222]
Grundsätzlich beeinflussen sich auch im Gesundheitswesen Inanspruchnahme und Angebot wechselseitig. Die Inanspruchnahme entspricht jedoch nicht unbedingt der Nachfrage und die Nachfrage selbst ergibt sich aus Bedarfen und Bedürfnissen. Unter **Bedürfnissen** werden die subjektiven Einschätzungen der Patientinnen und Patienten verstanden. Diese decken sich nicht zwangsläufig mit dem tatsächlichen **Bedarf**, den Gesundheitsfachleute definieren. Es kann also sein, dass eine Patientin oder ein Patient der Meinung ist, dass weitere Untersuchungen gemacht werden müssen, die aber aus Sicht der Gesundheitsfachleute nicht notwendig sind. Es ist auch möglich, dass Gesundheitsfachpersonen den Bedarf als höher einschätzen und zum Beispiel eine andere oder mehr Behandlungen als angebracht erachten, die jedoch von der Patientin oder dem Patienten nicht gewünscht werden.
Veränderungen der Nachfrage ergeben sich also im Wesentlichen aus veränderten **Verhaltensweisen** der Bevölkerung, die aber auch durch das Angebot beeinflusst wird. Dies hat zur Folge, dass sowohl mehr, als auch andere Angebote in Anspruch genommen werden. Grundsätzlich stehen unterschiedliche ***Ansprechstrukturen***[223] zur Verfügung, die auf unterschiedliche Schweregrade der medizinischen Anliegen spezialisiert sind.

13.2 Wissenschaftliche Modelle zum Gesundheits- und Krankheitsgeschehen

Wissenschaftliche Untersuchungen im Gesundheitswesen haben gezeigt, dass Gesundheit ungleich verteilt ist. Ein tiefer sozioökonomischer Status erhöht die Wahrscheinlichkeit krank zu sein. Dies liegt daran, dass mit einem tiefen sozioökonomischen Status auch eine andere Lebensweise einhergeht und im Allgemeinen eine grössere gesundheitliche Belastung besteht. Die Möglichkeiten sind beschränkt, um beispielsweise einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, die

[222] vgl. Kocher (2010): 133ff
[223] vgl. Sottas und Brügger (2012) / Dazu gehören z.B. Beratungsstellen, die Spitex, der Entlastungsdienst, Drogerien, Apotheken, Praxen der Grund- und Spezialversorgung, Notfallstationen

nicht körperlich belastend ist oder um in einer optimalen Wohnsituation mit wenig Lärm und Luftverschmutzung leben zu können. Soziale und ökonomische Verhältnisse aber auch persönliche Verhaltensweisen werden als **Gesundheitsdeterminanten** bezeichnet. Gesundheitspolitik muss deshalb als Querschnittsthematik betrachtet werden, da Entscheidungen auch in den Bereichen Sozial-, Sicherheits-, Umwelt-, Bildungs-, Bau- und Volkswirtschaftspolitik auf gesundheitsrelevante Verhältnisse einwirken. Am Beispiel der betrieblichen Gesundheitsförderung kann aufgezeigt werden, dass sich Investitionen in gesundheitsfördernde Massnahmen auszahlen. Es wird von einem Return on Investment von bis zu 1:41 (Tabakprävention) ausgegangen.[224] Insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen kann mit gesundheitsfördernden Massnahmen die Lebensqualität gestärkt werden.

→ Die Politik hat eine zentrale Funktion, die gesundheitsrelevante Lage der Bevölkerung zu beeinflussen. Dabei ist nicht nur die Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen wichtig, sondern ebenso die Arbeits-, Lebens- und Bildungsverhältnisse. Insofern bestehen insbesondere in der Beeinflussung der Verhältnisse politische Handlungsmöglichkeiten.

13.3 Veränderung der Nachfrage und Inanspruchnahme – allgemeine Tendenzen

Im Rahmen der Nachfrage und Inanspruchnahme sozial-medizinischer Dienstleistungen können – nebst der Tatsache, dass im Allgemeinen mehr Leistungen pro Kopf in Anspruch genommen werden – folgende Veränderungen festgestellt werden.
1) Es zeigt sich eine Zunahme an **chronischen Erkrankungen**. Daraus ergeben sich eine höhere Systembelastung und eine neue Bedürfnislage der Patientinnen und Patienten, der mit entsprechenden ambulanten Versorgungsmöglichkeiten begegnet werden muss. Der Fokus verschiebt sich weg von Diagnose und Therapie hin zur langfristigen Krankheitsbewältigung. Die Behandlung erfolgt im ambulanten Rahmen und macht einerseits ein verlässliches Netz an verschiedenen Gesundheitsfachleuten notwendig. Andererseits müssen die Patientinnen und Patienten verstärkt in den Versorgungsprozess eingebunden werden und mit gezielten Angeboten im alltäglichen Umgang mit der Krankheit und den daraus folgenden Beschwerden und funktionellen Einschränkungen unterstützt werden. Dies kann beispielsweise durch *Patientenschulung* geschehen, die das Selbstmanagement fördert.

→ Für die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sind neue Versorgungsmodelle notwendig, die verschiedene Gesundheitsfachleute miteinander vernetzen.

→ Chronische Erkrankungen hängen zum Teil erheblich mit der Lebensweise zusammen und könnten mit Gesundheitsförderung und Prävention vermindert werden.

→ Patientinnen und Patienten sind selbstbestimmte Akteure, die vermehrt Selbstverantwortung übernehmen sollen und in die Gestaltung des Gesundheitswesens einbezogen werden müssen.

2) Es ist eine deutliche Zunahme an **spitalambulanten Leistungen** feststellbar. Eine mögliche Ursache dafür ist der technische Fortschritt, der weniger belastende oder invasive Behandlungen ermöglicht und dadurch vermehrt ambulant angeboten werden können. Es muss jedoch auch von einer gesunkenen Hemmschwelle ausgegangen werden, die Notfallstationen der Spitäler in Anspruch zu nehmen. Dies zeigt sich darin, dass der Spitalnotfall auch für Bagatellen aufgesucht wird. Es ist davon auszugehen, dass die Patientinnen und Patienten einerseits nicht

[224] vgl. Wieser et al (2010) 12

genügend über die verschiedenen Ansprechstrukturen im Gesundheitswesen informiert sind und andererseits erhöhte Ansprüche an die Verfügbarkeit der Versorgung stellen.

→ Wenn für Bagatellen die Notfallstation eines Spitals aufgesucht wird, entspricht dies einer nicht adäquaten Inanspruchnahme von Ansprechstrukturen, wodurch teure und knappe Ressourcen blockiert werden.

→ Die Bevölkerung muss besser über die passenden Ansprechstrukturen für verschiedene gesundheitliche Anliegen informiert sein.

→ Hausärztliche Notfallpraxen an den Spitälern sind eine wichtige Entlastung der Notfallstationen.

3) Es werden auch Leistungen in Anspruch genommen, die medizinisch nicht notwendig sind, sondern der Steigerung gesunder körperlicher Funktionen entsprechen. Man spricht in diesem Zusammenhang von ***human enhancement***. Ein Grund für die zunehmende Menge der Inanspruchnahme kann auch darin gesehen werden, dass Gesundheitsdienstleistungen als neues Konsumgut betrachtet werden. Insbesondere im Bereich der Spezialversorgung ist von einer **Angebotsinduzierung** auszugehen.

→ Die Sensibilisierung der Bevölkerung über die Mechanismen im Gesundheitswesen und gesellschaftlichen Zusammenhänge sowie die Funktionsweisen des Gesundheitssystems ist von zentraler Bedeutung.

→ Die ganze Bevölkerung, insbesondere auch die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, müssen für die Gestaltung und Nutzung des Gesundheitswesens freiwillig mehr Eigenverantwortung übernehmen.

13.4 Demographische Entwicklung im Kanton Schwyz

Die demographische Entwicklung umfasst einerseits das zahlenmässige Wachstum und andererseits die Struktur dieses Wachstums, also die Anteile der verschiedenen Altersgruppen. Zudem können unter der demographischen Entwicklung auch die regionale Verteilung und Veränderung der Gesundheitsdeterminanten (wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) gefasst werden. Doch darüber fehlen aussagekräftige Daten. Die Schwyzer Bevölkerung hat in den letzten Jahren überdurchschnittlich zugenommen. Der Anteil der über 65-jährigen Bevölkerung wird gemäss dem mittleren Szenario des BfS von 15,5 Prozent im Jahr 2010 auf 28,3 Prozent im Jahr 2035 zunehmen. Dies vor allem auf Kosten des Anteils der Personen im erwerbsfähigen Alter. Kommen heute vier Personen im erwerbstätigen Alter auf eine pensionierte Person, werden es in 20 Jahren nur noch zwei Personen sein.

→ Es ist in den nächsten Jahren davon auszugehen, dass die Bevölkerung im Kanton Schwyz weiterhin überdurchschnittlich wächst. Die Menge der beanspruchten Leistungen im Gesundheitswesen wird steigen.

→ Es ist mit laufend steigenden Kosten und einem erhöhten Bedarf an Fachkräften zu rechnen.

13.5 Gesundheitszustand der Schwyzer Bevölkerung

Seit 2007 beteiligt sich der Kanton Schwyz mit einer repräsentativen Stichprobe an der nationalen Gesundheitsbefragung. In der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2007 fallen vor allem die Männer als vulnerable Gruppe (hinsichtlich starke körperliche Beschwerden, BMI, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, körperliche Aktivität) auf. In der Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2012 ist es zusätzlich die Altersgruppe der 15 bis 34-Jährigen, die im schweizweiten Vergleich besonders von gesundheitlichen Problemen und Medikamentenkonsum betroffen sind. Bei den meisten in der Gesundheitsbefragung erhobenen Indikatoren liegt für den Kanton Schwyz ein *sozialer Gradient* vor. Das heisst mit zunehmendem Bildungsniveau steigt die Wahrscheinlichkeit gesünder zu sein. Die Gesundheit wird in beiden Stichproben mit rund 90 Prozent als gut oder sehr gut eingeschätzt. Gleichzeitig bezeichnen sich rund 20 Prozent der befragten Personen in den letzten sechs Monaten als gesundheitlich eingeschränkt.

→ Die eigene Gesundheit wird von der in der Gesundheitsbefragung erfassten Schwyzer Bevölkerung grösstenteils als gut bis sehr gut bezeichnet (subjektive Einschätzung). Objektiv betrachtet zeigt sich bei gewissen Parametern (z.B. Übergewicht, psychische Befindlichkeit) Handlungsbedarf.

→ Aufgrund von erst zwei Stichproben kann kein langfristiger Trend abgeleitet werden. Die permanenten Veränderungen des Gesundheitsverhaltens machen es notwendig, die Gesundheitsbefragung mit einer repräsentativen Stichprobe weiterzuführen.

→ Die Gesundheitsbefragung entspricht einem guten Monitoring vieler Gesundheitsindikatoren (wie z.B. subjektiver Gesundheitszustand, Aktivitätsgrad, Ernährungs- und Genussmittelkonsumverhalten) und kann als Basis für Massnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention verwendet werden.

13.6 Ärztliche Versorgung im Kanton Schwyz

Gesamtschweizerisch betrachtet sind die Ausbildungszahlen in der Humanmedizin zu gering, um den Bedarf an Fachkräften zu sichern. Auch im Kanton Schwyz wird aus dem Ausland rekrutiert. Per Ende 2012 stammten rund 27 Prozent der Grund- und Spezialversorger im Kanton Schwyz aus dem Ausland. Insgesamt waren per Ende 2012 im Kanton Schwyz 307 Ärztinnen und Ärzte tätig. Davon arbeiteten 125 Personen in der Grundversorgung, 100 Personen in der Spezialversorgung und 82 Personen in der Zahnmedizin. Im Allgemeinen findet die Verteilung der Ärzteschaft hinsichtlich Spezialisierung, Alter und Region nicht in einem ausgewogenen Verhältnis statt, da sich die finanzielle Entlohnung (Tarmed-Tarif) je nach Facharzttitel unterscheidet.

Die **Ansprüche junger Ärztinnen und Ärzte** beinhalten Teilzeitarbeit, geregelte Arbeitszeiten, Austausch im Team, keine finanziellen Risiken, keine grossen Investitionen und administrativen Aufwände. Es findet eine Feminisierung der medizinischen Versorgung statt und die Teilzeitarbeitstätigkeit nimmt zu. Immer mehr Ärztinnen und Ärzte schliessen sich in Gruppenpraxen zusammen oder sind Mitglied eines Netzwerkes (zum Teil mit Budgetmitverantwortung). Diese Tendenzen zeigen sich auch im Kanton Schwyz. Über die tatsächlichen Kapazitäten (VZÄ) der Ärztinnen und Ärzte fehlen zuverlässige Daten.

Die Ärztedichte des Kantons Schwyz liegt mit 0.7 Ärztinnen und Ärzten auf 1‘000 Einwohner in der **Grundversorgung** unter dem Schweizer Durchschnitt (0.9)[225]. Der relative Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung liegt im Kanton Schwyz mit +1,0 Prozent (von Juli 2011 auf Juli 2013) unter dem Schweizer Durchschnitt (+3,8 Prozent von Juli 2011 auf

[225] vgl. http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/04/01.html (8.7.2014)

Juli 2013)[226]. Bis 2020 werden von den heute tätigen Grundversorgern rund 23 Prozent über 70 Jahre alt sein. Ein zukünftiger Mangel ist absehbar. Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen ist im inneren Kantonsteil bereits heute nicht mehr genügend. Das Konzept der Praxisassistenz kann als erfolgreich bezeichnet werden. In den letzten Jahren konnten sechs Personen für die Grundversorgung gewonnen werden, was einem guten Drittel aller Praxisassistenzen entspricht. Dieses Modell soll auf weitere Fachgebiete der Grundversorgung erweitert werden und auch unabhängig von einer Spitalanstellung realisierbar sein.
Im Bereich der **Spezialversorgung** ist eine unterdurchschnittliche Ärztedichte (Kanton SZ: 0.6; CH: 1.1) feststellbar[227]. Dies ist für vergleichbare Kantone üblich. Der relative Zuwachs an Spezialversorgung ist nach der Aufhebung des Zulassungsstopps im Kanton Schwyz mit +26,0 Prozent (von Juli 2011 auf Juli 2013) jedoch überdurchschnittlich hoch (gesamte Schweiz +13,7 Prozent)[228].
Die Inanspruchnahme des **spitalambulanten Bereich**s des Kantons Schwyz ist in den Jahren 2009 bis 2012 mit +24,1 Prozent stärker gewachsen als der Schweizer Durchschnitt von +17,4 Prozent [229].

→ Das im Kanton Schwyz bestehende Verhältnis zwischen Grund- und Spezialversorgung entspricht der Struktur in vergleichbaren Kantonen.

→ Die Dynamik im Rahmen der Aufhebung des Zulassungsstopps lässt darauf schliessen, dass es ohne Steuerung zu einer **Überversorgung** im Bereich der Spezialversorgung kommen könnte. Dies würde einer strukturellen Entwicklung in Richtung eines teureren Systems entsprechen.

→ Eine Arbeitstätigkeit in den Bereichen Grundversorgung und Psychiatrieversorgung scheint weniger attraktiv zu sein. Laut Masterplan wird ein schweizweiter **Mangel** in der Grundversorgung prognostiziert. Im Kanton Schwyz ist bereits ein Mangel in der pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung feststellbar.

→ Die **Rekrutierung** von Fachkräften **aus dem Ausland** führt zu einer Abhängigkeit vom Ausland und ist weder nachhaltig noch ethisch vertretbar.

→ Zur Förderung der Grundversorgung müssen mehr Ausbildungsplätze geschaffen und unter anderem die Finanzierung von **Praxisassistenzstellen** ausgebaut werden.

→ Die heutigen Arbeitsbedingungen in der Grundversorgung des Kantons Schwyz entsprechen nicht den aktuellen Ansprüchen der angehenden Ärztinnen und Ärzte nach Festanstellung, Teilzeittätigkeit und ohne, in einen eigenen Betrieb investieren zu müssen.

→ Die zeitliche Verfügbarkeit (VZÄ) der Ärztinnen und Ärzte kann aufgrund fehlender Daten quantitativ nicht exakt dargestellt werden.

13.7 Versorgung im Bereich Pflege und Betreuung

Die pflegerische und betreuende Versorgung umfasst einerseits die ärztlich verordnete Pflege durch professionelle Fachkräfte und umfasst unter anderem die Behandlungspflege, Grundpflege, Abklärung und Beratung. Andererseits besteht ein Bedarf an nicht medizinischer Betreuung wie Unterstützung in den alltäglichen Belangen wie Ernährung, Haushalt, Freizeitgestaltung. Im Kanton Schwyz besteht ein breites Angebot in den Bereichen Haushalt und Betreuung, das durch verschiedene Leistungserbringer angeboten wird. Die wichtigsten Akteure

[226] vgl. Datenpool santésuisse
[227] vgl. http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/04/01.html
[228] vgl. Datenpool santésuisse
[229] vgl. SASIS (oJ)

im Kanton Schwyz sind die Spitex, die sowohl Krankenpflege- wie auch Hauswirtschaftsleistungen anbietet, der Entlastungsdienst des SRK, der vor allem im betreuenden Bereich tätig ist, der Bäuerinnenverein, der vor allem hauswirtschaftliche Leistungen anbietet sowie private Dienstleister. Diese Vielfalt erhöht den Koordinationsbedarf.
Hinsichtlich der Strukturen lässt sich feststellen, dass die ambulante **Pflegequote**[230] des Kantons Schwyz mit 16,0 Krankenpflege-Bezügerinnen und -Bezügern auf 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr 2012 weit unter dem Schweizer Durchschnitt von 27,0 lag[231]. Dafür liegt die **Bettenquote**[232] von aktuell (Jahr 2012) 28 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt von 25,4 Prozent[233]. Die Bettenquote des Kantons Schwyz soll bis 2030 auf 19 Prozent gesenkt werden. Damit soll dem Anspruch „ambulant vor stationär" entsprochen und günstigere Versorgungsstrukturen angestrebt werden. Dies macht insbesondere auch Sinn hinsichtlich der Feststellung, dass 29,2 Prozent der Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim des Kantons Schwyz einen Pflegebedarf von unter 40 Minuten pro Tag haben und dass bei sieben von zehn dieser Heimeintritte die Spitex nicht vorgängig in Anspruch genommen wurde. Der Bedarf an ambulanter Pflege und Betreuung wird also steigen. Inwiefern dieser erhöhte Bedarf von pflegenden Angehörigen oder Freiwilligen abgedeckt werden kann, ist fraglich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich die Ressource der pflegenden Angehörigen vermindert, da sich Familienstrukturen verändern, Frauen vermehrt arbeitstätig sind und für die **Pflege von Angehörigen** viel weniger zur Verfügung stehen. Über die Ressource der **Freiwilligenarbeit** ist wenig bekannt. Ebenso schwierig ist die Abschätzung von sogenannten *Care-Migrations*-Arrangements bei welchen Personen aus dem Ausland, nicht selten, unter prekären Arbeitsverhältnissen in Privathaushalten angestellt werden. ***Care Migration*** ist ein neues Phänomen, über welches wenige Informationen bestehen. Die Aufgabenbereiche des Entlastungsdienstes SRK und deren Inanspruchnahme nehmen zu und das Angebot von Tages- und Nachtplätzen wird hingegen wenig in Anspruch genommen. Was die Gründe dafür sind, ist unklar.

→ Ein Mangel an Pflegefachpersonen ist absehbar.

→ Es ist ein Bedürfnis der betagten Bevölkerung so lange wie möglich zu Hause zu bleiben und auch dort sterben zu können. Dies ist nur realistisch bei einer Stärkung der ambulanten Versorgung.

→ Es besteht ein Potenzial, unnötige oder **frühzeitige Heimeintritte** zu vermeiden und damit Kosten zu sparen.

→ Angebote im Bereich der Pflege und Betreuung müssen besser koordiniert werden.

→ Die Ressource der pflegenden Angehörigen wird abnehmen und damit der Bedarf an professioneller Pflege und Betreuung steigen. Es braucht Anlaufstellen für Notsituationen (im Notfall rasch belegbare Betten in Alters- und Pflegeheimen).

→ Das Potential der Freiwilligenarbeit im Kanton Schwyz ist nicht bekannt.

→ Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen und zur Förderung der Freiwilligenarbeit könnten Zeitvorsorgesysteme sinnvoll sein.

→ Die zunehmende *Care-Migration* birgt ein beträchtliches Missbrauchsrisiko. Prekäre Arbeitsbedingungen müssen vermieden werden und die Qualität der Dienstleistungen muss gewährleistet sein.

[230] Die Pflegequote errechnet sich aus der Anzahl KLV-Klienten pro 1000 Einwohner
[231] vgl. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/05/key/02.html (8.7.2014)
[232] Die Bettenquote entspricht der Anzahl Betten in Langzeitpflegeeinrichtungen auf 100 Menschen über 80 Jahre.
[233] vgl. Amt für Gesundheit und Soziales, Bedarfsplanung 2010-2013, Stand September 2009

13.8 Weitere Dienstleistungen bewilligungspflichtiger Berufe der ambulanten Versorgung

Für die meisten bewilligungspflichtigen Berufe (Apotheker, Drogisten, Hebammen, Physiotherapeuten) liegen nur in begrenztem Masse Vergleichszahlen vor. Es ist davon auszugehen, dass sich in diesem heterogenen Bereich das Angebot und die Inanspruchnahme weitgehend selbst regeln und die Versorgung grundsätzlich sichergestellt ist. Eine Ausnahme bildet die psychiatrische Versorgung. Zudem ist in verschiedenen Bereichen ein Optimierungspotenzial vorhanden.

1) Die **Apotheken**dichte im Kanton Schwyz lag im Jahr 2011 mit 8 Apotheken auf 100‘000 Einwohner unter dem Schweizer Durchschnitt von 19 Apotheken. Dies entspricht der Struktur von Kantonen mit ärztlicher Selbstdispensation. Die Apotheken sind eine Ansprechstruktur für diverse Beschwerden und Dienstleistungen. In Apotheken könnten verschiedene arztentlastende Dienstleistungen (z.B. NetCare, Impfungen) angeboten werden.

→ Die Apothekendichte ist im Kanton Schwyz aufgrund der Selbstdispensation niedrig. Die Arzneimittelversorgung ist insgesamt sichergestellt.

→ Apotheken könnten verschiedene arztentlastende Funktionen übernehmen und sind verstärkt in die *Patientenschulung*, in die Gesundheitsförderung und in die Prävention einzubeziehen. Es ist zu überprüfen, welche arztentlastenden Dienstleistungen von Apotheken übernommen werden könnten und welche gesetzlichen Grundlagen dazu notwendig sind.

2) Die **Drogerien**dichte im Kanton Schwyz liegt mit 1,1 Drogerien auf 10‘000 Einwohnern höher als der Schweizer Durchschnitt von 0,8. Drogerien sind eine Ansprechstruktur bei leichten Beschwerden, die selbst behandelt werden können.

→ Drogerien verfügen über ein vielfältiges Angebot, das niederschwellig erreichbar ist, ohne die OKP zu belasten. Auch Drogerien sind verstärkt in die *Patientenschulung*, in die Gesundheitsförderung und in die Prävention einzubeziehen.

3) Die 22 per Ende 2012 im Kanton Schwyz tätigen **Hebammen** leisten einen zentralen Beitrag bei der Versorgung von Schwangeren und Wöchnerinnen.

→ Um das Angebot der Hebammen nachhaltig sicherzustellen, müssen die Arbeitsbedingungen der Hebammen verbessert und die Attraktivität des Berufs (z.B. hinsichtlich Entschädigung) gesteigert werden.

4) Im Kanton Schwyz besteht ein nahezu flächendeckendes Angebot an **Physiotherapie**. Der Bedarf an Physiotherapie in Altersheimen ist steigend, oft fehlen jedoch geeignete Infrastrukturen in den Institutionen.

→ Im Bereich der Physiotherapie kann die Altersversorgung optimiert werden.

13.9 Komplementär- und Alternativmedizin

Der Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin ist weitgehend ungeregelt und heterogen. Berufsreglementierungen für Alternativmedizin und Komplementär-Therapie treten voraussichtlich 2015 in Kraft. Die Dichte der Therapeutinnen und Therapeuten liegt im Kanton Schwyz per Ende 2012 mit 3.1 therapeutisch tätigen Personen auf 1‘000 Einwohnerinnen und

Einwohner über dem Schweizer Durchschnitt von 2.5[234]. Es existieren keine verwertbaren Daten über die im Kanton Schwyz erbrachten und in Anspruch genommenen Leistungen. Mit der Annahme des Masterplans „Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung“ am 18. Mai 2014 sind die Kantone verpflichtet, die Komplementär- und Alternativmedizin in die Grundversorgung miteinzubeziehen (vgl. Art 118a BV).

→ Um die Qualität der Ausbildung und Tätigkeit in der Komplementär- und Alternativmedizin zu gewährleisten, sind Berufsausübungsbewilligungen zu erwägen.

→ Therapeutinnen und Therapeuten aus der Komplementär- und Alternativmedizin müssen vermehrt in die Grundversorgung einbezogen und in das Versorgungsnetz integriert werden.

13.10 Therapeutische und beratende Dienstleistungen

Die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes (**SPD**) und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (**KJPD**) hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Es besteht ein Mangel an freipraktizierenden Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es besteht das Angebot einer Frühberatungs- und Therapiestelle für Kinder.

→ Der Bedarf an psychiatrischer Versorgung wird weiter steigen. Der (zukünftige) Mangel freipraktizierender Psychiaterinnen und Psychiater wird einen weiteren Ausbau der Dienste notwendig machen. Für die Kantone Schwyz, Uri und Zug besteht in diesem Bereich eine separate Versorgungsplanung.

13.11 Gesundheitsförderung und Prävention

Im Bereich der **Gesundheitsförderung** und **Prävention** sind Teilbereiche gut versorgt (z.B. Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen). Es besteht für den Kanton Schwyz ein Gesamtkonzept über Gesundheitsförderung und Prävention. Zurzeit fehlen die Ressourcen für eine gezielte Umsetzung und Weiterentwicklung dieses Konzeptes. Die bestehenden Angebote müssen besser koordiniert werden. Zudem fehlen Angebote zur Förderung des Selbstmanagements bei chronischen Krankheiten.

→ Der ökonomische Nutzen von präventiven Massnahmen wird auf einen Return on Investment von bis zu 1:41 geschätzt.[235]

→ Es bestehen solide Grundlagen für die Entwicklung gesundheitsfördernder und präventiver Massnahmen. Das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention muss für eine gute Versorgung ausgeschöpft und koordiniert werden. Dazu braucht es mehr Ressourcen.

→ Angebote zur Förderung des Selbstmanagements bei chronischen Erkrankungen sind durch Schulungen der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu etablieren.

[234] vgl. Eskamed, Stand 31.12.2012
[235] vgl. Wieser et al (2010)

13.12 Neue Versorgungsmodelle und Telemedizin

„Unter neuen Versorgungsmodellen werden ganz allgemein neue Formen der Zusammenarbeit und Leistungserbringung in der ambulanten medizinischen Grundversorgung verstanden, die eine höhere Qualität bieten und gleichzeitig effizienter sind“[236]. Die Anforderungen an neue Versorgungsmodelle sind:

- Qualität und Patientennutzen,
- Optimierung der Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen den Gesundheitsberufen,
- Optimierung der Arbeitsbedingungen,
- Bereitschaft der Versorgungsorganisation zur Aus- und Weiterbildung sowie zur Evaluation.[237]

Schweizweit existiert eine Vielzahl an neuen Modellen, die den Anforderungen an eine **integrierte Versorgung** entsprechen. Diese entstehen mehrheitlich aufgrund von privaten Initiativen aus der Praxis. Insbesondere für die Versorgung für chronisch erkrankte Menschen sind Versorgungsmodelle sinnvoll, die ein *chronic care Modell* einbeziehen. Zudem ist davon auszugehen, dass in solchen Versorgungsmodellen die Ressourcen bestmöglich genutzt werden können. Verschiedene Gesundheitsfachleute werden dort eingesetzt, wo sie gemäss ihrer Ausbildung und Kompetenzen am besten dafür geeignet sind. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem *Skill mix*. Eine klare Gesamtstrategie sowie gesetzliche Grundlagen zur Förderung neuer Versorgungsmodelle fehlen jedoch. **Elektronische Patientendossiers** sind eine wichtige Voraussetzung für die integrierte Versorgung. Sie sind jedoch bei weitem noch nicht flächendeckend etabliert.

→ Es müssen **neue Versorgungsstrukturen** geschaffen werden, die einerseits den Ansprüchen der jungen Ärztegeneration entsprechen und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglichen (Teilzeitstellen, Entlastung von administrativen Aufgaben, keine Infrastrukturkosten). Andererseits müssen die Strukturen auch den modernen Lebensumständen der Bevölkerung gerecht werden (flexibler Zugang zu diversen Dienstleistungen).

→ Im Bereich der elektronischen Kommunikationsmedien besteht ein grosses Potenzial, die Betreuung, die Abläufe und damit die Versorgung zu optimieren.

→ Eine integrierte Versorgung vernetzt verschiedene Gesundheitsfachleute und trägt so zu einer Optimierung der Versorgung, vor allem chronisch erkrankter Personen, bei. Zur Versorgung chronisch erkrankter Menschen kann das *chronic care Modell* als best practice betrachtet werden.

→ Es braucht gesetzliche Grundlagen und finanzielle Anreize für die Förderung, bzw. finanzielle Unterstützung neuer Versorgungsstrukturen.

→ Alle Beteiligten sollen für die Mitverantwortung der Kostenentwicklung sensibilisiert werden.

13.13 Entwicklung der OKP-Kosten

Die **Kosten** im Gesundheitswesen sind in den letzten Jahren gestiegen und werden von diversen Einflussfaktoren bestimmt. Diese werden kontrovers diskutiert. So gilt der technische Fortschritt als wesentlicher Kostentreiber, da zusätzliche Behandlungen gemacht werden. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wird durch gesellschaftliche Ansprüche beeinflusst (*Medikalisierung*). Die Ausweitung der Menge ist eine wesentliche Ursache des Kostenwachstums und gilt, insbesondere im Bereich der Spezialversorgung, als angebotsinduziert. Zudem können durch Gesundheitsförderung und Prävention die Kosten gesenkt werden (*Kompressions-*

[236] GDK (2012)
[237] GDK & BAG (20012): 22ff

these). Das Total der durch die Schwyzer Bevölkerung in Anspruch genommenen Leistungen liegt bei Fr. 2‘865 pro Kopf im Jahr 2012 und liegt damit unter dem Schweizer Durchschnitt von Fr. 3‘260 pro Kopf. Die Wachstumsraten lagen in den letzten zwei Jahren jedoch über dem Schweizer Durchschnitt. Auch die durchschnittlichen **Krankenkassenprämien** liegen im Kanton Schwyz (Jahr 2014: Fr. 344) unter dem Schweizer Durchschnitt (Jahr 2014: Fr. 396), die Summe der jährlichen Wachstumsraten (von 1997 bis 2012) des Kantons Schwyz liegt mit +90,4 Prozent über dem Schweizer Durchschnitt (+83,4 Prozent).[238] Es findet also ein Angleich an den Durchschnitt statt. Es werden mehr Leistungen durch die Schwyzer Bevölkerung in Anspruch genommen als im Kanton erbracht werden.
Zu berücksichtigen ist stets, dass die Gesundheitskosten nicht isoliert betrachtet werden dürfen, denn der Nutzen der Ausgaben für Leistungen im Gesundheitswesen widerspiegelt sich optimalerweise in gewonnenen Lebensjahren und Produktivität.

→ Ohne sorgfältige Planung und Gegenmassnahmen ist mit einem kontinuierlichen Kostenanstieg zu rechnen.

→ Die Entwicklung der OKP-Kosten im Kanton Schwyz verläuft in Richtung des Schweizer Durchschnitts.

→ Die Wertschöpfung des Gesundheitswesens wird im Verhältnis zu den Gesundheitskosten gesamtvolkswirtschaftlich ungenügend dargestellt.

→ In der Diskussion über quantitative Entwicklungen der medizinischen Versorgung wird der qualitative Aspekt oft ausgeblendet.

13.14 Diskussionen zur guten Versorgung

Wie in Kapitel 3 dargelegt, fehlt eine allgemeingültige Definition der guten ambulanten medizinischen Versorgung. Diese muss einerseits regional ausgerichtet werden. Andererseits sind verschiedene Perspektiven in die Überlegungen miteinzubeziehen. Was (potentielle) Patientinnen und Patienten unter einer guten Versorgung verstehen, deckt sich vermutlich nur teilweise mit dem Verständnis der Politik, der Krankenversicherer oder der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer. So ist beispielsweise anzunehmen, dass die Bevölkerung unter einer guten Versorgung die permanente Verfügbarkeit aller möglichen Dienstleistungen versteht, während sich die Politikerinnen und Politiker der begrenzten Ressourcen bewusst sind und auch die Entwicklung der Kosten in die Überlegungen einbeziehen müssen. Ein möglichst kostengünstiges und effizientes Gesundheitswesen dürfte im Interesse der Versicherer sein, wohingegen bei den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern die Qualität im Vordergrund stehen dürfte.
Allen Idealvorstellungen gerecht zu werden, ist nicht möglich. Da in der Schweiz verbindliche Masszahlen zur Beurteilung der Versorgung fehlen, ist eine objektive Beurteilung der Versorgung eher schwierig. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass in Ländern, die über solche Masszahlen verfügen, diese normativ und politisch festgesetzt wurden. Eine Einschätzung der Versorgungsgüte orientiert sich also zwangsläufig an nicht objektiven Indikatoren. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Einschätzung der Versorgung regional unterschiedlich ausfällt und hauptsächlich auf Veränderungen reagiert.
Als Konsequenz aus der Literatur können folgende Aspekte einer guten Versorgung genannt werden: Einführung des elektronischen Patientendossiers, Stärkung der medizinischen Grundversorgung, Umsetzung der Qualitätsstrategie, Verbesserung der Datengrundlage, Förderung von Managed Care Modellen, Verbesserung des Wettbewerbs, eine Ausrichtung auf die Versorgung chronisch kranker Menschen und eine Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention.

[238] vgl. SASIS (oJ)

Insgesamt und im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen, kann die Versorgung in der Schweiz und damit auch im Kanton Schwyz als sehr gut aber (strukturell) teuer und damit als optimierungsbedürftig – gerade im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen – betrachtet werden. Da die Ressourcen im Gesundheitswesen begrenzt sind, braucht es ein Umdenken weg von Quantität hin zu Qualität. Es existieren verschiedene *Ansprechstrukturen*, die eine professionelle Antwort auf medizinische Anliegen bieten. Wichtig ist eine adäquate Inanspruchnahme dieser *Ansprechstrukturen*, damit das Gesundheitssystem optimal genutzt werden kann.

→ Die Güte der Versorgungslage lässt sich quantitativ nicht exakt darstellen.

→ Das Angebot und die Nachfrage unterliegen permanenten (regionalen) Schwankungen und bedürfen einer kontinuierlichen Beobachtung und Beurteilung.

→ Es ist notwendig, dass die Bevölkerung und alle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen über die Mechanismen und Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung informiert sind.

→ Das Empfinden der Bevölkerung, ob die Versorgung gut ist oder nicht, leitet sich von Veränderungen ab (Praxisschliessungen, längere Wartezeiten etc.). Bei der Beurteilung der Versorgungslage ist das subjektive Empfinden der Bevölkerung ein massgeblicher Faktor.

14 Ergebnisse und Erkenntnisse der Arbeitsgruppe

Im Rahmen von vier Sitzungen, individueller Heimarbeit und bilateralen Gesprächen setzte sich die Arbeitsgruppe[239] intensiv mit der ambulanten medizinischen Versorgung im Kanton Schwyz auseinander. Dabei verfolgte sie das Ziel, eine gemeinsame Bewertung der aktuellen Versorgung anhand der zur Verfügung stehenden Daten vorzunehmen und daraus eine Definition der „guten Versorgung" für den Kanton Schwyz quasi als Baseline abzuleiten. Um die Entwicklung der Versorgung besser einschätzen zu können, wurde der Einsatz von möglichen Indikatoren diskutiert. Anhand dieser Indikatoren sollten Abweichungen von der Baseline der guten Versorgung rechtzeitig erkannt werden, um entsprechende Korrekturmassnahmen einzuleiten. Die wahrscheinlichsten Trends und Szenarien, welche sich in der Analyse des IST-Zustands bemerkbar machen, griff die Arbeitsgruppe auf, um Empfehlungen zu formulieren, welche der Vision einer wohnortsnahen, kostengünstigen und qualitativ hochstehenden Versorgung in der Zukunft gerecht werden.

14.1 Fokusfelder - Definition der guten Versorgung

Im Kapitel 3.2 wurden bereits die Begriffe „gute Versorgung" und „Indikatoren" eingeführt. Wie bereits erwähnt, besteht in der Fachwelt und der Politik keine Einigkeit darüber, was die gute Versorgung ausmacht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich bei der guten Versorgung um eine regional gewachsene, veränderbare Grösse handelt. Die Arbeitsgruppe erachtet es als fundamental, ein gemeinsames Verständnis darüber zu entwickeln, was eine gute Versorgung ausmacht. Die Definition der Arbeitsgruppe, was eine gute Versorgung umfasst, beinhaltet folgende **Fokusfelder**, die den Charakter von Leitsätzen haben:

A Erreichbarkeit/Zugang
Alle Kantonsbewohner müssen innert nützlicher Zeit und Distanz die für ihr Gesundheitsanliegen adäquate Dienstleistung bekommen. Die Grundversorgung muss unabhängig von den individuell verfügbaren finanziellen Mitteln zugänglich sein.

B Adäquates Angebot
Ein adäquates Angebot muss verschiedene Kriterien erfüllen. Es muss verhältnismässig und sinnvoll, individuell anpassbar und flexibel sein. Durch die Festlegung von minimalen Standards wird eine Leitlinie für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen gezogen. Damit wird das Angebot besser mess- und steuerbar. Die für ein adäquates Angebot notwendigen Fachpersonen sind nachhaltig verfügbar und wenn möglich von bürokratischem Aufwand entlastet.

C Eigenverantwortung
Eine zu starke Regulierung durch den Gesetzgeber ist zu vermeiden. Es ist vermehrt auf die Eigenverantwortung der Bevölkerung und auch der Leistungserbringer zu setzen, um die Kosten niedrig zu halten. Die Patientinnen und Patienten tragen durch ein gesundheitsförderliches Verhalten zur Erhaltung der eigenen Gesundheit bei. Bei chronischen Erkrankungen kann die Selbstmanagementkompetenz durch *Patientenschulungen* erhöht werden, so dass die Patientinnen und Patienten ihre Krankheit verstehen können, ihren aktuellen gesundheitlichen Zustände korrekt einschätzen und entsprechende Massnahmen selbstbestimmt einleiten. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer sind gemäss KVG dazu verpflichtet, auf medizinisch unnötige und unwirksame Behandlungen zu verzichten.

D funktionierendes Notfallsystem
Die gute Versorgung stellt jederzeit sicher, dass Menschen in Not geholfen wird. Der Patientenweg muss der Art des Notfalls entsprechend gestaltet sein und stufengerecht eskaliert werden. Die Ansprechstrukturen werden adäquat in Anspruch genommen.

[239] Mitglieder siehe Impressum

E Information/Kommunikation
Erst durch die Vermittlung der relevanten Informationen wird der Patient befähigt, sich sinnvoll und korrekt im System der guten Versorgung zu bewegen. Die Kommunikation muss über das interdisziplinäre Netzwerk der Leistungserbringer einheitlich, kohärent und koordiniert ablaufen.

F Gesundheitsförderung und Prävention
Vorbeugen ist besser als heilen. Alle Akteure der guten Versorgung sind bei der Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflicht. Durch ihre vertrauensvolle Beziehung zu ihren Patientinnen und Patienten sind sie optimal positioniert, um diese Botschaften kund zu tun und die geeigneten Elemente umzusetzen. Zudem bestehen Kontakte zu anderen politischen Bereichen und Settings, in denen gesundheitsrelevante Entscheidungen gefällt werden. Sowohl Verhaltens- wie auch Verhältnisprävention wird gefördert.

G Monitoring und Evaluation
Die Evidenz einer guten Versorgung kann nur durch eine kontinuierliche Prüfung der guten Versorgung unter Anwendung geeigneter Messinstrumente gezeigt werden. Die Resultate müssen über die Effizienz und Qualität der erbrachten Leistungen Auskunft und bei Bedarf Anlass zu Verbesserungsmassnahmen geben.

Die oben genannten Fokusfelder A – G dienen der Beurteilung von zukünftigen Entwicklungen der Versorgungslage. Sind die Anforderungen aus den Fokusfeldern erfüllt, geht die Arbeitsgruppe davon aus, dass eine gute Versorgung mehrheitlich gewährleistet ist. Nur durch die Verwendung geeigneter Indikatoren kann jedoch die Beurteilung der Fokusfelder und somit der guten Versorgung vorgenommen werden.

14.2 Indikatoren

Bei der nachfolgenden Definition eines Indikatorensets zur Beurteilung der ambulanten medizinischen Versorgung im Kanton Schwyz wurden theoretische Überlegungen, in Anlehnung an das Obsan Arbeitsdokument 8 über „Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis“ [240], das oben beschriebene Arbeitsdokument 5 über „Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung“[241] sowie die auf der Webseite des Obsans verfügbaren Indikatoren[242], gemacht. So wird davon ausgegangen, dass medizinische Qualität im eigentlichen Sinne nicht direkt messbar ist. Damit ist der Weg über Indikatoren notwendig. Zudem müssen in der medizinischen Interaktion mit Patienten „moralische, ethische, psychologische und soziale Dimensionen mitbedacht werden. Patientinnen und Patienten sind – anders als die Kunden in der Warenwelt – in den Prozess der medizinischen Leistungserbringung aktiv und passiv miteinbezogen und sie müssen bei der Herstellung von Prozess- und Ergebnisqualität mitwirken.“[243] Nach Donabedian[244] können drei Kategorien der Qualität unterschieden werden: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Die Arbeitsgruppe schlägt eine Reihe von Indikatoren vor, um die Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung zu überprüfen. Diese werden in Tabelle 21 aufgelistet und mit den Fokusfeldern der guten Versorgung in Verbindung gebracht. Darin sind sowohl die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vertreten.

[240] vgl. Eisenring und Hess (2004)
[241] vgl. Spycher (2004)
[242] http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/04/01/blank/blank/blank/08.html [12.06.2014]
[243] Eisenring und Hess (2004): 62
[244] vgl. Eisenring und Hess (2004): 63ff

In Tabelle 21 werden die Fokusfelder und die Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungslage aufgelistet.

Tabelle 21: Einschätzung der Versorgung im Kanton Schwyz anhand verschiedener Indikatoren

Fokusfelder der guten Versorgung	Indikatoren
A Erreichbarkeit/Zugang	Ärztedichte Pflegequote Bettenquote Apothekendichte Drogeriendichte
B Adäquates Angebot	Ärztedichte Pflegequote Bettenquote Apothekendichte Drogeriendichte Kosten pro Einwohner
C Eigenverantwortung	Gesundheitsindikatoren Kostenentwicklung
D funktionierendes Notfallsystem	Distanz zum nächsten Notfall Zeit innerhalb der ein Notfall fachgerecht versorgt wird
E Information/Kommunikation	Koordinationsstellen
F Gesundheitsförderung und Prävention	Gesundheitsindikatoren Finanzielle Ressourcen
G Monitoring und Evaluation	Bereitstellung und Zugang zu Daten

Quelle: Erarbeitung in der Arbeitsgruppe, eigene Zusammenstellung

Diese Auflistung ist nicht erschöpfend und bedarf einer vertieften Auseinandersetzung, die im Rahmen der folgenden Empfehlung zu Evaluation und Monitoring ausgearbeitet werden könnte.

14.3 Handlungsfelder - Wichtige Erkenntnisse aus den Teilen I und II

Abgeleitet aus den Ergebnissen und Erkenntnissen und der Diskussion in der Arbeitsgruppe haben sich drei Haupt-**Handlungsfelder** herauskristallisiert, in denen vordringlicher Handlungsbedarf besteht. Dies sind:

- Demographische und soziale Entwicklungen
- Struktur- und Kostenentwicklung
- Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Da im Gesundheitswesen diverse Verflechtungen bestehen, ist die Abgrenzung in diese drei Handlungsfelder nicht immer ganz trennscharf.

14.3.1 Demographische und soziale Entwicklungen

Ergebnisse: Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die demographische Entwicklung im Kanton Schwyz eine Zunahme an Menschen über 65 Jahre, im Vergleich zu den anderen Alterskategorien sowie ein überdurchschnittliches Bevölkerungswachstum zeigt. Dies hat einerseits einen Einfluss auf die Entwicklung der Anzahl potenziell pflegebedürftiger, respektive Menschen, die das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch nehmen müssen. Andererseits bedeutet die demographische Veränderung eine relative Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung, was sich auch in der Kapazität der Gesundheitsfachleute äussert.
Nicht nur im ärztlichen und pflegerischen Bereich zeichnen sich Veränderungen ab, sondern auch im betreuenden Bereich. Unterstützende Familienstrukturen verändern sich, Frauen sind vermehrt arbeitstätig und stehen für die **Pflege von Angehörigen** nicht mehr zur Verfügung. Nebst der krankheitsbedingten Pflegebedürftigkeit muss auch die altersbedingte Betreuungsbedürftigkeit versorgt werden. Die Inanspruchnahme der Spitex und des Entlastungsdienstes des SRK ist in den letzten Jahren laufend gestiegen. Über die Kapazitäten von Freiwilligen ist nichts bekannt.
Nebst diesen Aspekten zeigen sich auch **Veränderungen in der Inanspruchnahme**. Gründe dafür können erstens neue Ansprüche (Gesundheit als Luxusgut, *human enhancement*) und zweitens fehlende Informationen (wann ist welche Ansprechstruktur bestmöglich geeignet?) sein.

Erkenntnisse

Immer weniger Fachkräfte stehen für immer mehr Menschen zur Verfügung.
→ Es braucht neue Versorgungssysteme mit Einbezug diverser Fachpersonen (Netzwerke).
→ Es braucht ein Monitoring zur frühzeitigen Erfassung handlungsrelevanter Veränderungen.

Der Bedarf an ausserfamiliären Pflege und Betreuung steigt.
→ Pflegende Angehörige müssen unterstützt werden.
→ Die Kapazitäten von Freiwilligen müssen erhoben werden.

Es findet eine medizinisch nicht notwendige oder inadäquate Inanspruchnahme der Ansprechstrukturen statt.
→ Alle Akteurinnen und Akteure müssen für medizinisch nicht sinnvolle Behandlungen sensibilisiert werden.
→ Die Bevölkerung muss besser über die verschiedenen Ansprechstrukturen informiert sein.
→ Die Triage der Patientinnen und Patienten muss verbessert werden.

14.3.2 Struktur- und Kostenentwicklung

Ergebnisse: Nebst der demographischen Entwicklung zeichnet sich zudem eine ungleiche Verteilung hinsichtlich der Fachgebiete ab. Das heisst, von den Ärztinnen und Ärzten die ausgebildet werden, wählen zu wenige die Laufbahn in die Grundversorgung. Junge Ärztinnen und Ärzte möchten vermehrt Teilzeit arbeiten, sich in einem Team austauschen können, weder finanzielle Risiken und Investitionen machen noch grosse administrative Aufwände haben. Daraus folgt eine **Fehlverteilung**, die dazu führt, dass im Bereich der Spezialversorgung eher von einer **Überversorgung** auszugehen ist und im Bereich der Grundversorgung von einer **Unterversorgung**. Es ist also vor allem im Bereich der Grundversorgung von einem Fachkräftemangel auszugehen. Behandlungen, die kostengünstig durch die Grundversorgung erbracht werden könnten, verlagern sich so in die teurere Spezialversorgung (z.B. Blutdrucküberwachung in einer Praxis für Kardiologie). Im Gesamtschweizerischen Vergleich verfügt der Kanton Schwyz über eine unterdurchschnittliche Ärztedichte. Dies entspricht der Struktur eines ländlichen Kantons. Die Zuwachsrate im Bereich der Spezialversorgung ist jedoch überdurchschnittlich und die Zuwachsrate im Bereich der Grundversorgung ist unterdurchschnittlich hoch. Diese Entwicklung weist auf einen Strukturwandel hin zu einem teureren Versorgungssystem.

Hinzukommt, dass der Kanton Schwyz über eine überdurchschnittlich hohe Bettenquote in der **Langzeitpflege** verfügt, die in den nächsten Jahren abgebaut werden soll. Die Tatsache, dass 29,2% der Menschen in einem Alters- oder Pflegeheim des Kantons Schwyz einen Pflegebedarf von unter 40 Minuten pro Tag haben und bei sieben von zehn solcher Heimeintritten die Spitex vorgängig nicht in Anspruch genommen wurde, weist darauf hin, dass ein Potenzial, unnötige oder frühzeitige Heimeintritte zu vermeiden besteht.
Hinsichtlich **Prämien- und Kostenentwicklung** ist festzustellen, dass der Kanton Schwyz unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, die Zuwachsraten in den letzten Jahren jedoch überdurchschnittlich hoch sind. Es findet eine Angleichung an den Durchschnitt statt. Grund dafür ist eine erhöhte Inanspruchnahme. Die Zunahme der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist höher als die Zunahme des Bevölkerungswachstums. Es werden also auch im Kanton Schwyz laufend mehr Leistungen pro Kopf in Anspruch genommen.

Erkenntnisse

Es findet eine ungünstige Entwicklung der Grundversorgung hin zur Spezialversorgung statt.
→ Es braucht eine gezielte politische Steuerung und die Schaffung gesetzlicher Grundlagen.
→ Die Attraktivität der Grundversorgung muss erhöht werden.

Das Verhältnis von Pflegedichte und Bettenquote ist im Kanton Schwyz ungünstig.
→ Die Pflege und Betreuung zu Hause (Stärkung der Ressourcen von Spitex, Entlastungsdienst des SRK, pflegenden Angehörigen, Freiwilligen) muss sichergestellt und ausgebaut werden.

Die Gesundheitsausgaben im Kanton Schwyz steigen überdurchschnittlich stark an.
→ Alle Akteurinnen und Akteure müssen für die Dynamiken und Entwicklungen im Gesundheitswesen sensibilisiert werden.
→ Die Eigenverantwortung aller Beteiligten ist zu fördern.

14.3.3 Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Ergebnisse: Die Krankheitslast verlagert sich immer mehr in den Bereich der chronischen Erkrankungen. Dies hat einen erheblichen Einfluss auf die Inanspruchnahme des Versorgungssystems und auf die Leistungen, welche das System zur Verfügung stellen muss. Der Fokus verschiebt sich von der Diagnose und Therapie zur **Krankheitsbewältigung**. Dadurch werden strukturelle Anpassungen – wie zum Beispiel integrierte Versorgungsnetze mit einem durchdachten *Skill Mix* und dem *chronic care Modell* – notwendig, um diesem Bedarf gerecht zu werden. Chronische Erkrankungen werden mehrheitlich ambulant behandelt und machen die Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachleute notwendig. Dazu braucht es eine klare Rollenverteilung, Fallführung und Koordination der Akteure. Chronische Krankheiten (wie zum Beispiel Diabetes, Bluthochdruck, Adipositas) können mittlerweile mehr oder weniger gut in den Lebensalltag integriert werden, bedingen jedoch eine gute **Schulung und Begleitung der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen** (z.B. im Bereich Ernährung, Diabetes, Herzinsuffizienz). Im Kanton Schwyz fehlen solche Angebote.
Aus der Gesundheitsbefragung geht hervor, dass sich 20 Prozent der Befragten in ihrem Alltag gesundheitlich eingeschränkt bezeichnen. Chronische Erkrankungen können mit einer gesunden Lebensweise (Gesundheitsförderung) und präventiven Massnahmen vermindert, oder sogar verhindert werden. Studien zeigen, dass sich durchdachte Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention lohnen. Der ökonomische Nutzen von präventiven Massnahmen wird auf einen Return on Investment von bis zu 1:41 geschätzt.[245] Die Mittel für **Gesundheitsförderung und Prävention** des Kantons Schwyz wurden im Rahmen von Sparmassnahmen massiv gekürzt. Der Gesundheitszustand des einzelnen Menschen ist von verschiedensten Faktoren abhängig. Soziale Determinanten wie sozioökonomischer Status und Wohn- und Arbeitsbedingungen ha-

[245] vgl. Wieser et al (2010)

ben, nebst Bildungs-, Finanz-, Umwelt- und Sicherheitspolitik einen erheblichen Einfluss auf die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung.

Erkenntnisse

Chronische Erkrankungen machen neue Versorgungsstrukturen notwendig.

→ Es muss ein chronic care Konzept für den Kanton Schwyz erarbeitet werden.
→ Die Angebote sind aktiver aufeinander abzustimmen.
→ Spezifische Aufgaben in der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen sind vermehrt an die geeigneten Berufsgruppen (*Skill Mix* mit Einbezug von MPA, Spitex, Entlastungsdienst SRK, Apotheken, Drogerien, Komplementär- und Alternativmedizin) zu verteilen und zu delegieren.

Gesundheitsförderung und Prävention sind lohnende Investitionen.

→ Die gesundheitsförderlichen und präventiven Bestrebungen müssen verstärkt, sowie die dazu notwendigen Ressourcen erhöht und sichergestellt werden.
→ Es sind flächendeckende Angebote von Schulungen für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen (z.B. EVIVO) zu etablieren.

15 Empfehlungen und Fazit

15.1 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen umfassen alle wünschbaren Weiterentwicklungen und notwendigen Massnahmen. Je dunkler die Hervorhebung, desto wichtiger und notwendiger wird die Empfehlung von der Arbeitsgruppe und der Steuergruppe betrachtet. Für folgende Bereiche werden Empfehlungen formuliert:

- Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung
- Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause
- Verstärkung gesundheitsförderlicher und präventiver Bestrebungen
- Förderung neuer Versorgungssysteme mit Einbezug diverser Fachpersonen
- Sensibilisierung aller Akteure über die Zusammenhänge im Gesundheitswesen
- Einführung eines Monitorings zur frühzeitigen Erfassung handlungsrelevanter Veränderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung
- Ausschöpfung der politischen Steuerungsmöglichkeiten

1) Empfehlungen zur **Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung**

Empfehlungen	Zuständigkeit
1.1 Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Grundversorgung im Verhältnis zur Spezialversorgung müssen verbessert werden (z.B. Erhöhung des Tarmedtarifes, Vorhalteleistungen für Hebammen, integrierte Versorgung, zur Verfügung stellen von Infrastruktur, eigenständig abrechenbare Leistungen durch paramedizinische Berufe).	**Kanton/ Bund**
1.2 Die gesetzlichen Grundlagen für eine gezielte Förderung der Grundversorgung müssen angepasst werden, damit der Kanton die Möglichkeit hat, neue Versorgungsmodelle gezielt mit finanziellen und infrastrukturellen Mitteln zu fördern.	**Kanton**
1.3 Die medizinischen Ressourcen müssen bestmöglich mit einem durchdachten *Skill Mix,* unter Einbezug von MPAs, Spitex, Entlastungsdienstes SRK, Apotheken, Drogerien, komplementär- und alternativmedizinischen Therapeutinnen und Therapeuten, genutzt werden. Es sind arztentlastende Dienstleistungen in Apotheken und Drogerien (z.B. Impfungen, NetCare) zu prüfen und gesetzliche Grundlagen entsprechend anzupassen.	**Alle Akteure**
1.4 Massnahmen zur Verminderung der administrativen Aufgaben müssen gefördert werden (z.B. eHealth).	**Versicherer/ Kanton/ Bund**
1.5 Die Ausbildung in Gesundheitsberufen (Studienplätze etc.) ist zu fördern.	**Kanton/ Bund**
1.6 Ein leistbarer ärztlicher Notfalldienst in einem gut organisierten, attraktiven Notfallsystem (z.B. einheitliche Notrufnummer, Aufbau von Notfallpraxen am Spital) ist sicherzustellen.	**Ärzteschaft/ Kanton**
1.7 Der unternehmerische Spielraum soll für die Umsetzung neuer Praxismodelle (z.B. mit Möglichkeiten zur Teilzeitarbeitstätigkeit, Entlastung von administrativen Aufgaben, Interdisziplinarität) genutzt werden.	**Privatwirtschaft/ Gemeinden/ Kanton (Private public partnership)**
1.8 Das Praxisassistenz-Modell soll weitergeführt und erweitert werden.	**Kanton**
1.9 Ein *chronic care* Konzept mit definierten Patientenpfaden soll erarbeitet werden.	**Regierungsrätliche Kommission**

2) Empfehlungen zur **Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause**

Empfehlungen	Zuständigkeit
2.1 Entlastungsangebote für Angehörige, sowie deren Inanspruchnahme (z.B. Sicherstellung von 24h Pflege inklusive Notfallabdeckung, Tages- und Nachtstrukturen in Alters- und Pflegeheimen) müssen ausgebaut und gefördert werden.	**Kanton/ Gemeinden/ Alters- und Pflegeheime/ Spitex/ ELD SRK/ Pro Senectute**
2.2 Für die Bevölkerung muss eine niederschwellige Anlaufstelle, die als übergeordnete Triage- und Koordinationsstelle mit allen relevanten Akteuren vernetzt ist, eingerichtet werden.	**Bezirke/ Gemeinden**
2.3 Die pflegenden Angehörigen sollen gestärkt werden.	**Spitex/ Pro Senectute/ ELD SRK/ Kanton**
2.4 Dienstleistungen aus einer Hand (z.B. Pflege, Notruf, Hauswirtschaft, Fahrdienst, Mahlzeitendienst) sollen gefördert werden.	**Spitex/ Pro Senectute/ ELD SRK/ Kanton**
2.5 Das Potenzial von Freiwilligen zur Sicherstellung der Betreuung zu Hause soll genutzt und Modelle wie Zeitvorsorgesysteme (z.B. KISS) und fachliche Unterstützung der Freiwilligen gefördert werden.	**Gemeinden/ Kanton**
2.6 Es wäre wünschenswert, ein Beratungsangebot über *care migration* zu schaffen.	**Pro Senectute**

3) Empfehlungen zur **Verstärkung gesundheitsförderlicher und präventiver Bestrebungen**

Empfehlungen	Zuständigkeit
3.1 Die finanziellen und personellen Ressourcen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention müssen gesichert sein.	**Kanton/ Gemeinden/ Bezirke**
3.2 Das bestehende Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention muss mit Schwerpunktbildungen umgesetzt werden (z.B. Alter, chronische Erkrankungen, Ernährung und Bewegung).	**Kanton**
3.3 Die Komplementär- und Alternativmedizin, Drogerien und Apotheken sollen vermehrt in Gesundheitsförderung und Prävention einbezogen werden.	**alle Akteure**
3.4 Flächendeckende Angebote von Patienten- und Angehörigenschulungen (z.B. EVIVO) sind wünschenswert.	**alle Akteure**

4) Empfehlungen zur **Einführung eines Monitorings zur frühzeitigen Erfassung handlungsrelevanter Veränderungen in der ambulanten medizinischen Versorgung**

Empfehlungen	Zuständigkeit
4.1 In die Versorgungsforschung soll zur Verbesserung der Datenlage mehr investiert werden.	**Kanton/ Bund**
4.2 Bevölkerungsbefragungen sollen regelmässig durchgeführt werden.	**Kanton/ Bund**
4.3 Technische und elektronische Hilfsmittel wie Kommunikations-, Alarmierungs- und Überwachungshilfen sollen gefördert werden.	**Kanton/ private Anbieter**

5) Empfehlungen zur **Ausschöpfung der politischen Steuerungsmöglichkeiten**

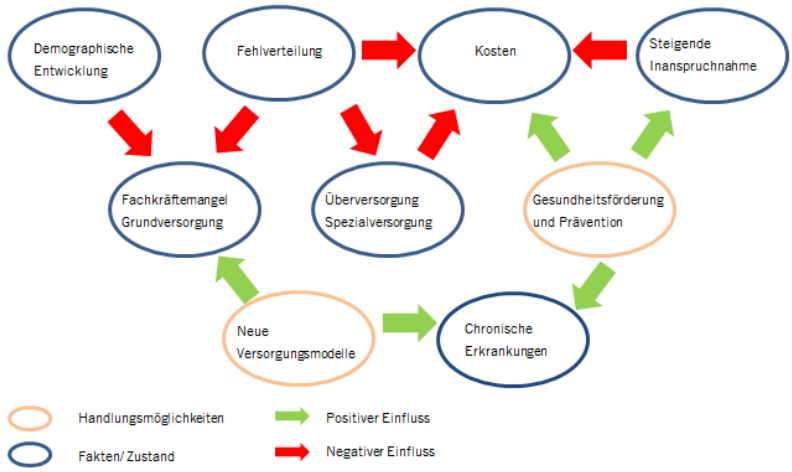
Empfehlungen	Zuständigkeit
5.1 Eine regierungsrätliche Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Bevölkerung, der Politik, der Versicherung und den Fachgebieten muss eingesetzt werden. Deren Aufgabe ist die kontinuierliche Überprüfung der Versorgungslage anhand der Indikatoren sowie Ergreifen von Massnahmen.	**Kanton**
5.2 Ein Gesamtgesundheitsbericht, unter Einbezug verschiedener politischer Bereiche, mit einer daraus folgenden Gesundheitsstrategie muss erarbeitet werden.	**Kanton**
5.3 Massnahmen zur Verhinderung von Über- und Unterversorgung sollen weitergeführt und verstärkt werden (z.B. Zulassungsstopp).	**Kanton**
5.4 Es ist ein Kommunikationskonzept zur Sensibilisierung über die Zusammenhänge im Gesundheitswesen zu erstellen, um die Bevölkerung regelmässig und zielgruppengerecht über die Möglichkeiten der Ansprechstrukturen und deren adäquate Inanspruchnahme zu informieren.	**Kanton**
5.5 Budgetmitverantwortung innerhalb von integrierten Systemen soll gefördert werden.	**Alle, die Leistungen erbringen, bezahlen und beziehen**

15.2 Fazit

Die ambulante medizinische Versorgung des Kantons Schwyz kann im Grossen und Ganzen als sehr gut betrachtet werden. Sie umfasst ein mehrheitlich flächendeckendes und vielfältiges Angebot. Es bestehen jedoch bereits Lücken. Inwiefern diese Versorgung also auch zukünftig gewährleistet werden kann, ist angesichts der aktuellen Entwicklungen in Frage gestellt. Um die ambulante medizinische Versorgung des Kantons Schwyz auch zukünftig auf hohem Niveau gewährleisten zu können, sind verschiedene Massnahmen zu ergreifen.

Die Abbildung 86 versucht die Zusammenhänge und kritischen Pfade im Schwyzer Gesundheitswesen aufzuzeigen sowie darzustellen, welche Handlungsmöglichkeiten bestehen und wo die grösste Wirkung zu erzielen ist.

Abbildung 86: Modell der Zusammenhänge im Schwyzer Gesundheitswesen



Quelle: eigene Darstellung

Die kritischen Entwicklungen betreffen hauptsächlich den Fachkräftemangel in der Grundversorgung und die Überversorgung in der Spezialmedizin, die nebst der allgemeinen Mengenausweitung zur Erhöhung der Kosten führt. Die demographische Entwicklung, wie auch die Zunahme an chronischen Erkrankungen sind Tatsachen, die als Herausforderungen zu betrachten sind und neue Versorgungsstrukturen notwendig machen. Das heutige Gesundheitssystem ist noch weitgehend auf akute Erkrankungen fokussiert und verfügt meistens nicht über koordinierte Dienstleistungen im ambulanten Bereich. Bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen wird der ambulante Bereich jedoch immer wichtiger. Die zukünftige Sicherstellung der Versorgung ist ohne entsprechende Anpassungen in Frage gestellt. Es zeigt sich, dass die grössten Handlungsmöglichkeiten in den Bereichen **Gesundheitsförderung/ Prävention** und der Etablierung **neuer Versorgungsmodelle** liegen.[246] So können einerseits chronische Erkrankungen vermieden und vermindert werden. Andererseits steigen mit neuen Versorgungsmodellen mit Einbezug diverser Fachleute (*Skill Mix*) die Qualität und die Effizienz der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen. Damit können Synergien genutzt und Ressourcen gespart werden. Zur Verbesserung der Datengrundlage und damit zur Schaffung einer Beurteilungs- und Wahrnehmungsgrundlage für die Veränderungen der Versorgungslage ist die Einführung eines **Monitoring**s unerlässlich. Damit zeitnah gehandelt werden kann, sind entsprechende **gesetzliche Grundlagen** notwendig. Nur so kann der Kanton seiner Aufgabe gerecht werden, die ambulante medizinische Versorgung auch zukünftig sicherzustellen.
Um all diese Massnahmen gezielt und nachhaltig umzusetzen ist eine regierungsrätliche Kommission mit Vertreterinnen und Vertretern aus der Bevölkerung, der Politik, den Versicherern und Fachpersonen einzurichten.

[246] BAG (2013): 19, Künzi und Detzel (2007), GDK (2012)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relatives Wachstum Bevölkerung Schwyz 2002 – 2012 37
Tabelle 2: Durchschnittsalter in Jahren nach Geschlecht 48
Tabelle 3: Relativer Zuwachs der fakturierenden Ärztinnen und Ärzte Juli 2011 – Juni 2013 50
Tabelle 4: Aufstellung der verfügbaren Ressourcen im Verhältnis zur Anzahl Kinder und Jugendliche 51
Tabelle 5: Entwicklung der Anzahl Facharzttitel nach FMH im Kanton Schwyz 52
Tabelle 6: Anzahl Ärzte in Gruppenpraxen 2008 – 2013 53
Tabelle 7: Anzahl Praxen NAKO und OBELISC und entsprechende Abdeckungsrade im Vergleich zu FMH 54
Tabelle 8: Vergleich zwischen den Altersgruppen 55
Tabelle 9: Vergleich zwischen den Geschlechtern 56
Tabelle 10: Fälle und Erträge nach Fachrichtungen im Spital Schwyz 63
Tabelle 11: Anzahl Fälle und abgerechnete Leistungen im Jahr 2012 64
Tabelle 12: Anzahl Fälle und abgerechnete Leistungen im Spital Einsiedeln nach Fachrichtungen im Jahr 2012 65
Tabelle 13: Einsatzstunden pro Bezirk im Jahr 2012 79
Tabelle 14: bewilligungspflichtige Berufsarten 83
Tabelle 15: Anzahl Konsultationen der Hebammen im Kanton Schwyz, 2012 87
Tabelle 16: Entwicklung der Tätigkeiten der Hebammen im Kanton Schwyz 88
Tabelle 17: Auflistung der selbstständig geführten Physiotherapiepraxen nach Geschlecht und Alter 89
Tabelle 18: Anzahl Praxen auf 10‘000 Einwohner, Vergleich Innerschweizer Kantone 89
Tabelle 19: Übersicht Komplementärmedizin 2012 CSS 94
Tabelle 20: Erbrachte und gezahlte komplementärmedizinische Leistungen nach Behandlungsmethode, Jahr 2012 95
Tabelle 21: Einschätzung der Versorgung im Kanton Schwyz anhand verschiedener Indikatoren 120
Tabelle 22: Zusammenstellung der Erkenntnisse 149

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuständigkeiten Kanton und Gemeinden 4
Abbildung 2: Mitteilung der Medizinalkasse Mannheim vom März 1949 8
Abbildung 3: Einflussfaktoren der Kostenentwicklung 20
Abbildung 4: Graphische Darstellung der Einflussgrössen auf den Gesundheitszustand 23
Abbildung 5: Handlungsfelder und Ziele aus Gesundheit 2020 29
Abbildung 6: Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung nach Bezirken 37
Abbildung 7: Schweizweite Entwicklung von Jugend- und Altersquotient 38
Abbildung 8: Entwicklung von Jugend- und Altersquotient im Kanton Schwyz 2004-2012 38
Abbildung 9: Vergleich Alters- und Jugendquotient Kanton Schwyz und Gesamtschweiz gemäss mittlerem Szenario AR-00-2010 BfS 38
Abbildung 10: Absolute Entwicklung der Bevölkerung in den Jahren 2004 – 2013, sowie Schätzung der weiteren Entwicklung gemäss Szenario AR-00-2010 BfS 39
Abbildung 11: regionale Verteilung des Anteils an über 65-jährugen Menschen, Jahr 2012 40
Abbildung 12: Anteile Bildungsabschlüsse, nach Bezirk, Jahr 2012 40
Abbildung 13: Anteil des Bildungsniveau I, nach Bezirk, Jahr 2012 41
Abbildung 14: Arbeitsmarktstatus, Jahr 2012 41
Abbildung 15: Entwicklung der Sozialhilfequote 42
Abbildung 16: Anteile der Sozialhilfequoten, Jahr 2011 42
Abbildung 17: Anteil Personen, die ihre Gesundheit als (sehr) gut einschätzen 44
Abbildung 18: Anteil aktiver, teilaktiver und inaktiver Personen 45
Abbildung 19: Anteil Personen nach BMI-Kategorien (18-Jährige und Ältere) 45
Abbildung 20: Anteil Personen, die in der Woche vor der Befragung mindestens ein Medikament eingenommen haben 46
Abbildung 21: Anteile Frauen und Männer in den Fachgruppen 47
Abbildung 22: Altersstruktur 48
Abbildung 23: Anzahl Ärztinnen und Ärzte auf 1'000 Einwohner nach Kanton und Fachgruppe, Jahr 2011 49
Abbildung 24: Entwicklung fakturierende Grundversorger absolut / Juli 2011 – Juni 2013, Gesamtschweiz 49
Abbildung 25: Entwicklung Anzahl fakturierende Spezialisten (ohne Kinder- und Jugendmedizin) absolut/ Juli 2001 – Juni 2013, Gesamtschweiz 49
Abbildung 26: Anzahl neu erteilter Bewilligungen im Kanton Schwyz 2008 – 2012 50
Abbildung 27: Verteilung der Nationalitäten nach Berufsgruppen 51
Abbildung 28: Entwicklung der NAKO- und OBELSIC-Daten nach Fachgruppe 54
Abbildung 29: Jährliche Betriebszeiten der im NAKO-Datensatz erfassten Praxen 55
Abbildung 30: Entwicklung Anzahl Patienten pro Praxis, Umsatz pro Patient, Anzahl abgerechnete Tarmed-Stunden pro Praxis nach Fachrichtungen 56
Abbildung 31: Entwicklung der Tarmed-Stunden, nach Bezirken 57
Abbildung 32: Anzahl abgerechnete Tarmed-Stunden pro Praxis nach Bezirk und Fachgruppe 57
Abbildung 33: Patienten pro Praxis, nach Bezirk, Grundversorgung 58
Abbildung 34: Sitzungen pro Praxis, nach Bezirk, Grundversorgung 58
Abbildung 35: Umsatz pro Patient in Fr. nach Bezirk, Grundversorgung 59
Abbildung 36: Patientenströme, Spezial- und Grundversorgung, Jahr 2012 60
Abbildung 37: Patientenströme, nur Grundversorgung, Jahr 2012 60
Abbildung 38: Distanz zum nächsten Notfall nach Gemeinde 62
Abbildung 39: Aufteilung der ambulant abgerechneten Leistungen nach Fachrichtung im Spital Schwyz 63
Abbildung 40: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Schwyz nach Altersgruppen 63

Abbildung 41: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Schwyz nach Herkunft 64
Abbildung 42: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Lachen nach Altersgruppe 64
Abbildung 43: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Lachen nach Herkunft 64
Abbildung 44: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Einsiedeln nach Altersgruppe 65
Abbildung 45: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten im Spital Einsiedeln nach Herkunft 65
Abbildung 46: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der Aeskulaplinik nach Altersgruppe 66
Abbildung 47: Auswertung der ambulanten Patientinnen und Patienten in der Aeskulapklinik nach Herkunft 66
Abbildung 48: Anteile der Leistungskategorien an den Kosten 66
Abbildung 49: Entwicklung Pro-Kopf-Ausgaben VSS spitalambulanter Bereich 67
Abbildung 50: Verteilung der Spitexorganisationen im Kanton Schwyz 70
Abbildung 51: Anzahl Stellen Spitex Kanton Schwyz 71
Abbildung 52: Vergleich Spitex Vollzeitäquivalente auf 1‘000 Personen, Jahr 2011 71
Abbildung 53: Anzahl Klienten Spitex Kanton Schwyz 72
Abbildung 54: Anzahl Stunden Spitex Kanton Schwyz 72
Abbildung 55: Vergleich Ausgaben für Spitexleistungen pro Einwohner, nach Peer Group 73
Abbildung 56: Entwicklung von Krankenpflege- und Hauswirtschaftsquote, Vergleich Schweiz und Kanton Schwyz 73
Abbildung 57: Entwicklung Anzahl KLV- und HW-Stunden pro Klient 74
Abbildung 58: Verteilung der Pflegedichte nach Spitexregion, Jahr 2012 75
Abbildung 59: Verteilung der Pflegedichte nach Spitexregion bezogen auf Einwohnerinnen über 65 Jahre, Jahr 2012 75
Abbildung 60: Verteilung der Bettenquote nach Spitexregion, Jahr 2015 77
Abbildung 61: Entwicklung der Einsatzstunden der Pflegehelferinnen SRK 78
Abbildung 62: Inanspruchnahme SRK Kinderbetreuung nach Grund in den Jahren 2009-2012 80
Abbildung 63: Verteilung nach Herkunft 84
Abbildung 64: Apotheken auf 100‘000 EW, Jahr 2011 85
Abbildung 65: Verteilung der Apotheken im Kanton Schwyz 86
Abbildung 66: Verteilung der Drogerien im Kanton Schwyz 87
Abbildung 67: Verteilung der Hebammen im Kanton Schwyz 88
Abbildung 68: Verteilung der Physiotherapiepraxen im Kanton Schwyz 90
Abbildung 69: Top Ten der komplementärmedizinischen Methoden für den Kanton Schwyz 92
Abbildung 70: Top Ten der komplementärmedizinischen Methoden für die ganze Schweiz 93
Abbildung 71: Verlauf Top 8 der komplementärmedizinischen Methoden für die ganze Schweiz 93
Abbildung 72: Dichte der komplementärmedizinisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten nach Kanton 94
Abbildung 73: Verteilung der freiberuflichen Psychotherapeuten und Psychiater im Kanton Schwyz 96
Abbildung 74: Entwicklung der Inanspruchnahme des SPDs in den Jahren 2013-2012 97
Abbildung 75: Entwicklung der Inanspruchnahme des KJPD in den Jahren 2006-2012 97
Abbildung 76: Entwicklung der Stellenprozente 99
Abbildung 77: Entwicklung der Dienstleistungen der Mütter- und Väterberatung im Verhältnis zur Anzahl der Geburten pro Kalenderjahr, gemäss Einwohnerkontrolle 99
Abbildung 78: Klientenzahlen nach Lebensjahr, Jahr 2012 100

Abbildung 79: Auflistung der Gesundheitsfördernden Schulen im Kanton Schwyz 101
Abbildung 80: Total Pro-Kopf-Kosten in Fr. der VSS, Vergleich Kanton Schwyz und gesamte Schweiz 103
Abbildung 81: Pro-Kopf-Kosten in Fr. der verschiedenen Bereiche VSS, Vergleich Kanton Schwyz, Peer Group und gesamte Schweiz, Jahr 2012 104
Abbildung 82: Vergleich Rechnungsstellerstatistik und Versichertenstatistik 104
Abbildung 83: Vergleich von Total RSS und Total VSS zwischen dem Kanton Schwyz, den Kantonen der Peer Group sowie der gesamten Schweiz 105
Abbildung 84: Prämienentwicklung Kanton Schwyz und gesamte Schweiz, Jahre 1996 - 2014 105
Abbildung 85: Entwicklung der jährlichen Wachstumsraten der Prämien im Kanton Schwyz und der gesamten Schweiz, Jahre 1997-2013 106
Abbildung 86: Modell der Zusammenhänge im Schwyzer Gesundheitswesen 126
Abbildung 87: RSS Spital stationär 141
Abbildung 88: RSS Spital ambulant 141
Abbildung 89: RSS Ärzte Behandlung 141
Abbildung 90: VSS Spital stationär 142
Abbildung 91: VSS Spital ambulant 142
Abbildung 92: VSS Ärzte Behandlung 142
Abbildung 93: RSS Medikamente Total 143
Abbildung 94: VSS Medikamente Total 143
Abbildung 95: RSS Total Ausgaben Medikamente 143
Abbildung 96: VSS Total Ausgaben Medikamente 143
Abbildung 97: RSS Spitex 144
Abbildung 98: VSS Spitex 144
Abbildung 99: RSS Pflegeheime 144
Abbildung 100: VSS Pflegeheime 145
Abbildung 101: RSS Spitex und Pflegeheime 145
Abbildung 102: VSS Spitex und Pflegeheime 145
Abbildung 103: RSS Physiotherapie 146
Abbildung 104: VSS Physiotherapie 146
Abbildung 105: RSS Total 146
Abbildung 106: VSS Total 147
Abbildung 107: Pro Kopf Ausgaben Ärzte Behandlung, RSS 147
Abbildung 108: OKP-pro Kopf-Kosten der Physiotherapeuten 2008 - 2011 147
Abbildung 109: OKP-pro-Kopf-Kosten der Apotheken 2008 - 2011, RSS 148
Abbildung 110: Spitexleistungen pro Kopf 2008-2011, RSS 148

Abkürzungsverzeichnis

ABIM	American Board of Internal Medicine
AGS	Amt für Gesundheit und Soziales
AHV	Alters- und Hinterbliebenenrente
ANP	Advanced Nurse Practitioner/Advanced Nursing Practice
BAB	Berufsausübungsbewilligung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BASS	Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFS	Bundesamt für Statistik
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung
CCM	Chronic Care Model
EBA	Eidgenössischer Berufsattest
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
ELD	Entlastungsdienst
EMR	Erfahrungsmedizinisches Register
ENBGF	Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
EPS	Expertenbasiertes Patientensupervision
EU	Europäische Union
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
EW	Einwohner
FAGE	Fachangestellte Gesundheit
FH	Fachhochschule
FMC	Forum Managed Care
FMH	Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft
FTS	Frühberatungs- und Therapiestelle
DI	Departement des Innern des Kantons Schwyz
DRG	Diagnosis Related Groups
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz
GESA	Datenbank der Gesundheitsberufe Kanton Schwyz
HF	Höhere Fachschule
HFKG	Hochschul-Förderungs- und Koordinationsgesetz
HMO	Health Maintenance Model (Hausarztmiodell)
HW	Hauswirtschaft
ICN	International Council of Nurses

IOM	Institute of Medicine
KAM	Komplementär- und Alternativmedizin
KJPD	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
KLV	Kranken- und Langzeitversorgung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz
MARS	Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé
MPA	medizinische Praxisassistenz
NAKO	Nationale Konsolidierungsstelle
NEK	Nationale Ethikkommission
OBELISC	**OB**jective **E**valuation and **L**eadership **I**n **S**cientific Health Data **C**ollection
OBSAN	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
OdA AM	Organisation der Arbeitswelt Alternativmedizin
OdA KT	Organisation der Arbeitswelt KomplementärTherapie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
QBM	Qualitäts-Basis-Modul
RRB	Regierungsratsbeschluss
RSS	Rechnungsstellerstatistik
SAEZ	Schweizerische Ärztezeitung
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (ehem. BBT)
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SECO	Schweizerisches Staatssekretariat für Wirtschaft
SNGS	Schweizerisches Netzwerk für gesundheitsfördernde Schulen
SPD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SVBGF	Schweizerischer Verband für betriebliche Gesundheitsförderung
VEDAG	Verband deutschschweizerischer Ärztegesellschaften
VSS	Versichertenstatistik
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

Glossar

Ansprechstrukturen
Sammelbegriff für alle Kontaktpunkte im Gesundheitswesen, die eine professionelle Antwort auf gesundheitliche Anliegen bieten. Dazu gehören zum Beispiel Beratungsstellen für Gesundheitsförderung und Prävention, Apotheken, Drogerien, Hausarztpraxen, Notfallstationen.

Advanced Nurse Practitioner/Advanced Nursing Practice
Advanced Nursing Practice (ANP) bezeichnet die Praxis von universitär ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegefachpersonen, die über ein spezialisiertes Fachwissen verfügen.[247]

Brain drain
Der Begriff brain drain bezeichnet die Abwanderung von qualifizierten Fachkräften ins Ausland.

Chronic Care Model
Das „Chronic Care Model" (CCM) ist ein patientenzentrierter Ansatz der zum Ziel hat, die ambulante medizinische Versorgung chronisch kranker Menschen zu verbessern. Dies soll durch eine bessere Vernetzung der verschiedenen Gesundheitsfachleute und den Einbezug von evidenzbasierten Informationen und klinischen Informationssystemen erreicht werden. Zudem liegt ein Schwerpunkt bei der Selbst-Managementkompetenz der Patientinnen und Patienten.

Care-Arrangements
Care-Arrangement bezeichnet die spezifische Ausgestaltung der Pflege von von pflegebedürftigen Menschen. Diese kann sehr unterschiedlich ausgestaltet werden und durch unterschiedliche Pflegepersonen durchgeführt werden, zum Beispiel durch Angehörige, durch die professionelle Pflege von Spitex, durch die Laienpflege des Entlastungsdienstes des SRK, durch Freiwillige oder durch privat Angestellte (meist aus dem Ausland kommend).

Care-Migrantin/ care migration
Menschen (meist Frauen) die in die Schweiz einreisen, um in privaten Haushalten andere Menschen zu pflegen.

Kompressionsthese
Die Kompressionsthese besagt, dass durch vermehrte Anstrengungen in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention die Menschen gesünder altern und dass damit die Phase der Multimorbidität ins hohe Alter verschoben wird.[248]

Managed-Care-Vorlage
Im Juli 2012 wurde über die sogenannte Managed-Care-Vorlage abgestimmt. Diese Vorlage sah eine Stärkung alternativer Versorgungsmodelle, Zwecks Kostenreduktion, vor. Das Volk erteilte der Vorlage eine Absage. Hauptgrund dürfte die freie Arztwahl gewesen sein, die mit der Managed-Care-Vorlage als in Gefahr betrachtet wurde.

Medikalisierung
Unter Medikalisierung wird die Tatsache verstanden, dass bisher Alltägliches in den Fokus der Medizin gelangt und eine Verantwortungsverschiebung an Ärztinnen und Ärzte erfolgt.

MedGate
Schweizerisches Zentrum für Telemedizin - Telemedizin ermöglicht eine ärztliche Beratung per Telefon oder Internet.[249]

---

[247] http://nursing.unibas.ch/klinische-praxis/advanced-nursing-practice/
[248] vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/k/index_06430.html [15.04.2013]
[249] http://www.medgate.ch/fürPatienten/FragenAntworten/tabid/60/Default.aspx [15.04.2013]

Medizinische Praxisassistenz (MPA)
Die Medizinische Praxisassistenz wird in der hausärztlichen Praxis angestellt und ist zuständig für Administration, Labor und so weiter. Nicht zu verwechseln mit der ärztlichen Praxisassistenz.

MiGel
MiGel ist eine Wortschöpfung für die Liste der Mittel und Gegenstände, die durch das KVG abgerechnet werden können.

NetCare
Zusammenschluss von Apotheken, die online-Dienste anbieten.

Numerus Clausus
Der Numerus Clausus (lat. geschlossene Zahl) bezeichnet die Zulassungsbeschränkung an Bildungseinrichtungen. Jährlich wird nur eine bestimmte Anzahl Personen zur Ausbildung zugelassen. Dies ist insbesondere im Bereich der Medizin der Fall.

Nurse Practitioner
Vgl. Advanced Nurse Practitioner

Patientenschulung
Unter Patientenschulung werden Schulungen von Patientinnen und Patienten verstanden, die sowohl krankheitsspezifisch, als auch allgemein gesundheitsfördernd auf die Stärkung von Selbstmanagement und Krankheitsbewältigung zielen. Auch Angehörige können einbezogen werden.

Praxisassistenz
Im Rahmen der Ausbildung können Assistenzärztinnen und -ärzte eine halbjährige Weiterbildung in einer Hausarztpraxis absolvieren. Nicht zu verwechseln mit der medizinischen Praxisassistenz (MPA).

Skill Mix
Skill-Mix beschreibt die Arbeits- und Kompetenzverteilung zwischen verschiedenen Berufsgruppen. Die Beantwortung der Frage, wer mit welchen Kompetenzen welche Aufgaben wahrnimmt, soll zu einer möglichst effizienten und adäquaten Versorgung führen.

sozialer Gradient
Unter einem sozialen Gradient wird im Gesundheitsbereich die Wahrscheinlichkeit verstanden, je nach sozioökonomischem Status unterschiedlich stark von Krankheit belastet zu sein. Je höher der sozioökonomische Status ist, desto wahrscheinlicher ist es, weniger Risikoverhalten zu zeigen, weniger Belastungen ausgesetzt zu sein und damit gesünder zu sein.

Tarmed[250]
Tarmed ist der Tarif zur Vergütung der ambulanten medizinischen Leistungen. Der Wert einer Leistung wird in Punkten ausgedrückt. Dieser Wert ist für die einzelnen Leistungen schweizweit gleich. Der Wert dieser Leistungen in Rappen wird durch den Taxpunktwert bestimmt. Dieser ist abhängig vom angewandten Versicherungstarif, der kantonal unterschiedlich sein kann. Der Taxpunktwert liegt zwischen 82 und 97 Rappen pro Punkt. Diese Unterschiede sind historisch entstanden.

[250] http://medizin-management.ch/glossar/

Literaturverzeichnis

Amt für Wirtschaft (2011): Ständige Wohnbevölkerung, 2000-2010. In: http://www.sz.ch/xml_1/internet/de/application/d2/d25265/d1556/p2298.cfm (23.04.2013)

Amt für Wirtschaft (2013): Ständige Wohnbevölkerung, 2010-2012. In: http://www.sz.ch/xml_1/internet/de/application/d2/d25265/d1556/p2298.cfm (23.04.2013)

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dgtv-Verlag, Tübingen

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung [BMVBS] (oJ): Modellprojekt Schwester AGnES. Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte Systemische Intervention. In: http://www.zukunft-ostdeutschland.de/index.php?option=com_content&view=article&id=114:modellprojekt-schwester-agnes-arztentlastende-gemeindenahe-e-health-gestuetzte-systemische-intervention&catid=36:berlin&Itemid=63 (09.08.2013)

BAG (2009): Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen.

BAG (2013): Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Gesundheit 2020, In: http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLdIF4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- (08.04.2014)

Battegay, Edouard (2013): Multimorbidität und chronische Krankheiten prägen zusehends den ärztlichen Alltag, In: Schweizerische Ärztezeitung, 2013; 94: 12.

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie [BBT] (2012): Masterplan Bildung Pflegeberufe. In: http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=944 (16.04.2013)

Benz, Daniel und Homann Birthe (2011): Angehörige am Anschlag. In: http://www.beobachter.ch/dossiers/altenpflege/artikel/altenpflege_angehoerige-am-anschlag/ (05.08.2013)

Benz, Daniel et al (2012): Hilfe für Helfer. In: http://www.beobachter.ch/familie/sozialfragen/artikel/verwandtenpflege_hilfe-fuer-helfer/ (24.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (1998): Ärztedichte nach Kanton. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/tools/search.html (24.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (2011): Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2010-2035 - Anzahl nach Altersklassen und Kantonen gemäss dem mittleren Szenario AR-00-2010. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/03/blank/key_kant/01.html (20.09.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (2010): Häufigste Todesursachen nach Altersklassen 2010. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html (23.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (2007b): Beschäftigte im Gesundheitswesen. Fakten und Trends auf der Basis der Betriebszählungen von 1995 bis 2005. Neuchâtel.

Bundesamt für Statistik [BfS] (oJ a): Struktur der ständigen Wohnbevölkerung nach Kantonen. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand.html (23.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (oJ b): Bevölkerung nach Alter. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html (23.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (oJ c): Atlas über das Leben nach 50. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/atlas_de_la_vie_apres_50_ans/le_

viellissement_en_suisse/structures_par_age.html (23.04.2013)

Bundesamt für Statistik [BfS] (oJ d): Ärzte und Zahnärzte 2011. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/03/key/01.html (24.04.2013)

Careum (oJ): Careum Forum 2011. In: http://www.careum.ch/careum-forum-2011 (20.03.2013)

Camenzind, Silvia (2014): Kinderärzte sind unter Druck, In: Bote der Urschweiz am 26. März 2014

Departement des Innern [DI] (2006): Altersleitbild

Dür, Wolfgang (2008): Gesundheitsförderung in der Schule. Empowerment als systemtheoretisches Konzept und seine empirische Umsetzung, Huber Verlag, Bern

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI] (2012): Faktenblatt Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung. In: http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/13262/index.html?lang=de (15.04.2013)

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI] (2011): Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin.

Eisenring, Claudia und Hess, Kurt (2004): Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Arztpraxis. Arbeitsdokument 8, Obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

Erfahrungsmedizinisches Register [EMR] (2013): Methodenliste des EMR. In: http://www.emr.ch/dl/dokumente/emr_methoden.pdf (24.04.2013)

Felder, Stefan (2012): Gesundheitsausgaben und demographischer Wandel, Springer Verlag (elektronischer Sonderdruck für den Autoren). In: http://wwz.unibas.ch/fileadmin/wwz/redaktion/health/Felder%20Gesundheitsausgaben%20und%20demografischer%20Wandel.PDF (20.03.2013)

Fmc (oJ): Ärztenetze Schweiz 2012. In: http://www.fmc.ch/infothek-medien/aerztenetzeschweiz/ (24.04.2013)

FMH (oJ): Anzahl Studienabschlüsse in Humanmedizin. In: http://www.fmh.ch/files/pdf9/Anzahl_Abschluesse_in_Humanmedizin_1990_-_2011_.pdf (15.04.3013)

Frei, Martina (2013): Tun sie sich das nicht an! In: http://www.sonntagszeitung.ch/wissen/artikel-detailseite/?newsid=245094&type=2 (11.03.13)

Gafafer, Tobias (2012): Wenn zuviel behandelt wird. In: http://www.tagblatt.ch/aktuell/schweiz/tb-in/Wenn-zu-viel-behandelt-wird;art120101,3245061 (11.03.13)

GDK (2013): Monitoring Entwicklung fakturierende Ärztinnen und Ärzte ab Juli 2011

GDK (2012): Medienmitteilung. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. In: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/MM_Neue_Versmod_def_20120402_d.pdf (11.09.2013)

GDK und BAG (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. In: http://www.gdk-

cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/MMtlg/BT_Versmod_pub_20120402_d.pdf (11.09.2013)

GDK (2011): Synthesepapier: Ärztliche Grundversorgung in Randgebieten. In: http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847 (23.04.2013)

Initiative ‚Ja zur Hausarztmedizin' (oJ): Was will die Volksinitiative konkret? In: http://www.jzh.ch/de/initiative/unsere-forderungen/ (22.05.2013)

Hasselhorn H.M. et al (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. In: www.next.uni-wuppertal.de (25.11.2013)

Helsana (2008): Zulassungsstopp: Helsana zeigt Weg aus der Sackgasse. In: http://www.helsana.ch/de/ueber_uns/medien/medienmitteilungen/archiv/c._1207_./blog258..a._dt_.la._are_.fd(2008)sp._-1,7_.e._210_./ (10.06.2013)

Herzog, Jeanette (2013): Zeitvorsorge braucht mehr Zeit. In: http://www.tagblatt.ch/ostschweiz/stgallen/stadtstgallen/tb-st/Zeitvorsorge-braucht-mehr-Zeit;art186,3468914 (11.09.2013)

Hirschberg, Annette (2013): Jugendliche missbrauchen Ambulanz als Taxi. In: http://www.20min.ch/schweiz/news/story/17295809 (20.02.2013)

Huber, Felix (2012): Empowerment für MPAs: Bedeutung für den Hausarzt. In: Primary Care, 2012;12: Nr. 23.

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie, Juventa Verlag, Weinheim und München

Interpharma (2013): Gesundheitswesen Schweiz

Jaccard Ruedin, Helene (2007): Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Arbeitsdossier 22, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Jochum Müller (2011): ZEITVORSORGE – Solidarität zwischen dem dritten und vierten Lebensalter. Kurzfassung der Machbarkeitsstudie für ein Zeitvorsorgesystem in der Stadt St. Gallen

Kiss (2013): Konzeptentwurf 4. Säule mit Zeitgutschriften In: http://www.ruediwinkler.ch/fileadmin/twwc/redakteur/pdf/13-06-12_Konzeptentwurf_Model_Zeitgutschriften.pdf (01.04.2014)

Kocher Gerhard (2010): Kompetenz- und Aufgabenteilung, In: Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hg): Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht, Huber Verlag, Bern

Kraft, Esther und Hostettler, Stefanie (2013): 31858 Ärztinnen und Ärzte garantieren die ärztliche Versorgung. In: Schweizerische Ärztezeitung 2013;94: 12.

Kraft, Esther und Hersperger Martina (2009): Daten und Demographie – informativ und spannend (1). In: Schweizerische Ärztezeitung 2009;90: 39, S. 1493-1494

Künzi, Kilian / Detzel, Patrick (2007): Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Arbeitsdokument 27, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Künzi, Kilian und Oesch, Thomas (2008): Zeitgutschriften für die Begleitung, Betreuung und/oder Pflege älterer Menschen. In: http://www.bsv.admin.ch/themen/gesellschaft/00074/02391/index.html?lang=de (05.08.2013)

Lawyer, Peter C und Azerad, Robert (1997): The Impatient health care consumer, The Boston Consulting Group.

Leitner, Monika (2013): Betriebliche Gesundheitsförderung – eine lohnende Investition, In: FREQUENZ, Juli 2013

Marty, Simona (2012): Notrufe schon bei Schnitt im Finger. In: http://www.20min.ch/schweiz/news/story/-Notrufe-schon-bei-Schnitt-in-Finger--10713061 (20.02.2013)

Merkel, Andrea (2013): Die Apotheke als Gesundheitszentrum im 21. Jahrhundert? In: Pharma Journal 5 | 2.2013

Obsan (2013): Ausbildungen in der Humanmedizin und in Pflege- und Betreuungsberufen, Bulletin 2/2013, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

Obsan (2009a): Gesundheit im Kanton Schwyz. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

Obsan (2009b): Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

Obsan (2008): Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008. Kurzfassung, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuenburg

OECD/WHO (2011): OECD Reviews of Health Systems: Switzerland, OECD Publishing

Oggier, Willy (2010): Kosten und Finanzierung, In: Kocher, Gerhard und Oggier, Willy (Hg): Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht, Huber Verlag, Bern

Ott, Regula und Biller-Adorno, Nikola (2013): Die Bedeutung des Neuroenhancements in der ärztlichen Praxis. Schweizerische Ärztezeitung 2013; 94: 13/14, S. 504-506

PrimaryCare (2013): Eine eindringliche Mahnung an unsere Mitglieder! PrimaryCare 2013; Nr. 10, S. 176

Regierungsrat des Kantons Schwyz (2013): Rechenschaftsbericht und Staatsrechnung 2012. Bericht und Vorlage an den Kantonsrat, Schwyz April 2013

Regierungsrat des Kantons Schwyz (noch nicht veröffentlicht): Rechenschaftsbericht und Staatsrechnung 2013. Bericht und Vorlage an den Kantonsrat

Rusch, Carmen (2011a): Versorgungsbericht, Psychiatriekonkordat, DI Kanton Schwyz

Rusch, Carmen (2011b): Gesamtkonzept Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Schwyz (Teil I) 2010 – 2020, DI Kanton Schwyz

Sager, Fritz et al (2010): Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone, Dossier 10, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

SAMW (2013): Bulletin 2/13

SAMW (2012): Nachhaltige Medizin. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html (23.04.2013)

SAMW (2009): Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität. In: http://www.samw.ch/de/Publikationen/Empfehlungen.html (23.04.2013)

SASIS (oJ): Rechnungsstellerstatistik/ Versichertenstatistik. In: www.sasis.ch (25.11.2013)

Santésuisse (2013): Brennpunkt 2/2013

Santésuisse (2008): Zwei verschiedene Grundversicherungen statt Zulassungsstopp. In: http://www.sprechzimmer.ch/sprechzimmer/Fokus/Krankenversicherung/Santesuisse_Zwei_verschiedene_Grundversicherungen_statt_Zulassungsstopp.php (23-042013)

Schleiniger, Reto und Blöchlinger, Jonas (2012): Entwicklung der Mengen und Preise in den Kantonen 2004 – 2010, In:

http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/management/fwp/forschung/pdf/Schleiniger-OKP-Leistungen-2013.pdf (23.04.2014)

Seematter-Bagnoud, Laurence et al (2008): Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse, Arbeitsdossier 33, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Selby et al (2014): «Smarter Medicine»: 5 Interventionen, die in der ambulanten allgemeinen inneren Medizin vermieden werden sollten, In: SAEZ 2014; 95; 20, S 769f

Siegrist, Johannes (2005): Medizinische Soziologie, Elsevier, München

Sottas, Beat / Brügger, Sarah (2012): Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel und Grenzverschiebungen in der Grundversorgung, Careum, Zürich.

SPD (2012): Jahresbericht 2011. In: http://www.spd.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=180 (13.03.2013)

Spitex (Hg.) (2010): Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? In: http://www.pflegesearch.ch/files/uploads/SwissAgeCare_2010.pdf (24.04.2013)

Spycher, Stefan (2004): Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Arbeitsdokument 5, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Steurer-Stey, Claudia (oJ): Evidenz und Kosteneffizienz des Chronic Care Models. In: http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/ChronicCare/ChronicCareModel/review_CCM_effekt_cost02februar2010.pdf (09.08.2013)

Studer, Karl und Schnyder, Alphons (2011): Strukturbericht zur Psychiatrieversorgung in den Kantonen UR/SZ/ZG

Strassheim, Isabel und Schmid Stefan (2012): Experte: „Wir geben mehr für Medikamente aus, weil wir reicher werden“. In: http://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/experte-wir-geben-mehr-fuer-medikamente-aus-weil-wir-reicher-werden-124414270 (20.03.2013)

Stricker, Bernhard (2005): Was genau ist ein ‚Ärztenetzwerk‘? In: PrimaryCare 2005; 5: Nr. 23

TA-Swiss (oJ): Studie ‘Telemedizin 2003-2004’. In: http://www.ta-swiss.ch/?uid=60 (10.06.2013)

Toman, Erika et al (2014): Empfehlungen zur Prävention von Essstörungen und Adipositas, ExpertenNetzwerk Essstörungen Schweiz

Van Holten, Karin et al (2013): Care-Migration. Transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt, Bericht 57, schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel

Von Dach, Christoph (2013): Raum für das Unfassbare, In: http://www.spitalseelsorge.ch/media/archive1/praxishilfen/seelsorge/spiritualitaet/Krankenpflege_S13_15-12_2013.pdf (16.06.2014)

WHO (1986): Ottawa Charta, In: http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (08.04.2014)

WHO (2010): The WHO Global CODE of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index.html (23.04.2013)

Wieser, Simon et al (2010): Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz

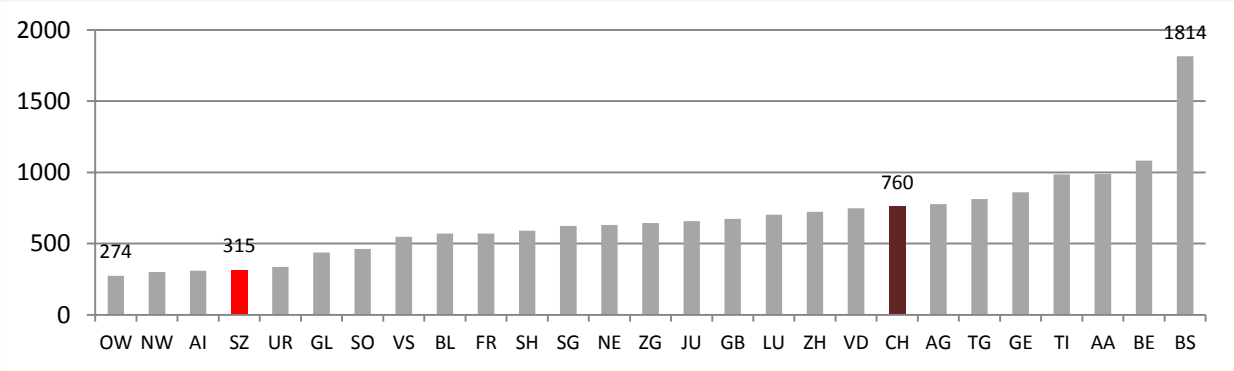
Zanoni, Urs et al (2009): mediX Futuro: für eine zukunftsfähige Hausarztmedizin, In: SAEZ 2009; 90: 37, S. 1414-1416

Zulauf, Fränzi (2013): Aktiver Ruhestand für Hausärzte, In: Schweiz am Sonntag, Aargau, 24. März 2013, S.57

Anhang A

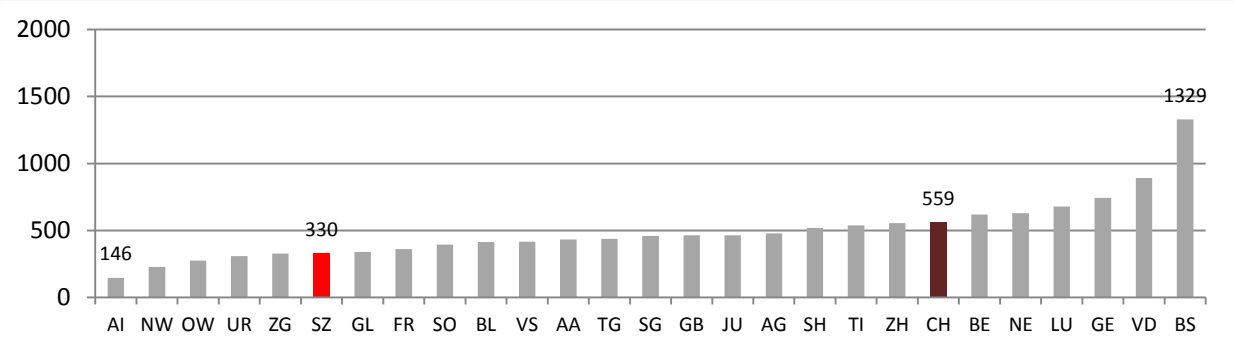
Im Folgenden werden die Rechnungsstellerstatistik (RSS) und die Versichertenstatistik (VSS) der SASIS nach Kantonen vergleichend dargestellt. Die hellroten Balken bezeichnen den Kanton Schwyz, die dunkelroten Balken den schweizerischen Durchschnitt. Es sind jeweils die pro Kopf Ausgaben aus dem Jahr 2011 angegeben.

Abbildung 87: RSS Spital stationär



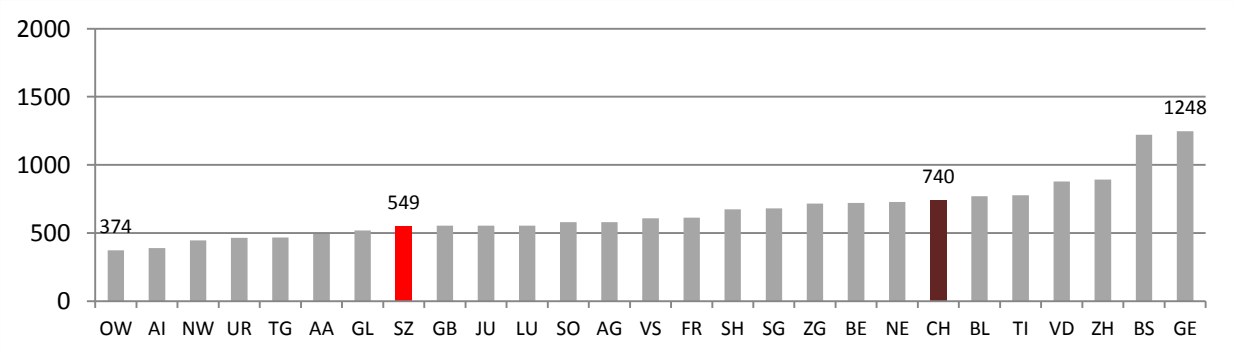
Quelle: SASIS

Abbildung 88: RSS Spital ambulant



Quelle: SASIS

Abbildung 89: RSS Ärzte Behandlung

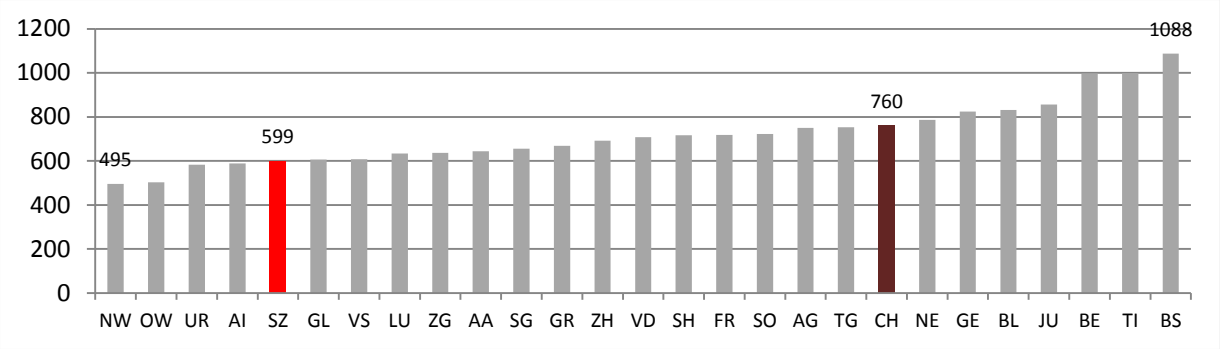


Quelle: SASIS

Es zeigt sich, dass die Schwyzer Bevölkerung im schweizweiten Vergleich wenige Leistungen in Anspruch nimmt. Dies ist bei Spitalleistungen ausgeprägter als bei ärztlichen Behandlungen, wo sich die Inanspruchnahme im mittleren Bereich befindet. Die VSS weist jedoch höhe-

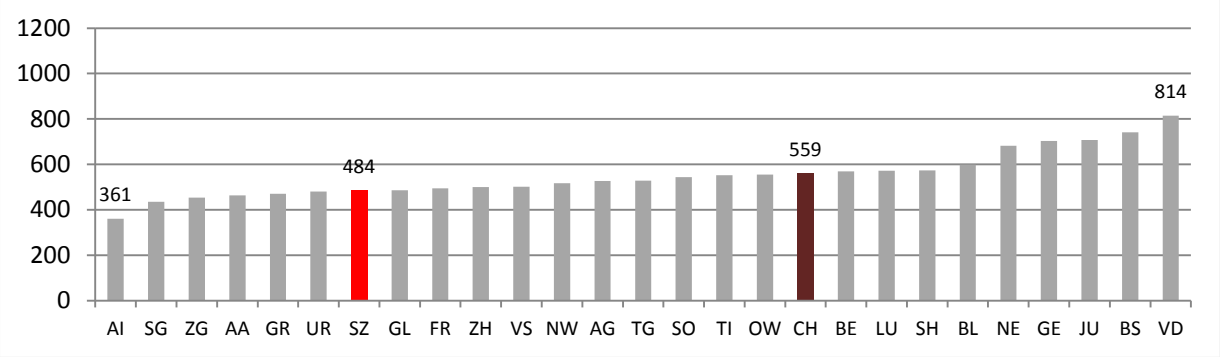
re Ausgaben aus, was darauf hindeutet, dass die Schwyzer Bevölkerung mehr Leistungen ausserkantonal nachfragt als innerhalb des Kantons erbracht werden.

Abbildung 90: VSS Spital stationär



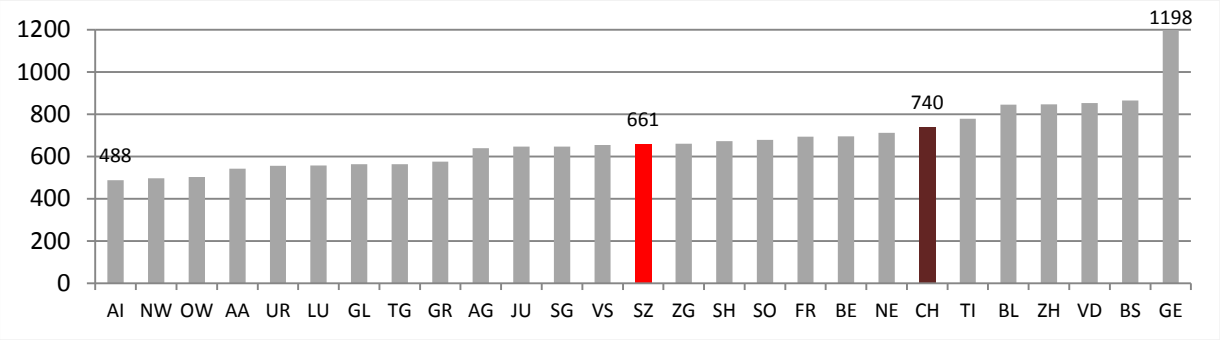
Quelle: SASIS

Abbildung 91: VSS Spital ambulant



Quelle: SASIS

Abbildung 92: VSS Ärzte Behandlung

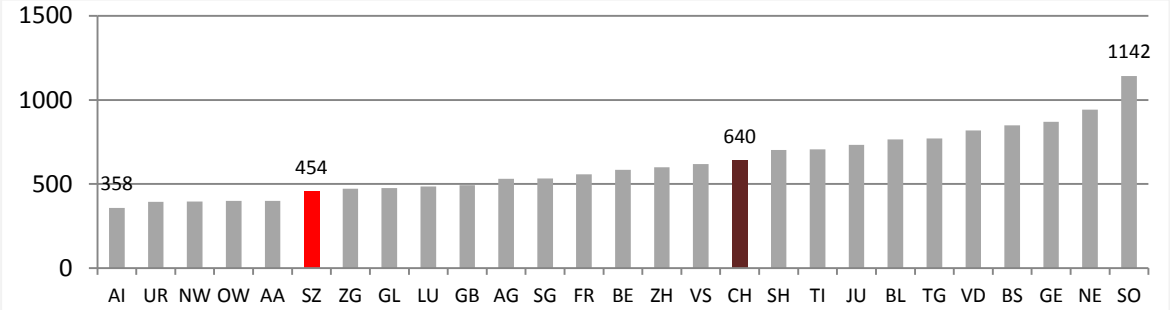


Quelle: SASIS

Medikamente

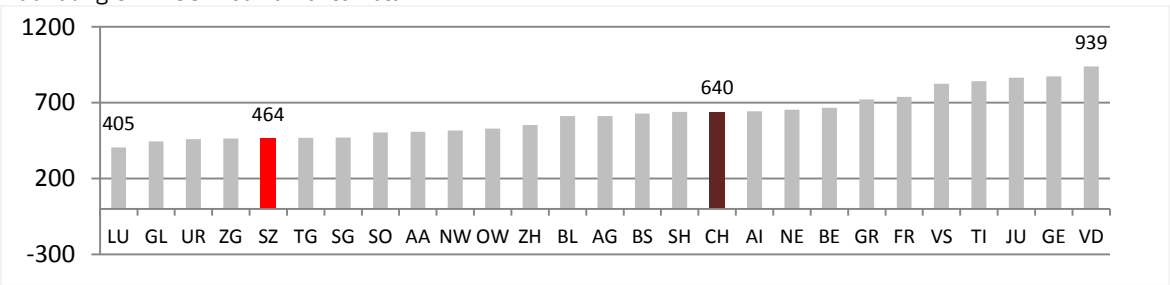
Im Kanton Schwyz verfügen die Ärzte über ein Selbstdispensationsrecht. Das heisst, sie können ihren Patienten direkt Medikamente verkaufen. In Kantonen mit Selbstdispensation wird durch die Ärzteschaft entsprechend mehr an Medikamenten verkauft, als von Apotheken. Im Kanton Schwyz werden vergleichsweise wenig Medikamente (Total Ärzte und Apotheken) verkauft, als auch von der Schwyzer Bevölkerung bezogen.

Abbildung 93: RSS Medikamente Total



Quelle: SASIS

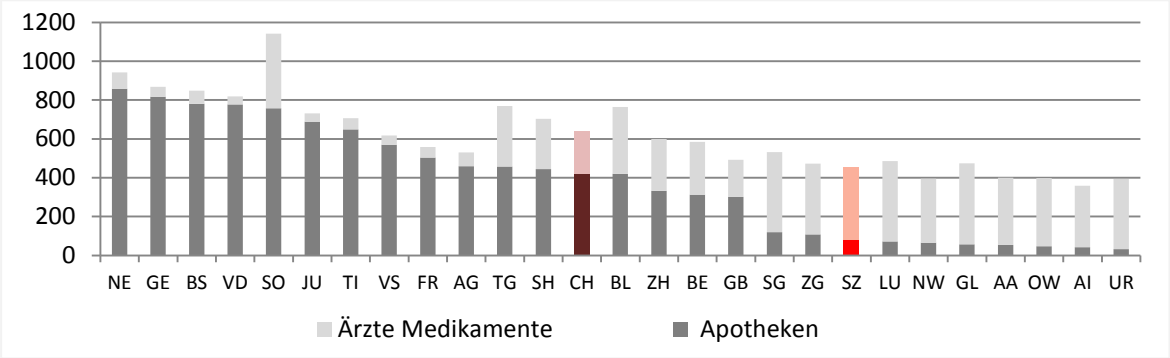
Abbildung 94: VSS Medikamente Total



Quelle: SASIS

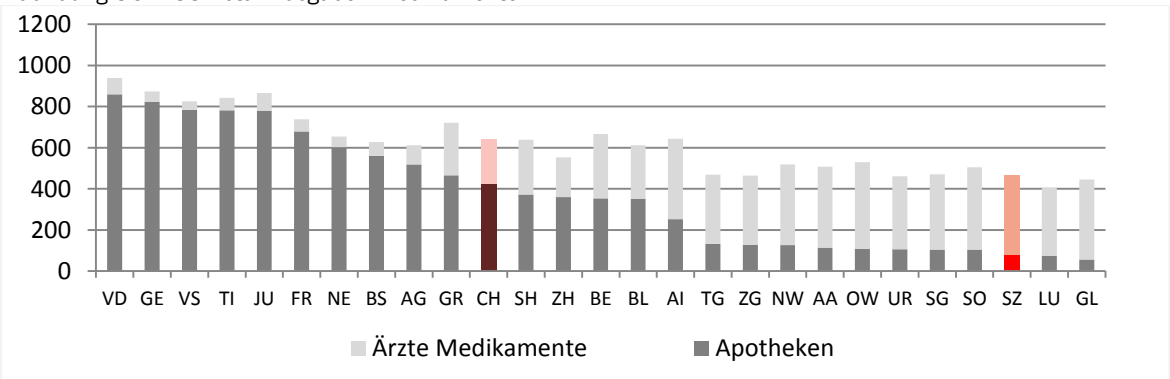
Das Argument, dass Selbstdispensation zu höheren Ausgaben führt, kann durch folgende Abbildungen entkräftet werden. Es zeigt sich, dass Kantone mit Selbstdispensation im Total eher weniger pro Kopf Ausgaben für Medikamente aufweisen.

Abbildung 95: RSS Total Ausgaben Medikamente



Quelle: SASIS

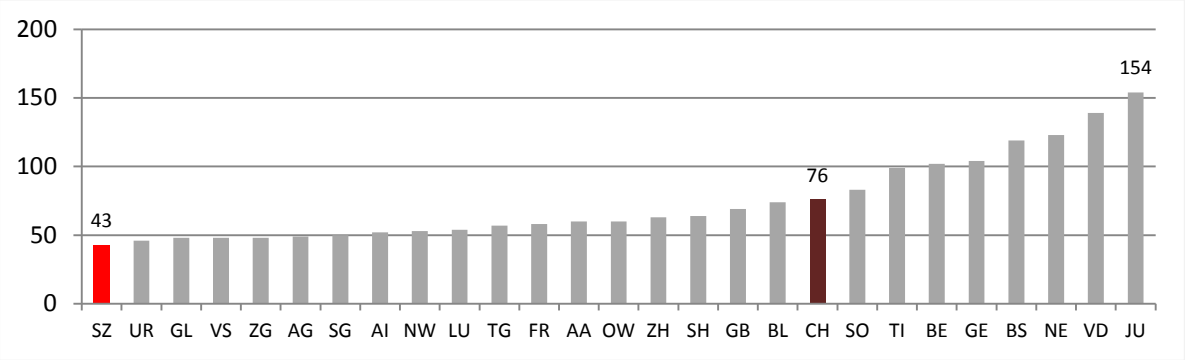
Abbildung 96: VSS Total Ausgaben Medikamente



Quelle: SASIS

Spitex und Pflegeheime
Der Kanton Schwyz erbringt am wenigsten Spitexleistungen und nimmt am zweitwenigsten Spitexleistungen in Anspruch.

Abbildung 97: RSS Spitex



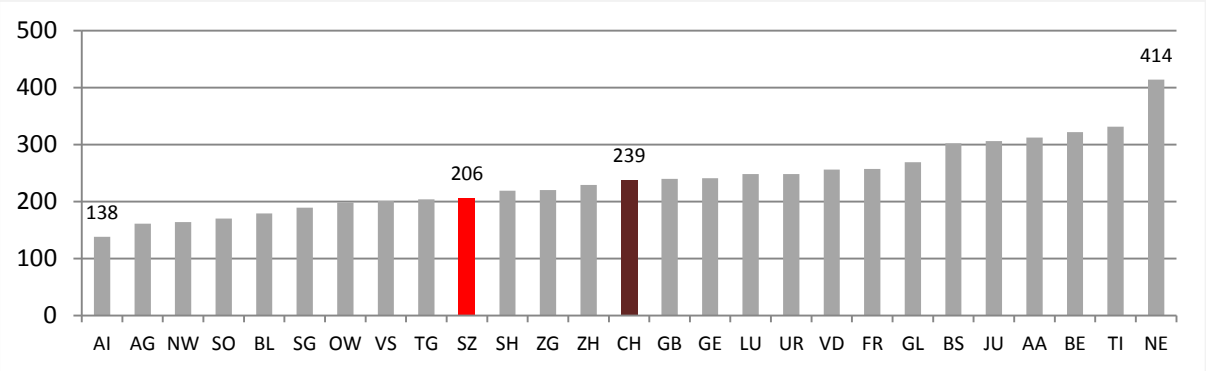
Quelle: SASIS

Abbildung 98: VSS Spitex

Quelle: SASIS

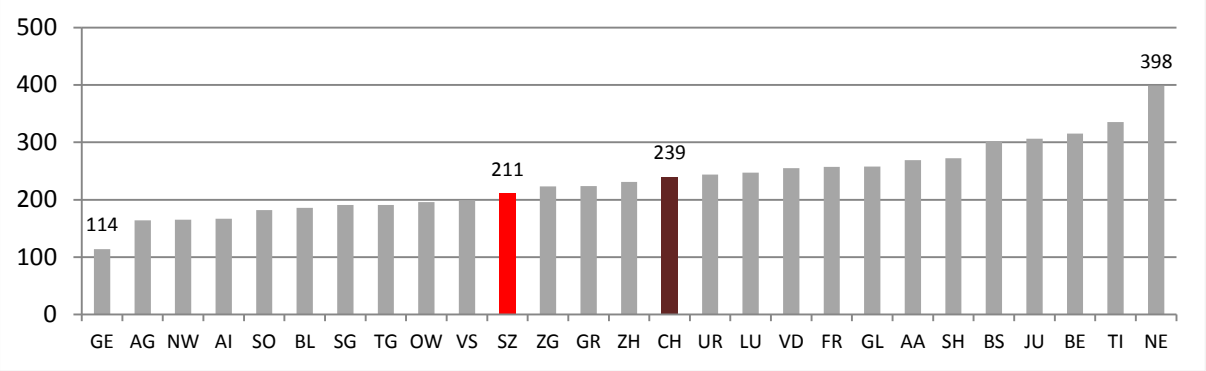
Im Bereich der Pflegeheime zeigt sich, dass sich sowohl das Angebot als auch die Inanspruchnahme unter dem Schweizer Durchschnitt befinden, dies jedoch nicht so ausgeprägt, wie es im Bereich Spitex der Fall ist. In beiden Bereichen sind die Ausgaben praktisch gleich hoch, was bedeutet, dass die Leistungen innerhalb des Kantons in Anspruch genommen werden.

Abbildung 99: RSS Pflegeheime



Quelle: SASIS

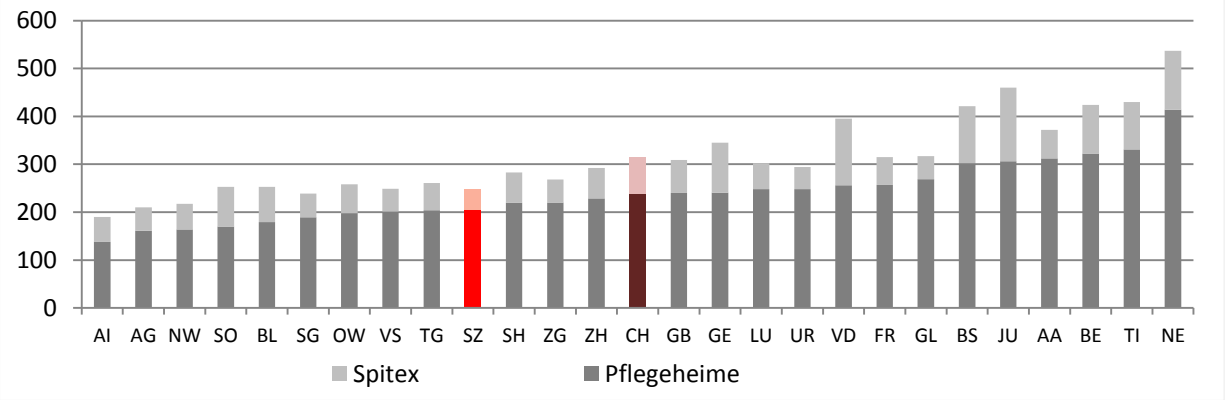
Abbildung 100: VSS Pflegeheime



Quelle: SASIS

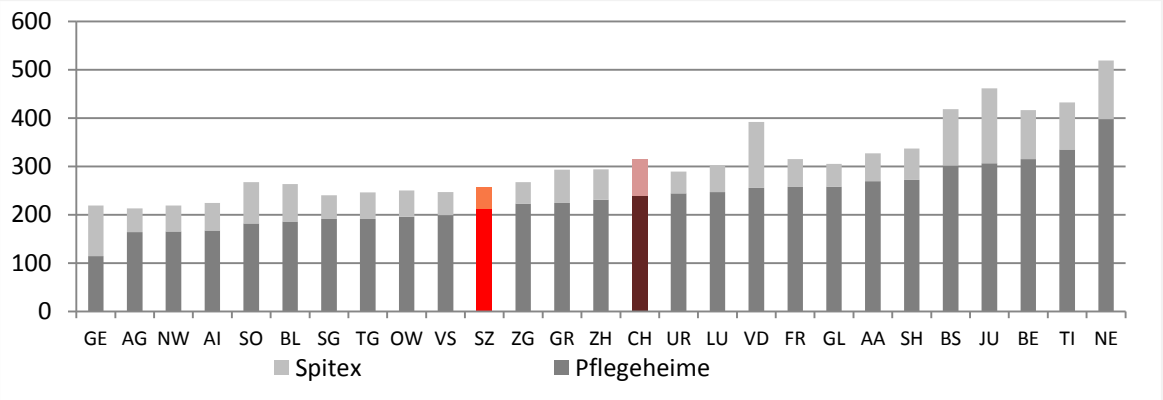
Die Komplementarität zwischen Spitex und Pflegeheimen ist nicht gleichermassen stark ausgeprägt, wie dies im Bereich der Medikamente der Fall war. Kantone, die wenige Ausgaben im Bereich Spitex haben, haben auch tendenziell weniger Ausgaben im Bereich Pflegeheime. Schweizweit wird deutlich mehr für Pflegeheime als für die Spitex ausgegeben.

Abbildung 101: RSS Spitex und Pflegeheime



Quelle: SASIS

Abbildung 102: VSS Spitex und Pflegeheime

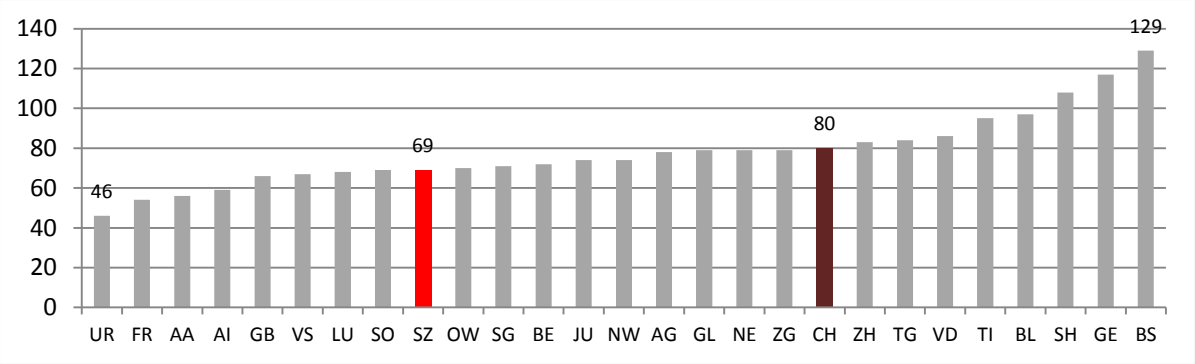


Quelle: SASIS

Physiotherapie

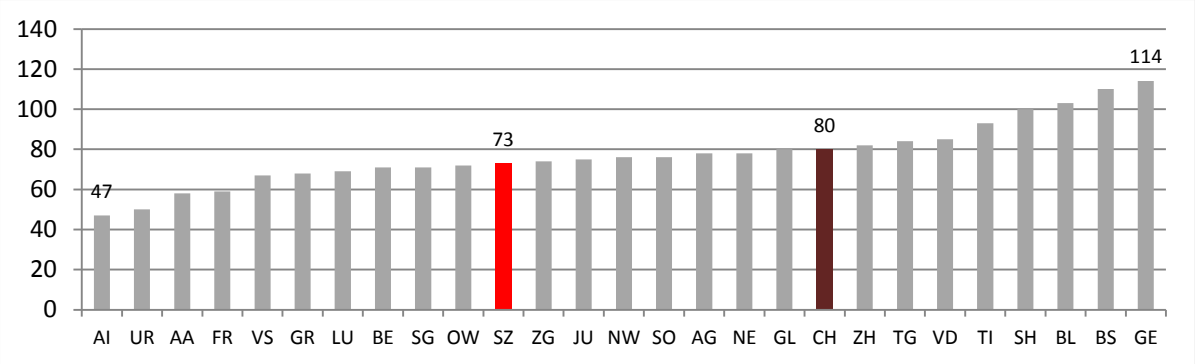
Auch im Bereich Physiotherapie liegen die pro Kopf Ausgaben unter dem Schweizer Durchschnitt.

Abbildung 103: RSS Physiotherapie



Quelle: SASIS

Abbildung 104: VSS Physiotherapie

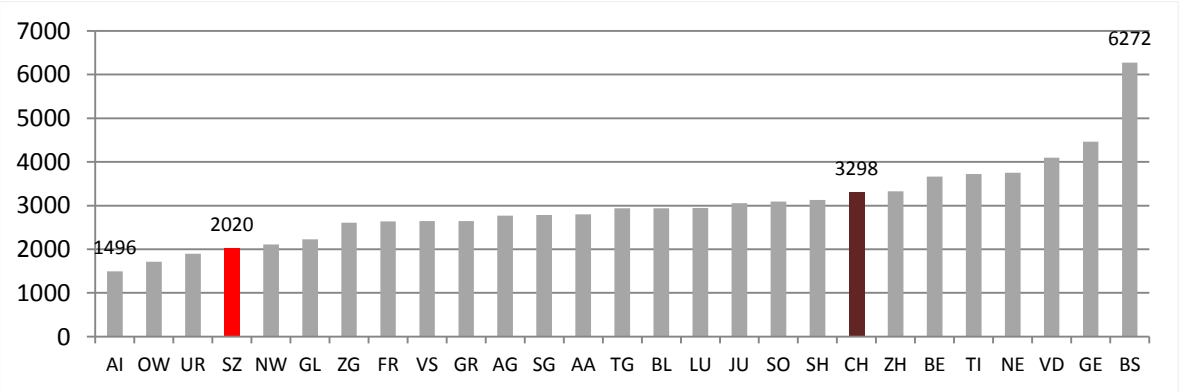


Quelle: SASIS

Total

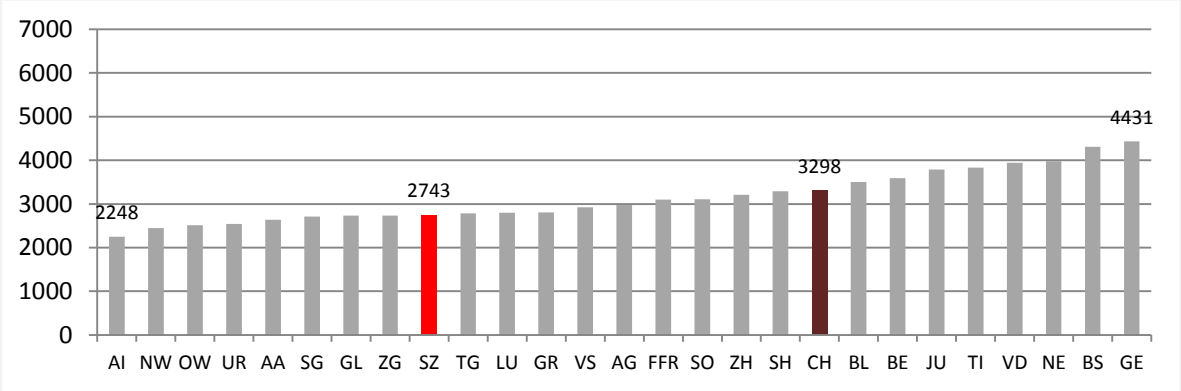
Für das Total der pro Kopf Ausgaben ergibt sich, dass innerhalb vom Kanton Schwyz, schweizweit, am viert wenigsten Leistungen erbracht werden. Auch bei der Inanspruchnahme liegt die Schwyzer Bevölkerung unter dem Schweizer Durchschnitt. Es werden über 500 CHF weniger pro Kopf ausgegeben.

Abbildung 105: RSS Total



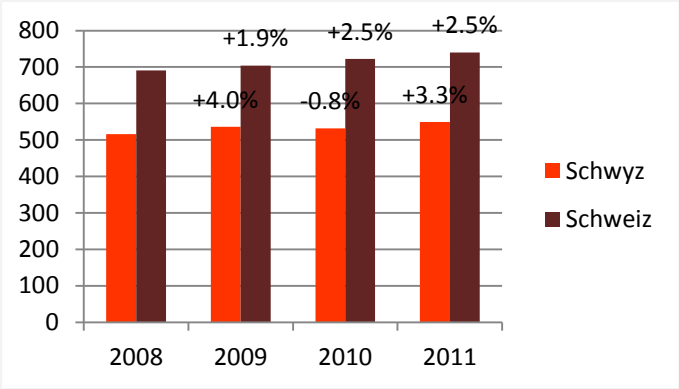
Quelle: SASIS

Abbildung 106: VSS Total



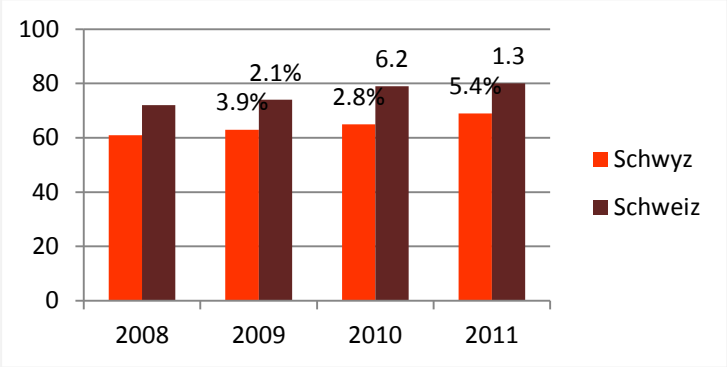
Quelle: SASIS

Abbildung 107: Pro Kopf Ausgaben Ärzte Behandlung, RSS



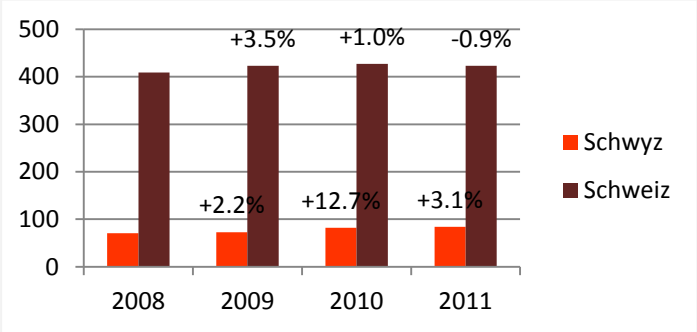
Quelle: SASIS, Stand 5.5. 2012, eigene Darstellung

Abbildung 108: OKP-pro Kopf-Kosten der Physiotherapeuten 2008 - 2011



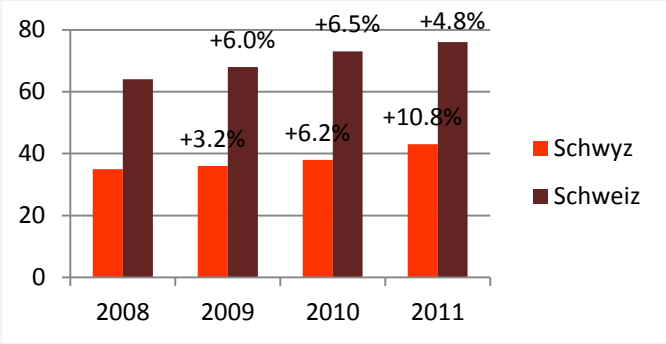
Quelle: SASIS, Stand 5.5. 2012, eigene Darstellung

Abbildung 109: OKP-pro-Kopf-Kosten der Apotheken 2008 - 2011, RSS



Quelle: SASIS, Stand 5.5. 2012, eigene Darstellung

Abbildung 110: Spitexleistungen pro Kopf 2008-2011, RSS



Quelle: SASIS, Stand 5.5. 2012, eigene Darstellung

Anhang B

In der folgenden Tabelle werden die Erkenntnisse aus den Handlungsfeldern in Verbindung mit den Fokusfeldern einer guten Versorgung gebracht. Zum Teil lassen sich die Erkenntnisse mehreren Fokusfeldern zuordnen.

Tabelle 22:Zusammenstellung der Erkenntnisse

	Demographische und soziale Entwicklungen	**Struktur- und Kostenentwicklung**	**Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen**
A Erreichbarkeit/ Zugang	• Stärkung pflegender Angehöriger • Untersuchung zu Kapazitäten von Freiwilligen	• Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung • Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause	• Etablierung flächendeckender Angebote von Patientenschulungen
B Adäquates Angebot	• neue Versorgungssysteme mit Einbezug diverser Fachpersonen (Netzwerke)	• politische Steuerung • Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause • neue Versorgungssysteme mit Einbezug diverser Fachpersonen (Netzwerke)	• Erarbeitung eines chronic care Konzepts • Etablierung flächendeckender Angebote von Patientenschulungen
C Eigenverantwortung	• Sensibilisierung aller Akteure • Verhaltensänderungen fördern	• Sensibilisierung aller Akteure • Budgetmitverantwortung	• Etablierung flächendeckender Angebote von Patientenschulungen • Angehörigenschulungen
D Funktionierendes Notfallsystem		• Attraktivitätssteigerung der Grundversorgung • Kostenbeteiligung an Elementen der NF-Versorgung	
E Information/ Kommunikation	• Sensibilisierung aller Akteure • Information der Bevölkerung über die verschiedenen Ansprechstrukturen	• Sensibilisierung aller Akteure	• Einführung einer übergreifenden Koordinationsstelle • Etablierung flächendeckender Angebote von Patientenschulungen
F Gesundheitsförderung/ Prävention		• Sicherstellung der Pflege und Betreuung zu Hause • Verstärkung gesundheitsförderlicher und präventiver Bestrebungen	• Verstärkung gesundheitsförderlicher und präventiver Bestrebungen
G Monitoring/ Evaluation	• Monitoring zur frühzeitigen Erfassung handlungsrelevanter Veränderungen	• Monitoring zur frühzeitigen Erfassung handlungsrelevanter Veränderungen • eHealth: elektronische Krankengeschichten und Patientendossiers flächendeckend einführen.	• Einführung einer übergreifenden Koordinationsstelle

Quelle: eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass in allen Fokusfeldern Handlungsbedarf besteht. Die schwarzen Punkte entsprechen den Erkenntnissen aus den Handlungsfeldern. Die blauen Punkte sind weitere Überlegungen.