

## Eine bessere Politik für eine bessere Gesundheit

### RÜCKBLICK AUF DIE WALLISER GESUNDHEITSPOLITIK DER LETZTEN FÜNF JAHRE

Jean-Claude Rey, 1995  
Institut suisse de la santé publique

- [Rueckblick auf die Walliser Gesundheitspolitik der letzten fünf Jahre](#)
- [Die Herausforderung der 90er Jahre](#)
- [Das Erbe der 80er Jahre](#)
- [Die 90er Jahre - Jahre der Veränderung](#)
  - [Vorrangstellung der Partnerschaft](#)
  - [Vorgehen in Etappen](#)
- [Reform des Behandlungs- und Pflegenetzes in Etappen](#)
  - [Psychiatrie und Psychogeriatric](#)
  - [Akutspitäler](#)
  - [Neue Finanzierung](#)
  - [Anstalten für Chronischkranke](#)
  - [Spitäler für Chronischkranke](#)
  - [Altersheime](#)
  - [Hilfe und Pflege zu Hause](#)
  - [Regionale Gesundheitsnetze](#)
  - [Die Ausbildung - ein entscheidendes Element](#)
  - [Gesundheitsförderung und Prävention](#)
  - [Qualitätsförderung](#)
  - [Interkantonale Zusammenarbeit](#)
- [Die Resultate](#)
- [Was noch zu tun bleibt](#)

### RUECKBLICK AUF DIE WALLISER GESUNDHEITSPOLITIK DER LETZTEN FUENF JAHRE

Wie in anderen Kantonen oder Ländern, konzentrierte sich die Walliser Gesundheitspolitik der 80er Jahre vor allem auf die Spitäler. Am Ende des Jahrzehnts findet eine wichtige Veränderung statt: Eine Reorientierung, die alle Betreuungsstrukturen - ein Pflegenetz von Hilfe und Pflege zu Hause, Altersheimen, Akut- und Langzeitspitälern - und alle Gesundheitsfachleute mittels eines Vernehmlassungs-Prozesses zu den Leitlinien der neuen Gesundheitspolitik erfasst. Alle Bereiche des Gesundheitswesens werden von diesen beachtlichen Ueberlegungs- und Reformanstrengungen profitieren: Ausbildung, Gesundheitsförderung und Prävention, Psychogeriatric, Geriatric sowie Hilfe und Pflege zu Hause, um nur einige zu nennen.

Ziel dieser Broschüre ist die Erläuterung der hauptsächlichsten Aspekte und eine kritische Auseinandersetzung mit den prägnantesten Punkten, den Resultaten und dem, was noch zu tun bleibt.

## **DIE HERAUSFORDERUNG DER 90ER JAHRE**

Die Gesundheitssysteme sind seit Beginn der 90er Jahre aussergewöhnlichen Zwängen unterworfen, die durch die in den entwickelten Gesellschaften stattgefundenen Umwälzungen hervorgerufen wurden. Diese Umwälzungen haben alle Aspekte tangiert: *wirtschaftliche* aufgrund der Rezession anfangs des Jahrzehnts; soziale mit dem Aufkommen neuer gesellschaftlicher Bedürfnisse und Forderungen (auch im Gesundheitswesen), welche die Verhaltensweisen und Erwartungen verändern; *philosophische* durch die neuerliche Zentrierung der Werte auf das Individuum, und *politische* durch den Fall der Berliner Mauer und die starken Tendenzen zur Liberalisierung und Dereglementierung. Diese Veränderungen haben zur Folge, dass die Rolle des Staates vermehrt in Frage gestellt wird.

Die Gesundheitspolitik musste in allen Ländern Antworten auf die neuen Gegebenheiten finden, und das in einer Situation, die teilweise wegen unvorhergesehener und beachtlicher Budgeteinschränkungen immer schwieriger wurde.

Für das Wallis war dies umso schwieriger, als Ende der 80er Jahre die Revision der Finanzierung der Krankenanstalten zur Entlastung der Krankenversicherungsprämien, dem Staat massiv erhöhte Ausgaben bescherte.

Das Ziel einer Gesundheitspolitik ist es, die Gesundheitsbedürfnisse einer Bevölkerung aufs Beste zu befriedigen, unter Berücksichtigung der finanziellen Mittel, welche diese Bevölkerung dafür aufzuwenden bereit ist. Sie hat auch über die Verminderung sozialer Ungleichheiten zu wachen, wie es die Revision des Gesetzes über die Finanzierung der Krankenanstalten 1989 aufzeigt.

Wenn sich die Bedürfnisse einer Bevölkerung entwickeln, muss sich gleichsam die Gesundheitspolitik entwickeln, und weil Veränderungen Zeit brauchen, muss die Gesundheitspolitik diese Entwicklungen voraussehen.

Infolgedessen hat sich die Walliser Gesundheitspolitik anfangs der 90er Jahre einer Entwicklung angepasst, die nach und nach ihr Hauptinteresse von der blossen Hospitalisierung zu anderen Formen der Betreuung wie z. B. Hilfe und Pflege zu Hause, temporäre Aufnahme, Altersheime und teilstationäre Behandlung verlagert hat. Dies erfolgte aufgrund einiger gut dokumentierter Faktoren, die allen entwickelten Ländern gemein sind: Ueberalterung der Bevölkerung, Suche nach individueller Autonomie, etc. - um nur einige zu nennen.

Ein anderer, nicht zu unterschätzender Motor der Veränderungen ist die Entwicklung der medizinischen Erkenntnisse, die die Betreuungsformen beeinflussen und folglich auch Veränderungen in der Gesundheitspolitik bewirkt haben. Der Bereich der Psycho-Geriatrie, in dem selbst die Zielsetzungen der Betreuung eine Umwandlung erfahren haben, ist hierfür ein gutes Beispiel: wie bei den Einrichtungen für Akut- und Chronischkrankenpflege ist das Hauptziel nunmehr die schnellstmögliche Rückkehr des Patienten nach Hause.

Diese zahlreichen Veränderungen zu bewältigen ist eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik, insbesondere in einer schwierigen, von Budgeteinschränkungen geprägten Periode. Der Walliser Gesundheitspolitik gebührt der Verdienst, diese Herausforderung bewältigt zu haben. Dies umso mehr, als die 80er Jahre derartige rasante Veränderungen nicht vorausahnen liessen. Ihr Erfolg beruht zum grossen Teil auf der im

Gesetz 1989 vorgesehenen und vom Volk akzeptierten Partnerschaft und der vorbildlichen Integration der Gesundheitsfachleute. Ihre Zusammenarbeit und ihre Unterstützung der verwirklichten Projekte gewährleistete sowohl die Angemessenheit der ergriffenen Massnahmen wie auch deren rasche Umsetzung.

## **DAS ERBE DER 80ER JAHRE**

Ende der 80er Jahre war die Walliser Gesundheitspolitik vergleichbar mit derjenigen anderer Kantone und Länder, sie war nämlich vornehmlich auf die Spitäler ausgerichtet. Die Gründe hierfür sind bekannt: Die Finanzierung der Defizite der Spitäler lenkte die Aufmerksamkeit des Kantons vor allem auf spitalspezifische Probleme. Aufgrund seiner Rolle gegenüber dem Grossen Rat trat der Staat im Laufe der Zeit mehr und mehr als Rechnungs- und Budgetrevisor auf. Er kontrollierte mit Genauigkeit die Investitionen der Spitäler, was ihn oft zu sehr schmerzlichen Entscheidungen zwischen den Ansprüchen mit neuen Technologien ausgerüstet zu werden und der Notwendigkeit von Einsparungen zwang. Letzteres wurde noch verstärkt durch ein steigendes Bewusstsein bezüglich Verschwendung. Zudem verlangten die Eigenheiten gewisser medizinischer Investitionen (kosten- und kompetenzintensiv) eine grössere Aufmerksamkeit für die Spitalplanung. Als Folge davon musste sich die Gesundheitspolitik mehr und mehr mit der Planung der Ausrüstung und der Festlegung der Leistungsaufträge der verschiedenen Institutionen befassen. Mit anderen Worten galt es, nach und nach deren Hierarchien zu bekräftigen, was ein höchst unangenehmer Prozess für ehrgeizige Anstalten ist. Wie in anderen Kantonen war die Zahl der Akutpflegebetten zu gross und alle Versuche, sie zu reduzieren, schlugen aufgrund ungenügender Zwänge fehl.

Grosse Investitionen im Bereich der Langzeitpflege-Einrichtungen ermöglichten dem Kanton, genügend Betten bereitzustellen.

Wie in anderen Kantonen begann man sich mit der Hilfe und Pflege zu Hause zu befassen und es wurden sozialmedizinische Zentren aufgebaut, um diese Form der alternativen Betreuung zu entwickeln.

Die Ueberkapazität an Akutbetten, die sehr unvollständigen medizinischen Statistiken (welche die Durchführung einer eigentlichen Gesundheitspolitik behinderten), und ein hauptsächlich spital-zentriertes Denken waren also die hauptsächlichsten Schwachstellen Ende der 80er Jahre. Der Kanton führte demnach vor allem eine Spitalpolitik anstelle einer Gesundheitspolitik durch.

*Die Gesundheitspolitik beinhaltet eine Vision des gesamten Gesundheitsbereiches. Sie befasst sich mit der Qualität und der Kohärenz der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung - sei diese nun ambulanter Natur, halb-stationär oder stationär, präventiv oder kurativ - und sie befasst sich insbesondere mit der Koordination zwischen den verschiedenen Beteiligten, um eine optimale Platzierung der Patienten im Betreuungsnetz sicherzustellen. Das koordinierte Behandlungs- und Pflegenetz als Integrationsmethode für die diversen Dienstleistungen der Leistungserbringer verbreitet sich immer mehr. Der Uebergang ins folgende Jahrzehnt wird tiefgreifende Veränderungen in der Durchführung der kantonalen Gesundheitspolitik mit sich bringen. Der Zweck dieses Dokumentes ist es, die Leitlinien und die hauptsächlichsten Auswirkungen der oberwähnten Vorstellungen aufzuzeigen.*

## DIE 90ER JAHRE - JAHRE DER VERAENDERUNG

Die Annahme des Gesetzes über die Finanzierung der Spitäler durch die Volksabstimmung von 1989 wird den Ausschlag zu einer Reihe von ehrgeizigen Reformen geben. Es beinhaltet die hauptsächlichsten Elemente der Reformen, die das ganze Gesundheitssystem beeinflussen werden. Es revidiert auch das Gesetz über das öffentliche Gesundheitswesen von 1961. Der Umstand, dass dieses Gesetz in allen Bereichen sowohl bei der Vernehmlassung als auch beim Uebergang zur Volksabstimmung eingehend diskutiert wurde, leistete Gewähr für eine breite Abstützung seiner Hauptelemente in der Bevölkerung und stellte dem Gesundheitsdepartement eine solide Basis zur Durchführung der umfangreichen Reformen zur Verfügung.

### Vorrangstellung der Partnerschaft

Die Art und Weise, Gesundheitspolitik zu führen, erfährt als erste eine Aenderung. Sie wird nunmehr auf der Basis einer starken, nicht mehr gelegentlichen, sondern ständigen Partnerschaft gesteuert. Mit der Einsetzung von zwei ständigen Kommissionen - einer Planungskommission und einer Kommission für die laufende Geschäftsführung - setzt die neue Gesetzgebung die Priorität auf die Konzertation unter allen Beteiligten: Gemeinden, Krankenkassen, Aerzten, Spitalern.

Die **Planungskommission** befasst sich mit mittelfristigen Fragestellungen: wie kann die Bettenüberkapazität reduziert werden; wie kann die Integration der diversen Beteiligten im Gesundheitswesen gefördert werden; wie soll die Ergänzung zwischen Spitalern, Heimen und Sozialmedizinischen Zentren entwickelt werden; wie sollen die Aufgabenbereiche der verschiedenen Partner verteilt werden; etc.

Die **Konventionskommission** konzentriert sich auf laufende, durch die Hospitalisierung aufgeworfene Fragen: ihre Nutzung, die Entwicklung der Hospitalisations - Indikatoren, die Finanzierungsarten, die Aufgabenverteilung.

*In diesen Kommissionen werden alle neuen Projekte initiiert und diskutiert; sind diese durch das Gesundheitsdepartement oder externe Experten einmal gut dokumentiert, gelangen sie von neuem in die Vernehmlassung und werden besprochen, bevor sie dem Staatsrat vorgelegt werden. Folglich bestimmen fortan die Sitzungen dieser beiden Kommissionen den Rhythmus der Gesundheitspolitik und bieten Gelegenheit zu breiten Diskussionen über die wichtigsten Themen: durch verschiedene Berichte werden qualitativ hochstehende und vielseitige Informationen geliefert, auf die sich alle Kommissionsmitglieder berufen können, wenn sie die behandelten Themen in ihren jeweiligen Kreisen zur Sprache bringen.*

Durch ihre enge Zusammenarbeit erlauben diese beiden Kommissionen eine gemeinsame, kontinuierliche Reflexion aller direkt oder indirekt an der Problematik des Gesundheitswesens Interessierten. Der Regierung leisten sie dafür Gewähr, dass die eingeleiteten Projekte auf Interesse bei ihren Partnern stossen und dass die erwägten und entwickelten Lösungen mit den betroffenen Fachleuten eingehend diskutiert wurden. Dieser Prozess der Partnerschaft erlaubt, wenn auch ein langsames, so doch ein sicheres Vorwärtkommen.

Dass die Partner aufs engste mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, stärkt den kantonalen Zusammenhalt. Dies wird vor allem mittels der Information und der gemeinsamen Reflexion erreicht.

Diese beiden Kommissionen stellen nicht die einzige Möglichkeit der Partnerschaft dar: andere Kommissionen wurden eingesetzt, deren Arbeiten, indem sie wichtige Impulse zu ihren Überlegungen gaben, Gegenstand von eingehenden Diskussionen innerhalb der kantonalen Planungskommission waren.

### **Vorgehen in Etappen**

Auf den neuen, durch das Gesetz gegebenen Grundlagen geht die Gesundheitspolitik in Etappen vor. Im Rahmen einer breiten Partnerschaft werden nach und nach alle Bereiche angesprochen und einer kritischen Analyse unterzogen, die auf einer ausgiebigen durch aussagekräftige Statistiken untermauerten Dokumentation gründet. So wird z. B. der Psychiatriebereich ein neues kantonales Konzept erhalten. Ebenfalls betroffen sind die Spitalplanung, die Finanzierung der Institutionen, der wichtige Bereich der Berufe und der Ausbildung im Gesundheitswesen, die gleichfalls neue Konzepte erhalten, und schliesslich der Präventionsbereich, die Hilfe und Pflege zu Hause und die Altersheime.

Bevor näher auf die verschiedenen Phasen eingegangen wird, gilt es zu erwähnen, dass sie sich in dieses Reformkonzept des gesamten Gesundheitssystems nahtlos einfügen und dass der eingeschlagene Weg (pro Bereich jeweils ein Konzept, das sich auf vorgängige Leistungen und eine ev. Neuorientierung stützt) zu einer echten Koordination des gesamten Betreuungsnetzes führt.

### **REFORM DES BEHANDLUNGS- UND PFLEGENETZES IN ETAPPEN**

Infolge der Annahme des Gesetzes von 1989 schritt die Gesundheitsplanung geordnet zur Revision des durch das Pflagenetz gebildeten gesamten Betreuungsangebotes, vor. Da es tatsächlich unmöglich ist, einen Bereich zu bearbeiten, ohne einen anderen zumindest teilweise zu berühren, und es wenig wünschenswert ist, Reformen in allen Bereichen gleichzeitig durchzuführen, wurde ein schrittweises Vorgehen gewählt, und jeweils nacheinander eine Institution oder eine Gruppe von Institutionen in einer partnerschaftlichen Weise analysiert: Ist - Analyse, Erarbeitung eines Konzeptes, Implementierung, und, falls nötig, zur Schaffung von Reformanreizen, Anpassung der Ressourcenzuteilung.

Wenn auch die folgende Darstellung eine gewisse Anzahl von Phasen unterscheidet, gilt es festzuhalten, dass sich davon einige parallel abgewickelt haben. Einige benötigen mehr Zeit und andere betreffen Aspekte, die keine Einwände hervorrufen. Diese Vorgehensweise erlaubte ein schnelleres Vorankommen.

### **Psychiatrie und Psychogeriatric**

Die Neuorientierung, die durch die Annahme des neuen Gesetzes durch das Volk 1989 eingeleitet wurde, beinhaltete eine flexiblere und entwicklungsfähigere Planung, sowie neue, motivierendere und gerechtere Formen der Mittelzuteilung an die Gesundheitseinrichtungen. Daraus resultiert der Aufbau eines eigentlichen koordinierten Behandlungs- und Pflegeleistungsnetzes, das von der Heimpflege bis zum Akutspital alle Institutionen umfasst.

*Es ist tatsächlich unbedingt nötig, die verschiedenen Ergänzungsmöglichkeiten des Netzes koordiniert zu behandeln, seien es die Spitäler für physische Pflege von kurzer Dauer, die Psychiatriespitäler, die Chronischkrankenhäuser, die Altersheime oder die Sozialmedizinischen Zentren. Heute ist man sich der Wechselwirkungen des Funktionierens der Institutionen bewusst. Die Ueberarbeitung eines dieser Elemente beeinflusst gezwungenermassen die anderen, und folglich kann keines gesondert betrachtet werden, sondern muss die Definition seines Aufgabenbereiches im Zusammenhang mit den anderen erfolgen.*

So wird der Kanton zunehmend über ein Konzept für die Psychiatrie verfügen, das die Aufgabenverteilung zwischen den verschiedenen Kantonsteilen, unter Berücksichtigung sowohl der Zweisprachigkeit als auch der Komplementarität und den Möglichkeiten der bereits bestehenden Strukturen, festlegt.

Zu diesem Zweck wurde vom Staatsrat bereits 1990 eine Studienkommission gebildet. Sie hat die Aufgabe, ein neues kantonales Psychiatriekonzept sowie ein Konzept zur Betreuung von psychogeriatrischen Patienten zu erarbeiten und zu untersuchen, ob die neuen Konzepte eine Aenderung der bestehenden rechtlichen Bestimmungen erfordern.

Abgesehen davon, dass diese neue Konzeption die Aufgabenverteilung zwischen den beiden Kantonsteilen gerechter regelt, beinhaltet sie auch Empfehlungen zur besseren Anpassung der geriatrischen Betreuung an die neuen medizinischen Erkenntnisse in diesem Bereich. Auch die während Jahren sehr erhaltenden psychiatrischen Behandlungen, können so, besonders dank neuer Medikamente, heilend wirken und die Reintegration des Patienten in sein Umfeld beschleunigen. Die Spitäler dieses Sektors wandeln sich immer mehr zu Institutionen geriatrischer Akutpflege mit kurzen Aufenthalten und unterscheiden sich zunehmend von ihren vorgängigen Funktionen als Lebenszentren. Dieses neue Konzept ermöglichte ebenfalls, die Unterscheidung der verschiedenen Krankheitsbilder und der geeigneten Behandlungen zu verfeinern. Diese haben sich den Fortschritten der Medizin folgend diversifiziert und erlauben eine zielgerichtete Betreuung.

## **Akutspitäler**

Wie in allen anderen Kantonen und den meisten entwickelten Ländern wurde Ende der 80er Jahre eine Ueberkapazität an Betten für die kurzzeitige Akutpflege festgestellt. Schon 1991 hat eine vom Gesundheitsdepartement in Auftrag gegebene Studie über die Organisation des Walliser Spitalwesens gezeigt, dass die Bettenüberkapazität sich auf mindestens 1/5 beläuft und dass Massnahmen zu deren Reduzierung getroffen werden müssen. Die so gesparten Mittel konnten so anderen Sektoren zugesprochen werden, die einerseits nicht so gut ausgestattet waren und andererseits gewisse zusätzliche Betreuungsaufgaben wahrzunehmen hatten. Andere Studien zeigten, dass ein Teil der Aufenthalte in Akutspitälern nicht medizinischer, sondern eher sozialer Natur waren. Dieser Zustand wurde durch den Finanzierungsmodus der Krankenkassen noch begünstigt, der eine langfristige Hospitalisierung gegenüber der Hilfe und Pflege zu Hause bevorzugte, obwohl die Hilfe und Pflege zu Hause den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten eher gerecht wird.

So wurde dann einer Norm für die Anzahl der Akut-Betten zugestimmt, die sich hauptsächlich auf die Erfahrungen anderer Länder stützte. Der Kanton Wallis ist der erste

Schweizer Kanton, der eine derart ehrgeizige Norm nicht nur festsetzt, sondern, welches seltene Phänomen, sie auch anwendet. 1992 wurde deshalb beschlossen, die Bettenanzahl um 200 zu reduzieren. Dadurch wurde erreicht, dass im Kanton Wallis - zwei Jahre vor der Annahme des neuen KVG, das diese Massnahmen auf nationaler Ebene einführt - keine Ueberkapazität an Akutbetten mehr besteht. Eines der schwierigen Elemente der Gesundheitspolitik ist die Fähigkeit, Entwicklungen vorauszusehen und das System entsprechend zu organisieren, ist dies ein erfreuliches Beispiel.

Bei dieser Gelegenheit konnte gleichzeitig die Rolle der verschiedenen Spitäler neu definiert werden, vor allem diejenige des Spitals von Sitten, ohne eine Einschränkung des Gesundheitsangebotes hinnehmen zu müssen. Der Kanton bestätigte das Bestehen der sechs Spitäler und wies dem siebten, der Klinik St-Amé, geriatrische und psycho-geriatrische Betreuungsaufgaben zu.

### **Neue Finanzierung**

Anschliessend nahm die Gesundheitspolitik die Revision der Subventionsverteilung an die verschiedenen Spitäler in Angriff. Das neue Finanzierungssystem sollte gerechter sein und sich eher nach den Aktivitäten der Anstalten als nach der Subventionierung ihrer Defizite richten. Diese Revision strebte auch mehr Autonomie für die Anstalten an, um ihnen die Einführung von neuen Verwaltungs- und Managementtechniken zu erlauben. In den 80er Jahren wurde auch festgestellt, dass sich die Spitäler je länger je mehr von restriktiven Gesetzen und Reglementen bedrängt sahen und dass ihr Handlungs- und Innovationsspielraum stetig schrumpfte. Der eingeschlagene neue Weg ermöglicht bereits mehr Autonomie, und sobald die Ergebnisse der Konzertation und der an den Spitälern von Monthey und Brig laufenden Pilotprojekte vorliegen, kann zu einer noch weitläufigeren Autonomie, wie sie auch vom neuen KVG vorgesehen wird, übergegangen werden.

---

*Gegenwärtig basiert der kantonale Anteil der Finanzierung der Spitäler auf der effektiv in den Spitälern jeder Zone behandelten Bevölkerung und trägt so jenen Rechnung, die sich ausserhalb hospitalisieren lassen. Die Schwere der behandelten Krankheiten wird jedoch noch nicht berücksichtigt. Dies erfordert aussagekräftigere medizinische Statistiken, wie sie in den letzten Jahren beschlossen und angewendet wurden. Sie ermöglichen eine bessere Beschreibung der behandelten Krankheiten und somit auch der finanziellen Belastung bei gleichzeitiger Bereitstellung wesentlicher epidemiologischer Daten zur Steuerung der zukünftigen Gesundheitspolitik. Tatsächlich ermöglichen Hilfsmittel dieser Art (wie die Statistik der Krankheiten, unter denen die Walliser Bevölkerung während einer bestimmten Periode gelitten hat) die Erstellung einer Bedürfnistabelle für die Bevölkerung, die jährliche Messung der Entwicklung und dadurch die Anpassung der Gesundheitspolitik.*

---

Indem er 1989 per Gesetz die Erhebung medizinischer Statistiken von den Spitälern verlangte, reihte sich der Kanton Wallis in die Spitzengruppe der Schweizer Kantone ein, die solche Statistiken fordern. Nur die Kantone Waadt und Tessin haben solche Informationen bereits vorher verlangt. Hellsichtig auch dies, wird die Erhebung medizinischer Statistiken doch nunmehr in der ganzen Schweiz vorgeschrieben: vom neuen KVG, wie auch vom Bundesgesetz über Statistik.

Da das neue Gesetz erst 1997 in Kraft tritt, haben die Spitäler des Kantons fünf Jahre Vorsprung, was ihnen eine sanfte Anpassung erlaubt. Sie können deshalb die vom KVG vorgesehenen neuen Vorschriften sehr viel einfacher anwenden.

### **Anstalten für Chronischkranke**

Sobald die Mehrzahl der die Akutspitäler betreffenden Reformen unter Dach und Fach waren, galt das Interesse den Anstalten für Chronischkranke. Bei dieser Betreuungsform gehören die Spitäler für Chronischkranke oder die Abteilungen für Chronischkranke in Allgemeinspitalern einerseits, sowie die Altersheime andererseits zum selben Netzwerk. Auch die Hilfe und Pflege zu Hause fällt in diesen Bereich.

Das Gesundheitsdepartement untersuchte zuerst den Sektor der Chronischkrankenpflege im Spital (die Spitäler für Chronischkranke oder die Abteilungen für Chronischkranke). Danach folgten die Altersheime und schliesslich die Sozialmedizinischen Zentren.

### **Spitäler für Chronischkranke**

Die vom Gesundheitsdepartement in Auftrag gegebene Studie hat gezeigt, dass die in den Chronischkranken-Abteilungen behandelten Patienten sehr unterschiedlich waren. Einige benötigten medizinische Akutpflege, andere vor allem Krankenpflege und wieder andere waren nur auf Beherbergung angewiesen. Dies spiegelte sich auch in der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer wieder. Sie reicht von ca. 100 Tagen für die kürzeste Aufenthaltsdauer eines Patienten bis zu beinahe 1500 Tagen für die längste. Diese Tatsache deutete auch auf unterschiedliche Betreuungsmodelle, die es zu überprüfen galt.

Diese Feststellung weist auch darauf hin, dass ein Uebergang von einer sogenannt passiven zu einer sogenannt aktiveren Geriatrie vonnöten ist. In der aktiven Geriatrie werden die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse und die neuen verfügbaren Medikamente intensiver verwendet um die Rückkehr des Patienten in die seinem Zustand am besten angepassten Strukturen zu gewährleisten. Festgestellt wurde auch, dass eine gewisse Anzahl dieser Hospitalisierungen nicht aus medizinischen Gründen, sondern eher aus ökonomischen Ueberlegungen erfolgte. Die Krankenkassen finanzieren die Heimpflege oder die Beherbergung in einem Altersheim nicht in gleicher Weise und auch nicht so grosszügig wie die Abteilungen für Chronischkrankenpflege in einem Akutspital.

Um unumgängliche Veränderungen rascher voranzutreiben, wurde eine Revision der Finanzierungsarten dieser Spitäler in Arbeit genommen und innert kurzer Zeit abgeschlossen. Auch hier hat der Kanton die gesetzlichen Bestimmungen auf nationaler Ebene vorweggenommen: Das neue KVG verlangt einerseits von den Krankenkassen mehr Mittel im Bereich der Heimpflege und der Heime als bisher bereitzustellen, andererseits stellt der Bundesrat dem Kanton mehr Mittel zur Unterstützung einkommensschwacher Personen zur Verfügung.

Aufgrund dieser Studie hat der Staatsrat neue Normen für eine angemessene Bettenausstattung der Geriatrieabteilungen aller Kurzzeitpflegespitaler sowie der Spitäler für Chronischkranke und der Altersheime verabschieden können.

## **Altersheime**

Im Bestreben einer vollständigen Analyse des Pflegenetzes musste gemessen werden, ob die Verschiedenartigkeit der Patienten in den Heimen ebenso gross war, wie diejenige in den Spitälern für Chronischkranke. Die Studie deckte die Gesamtheit der Heimbewohner des ganzen Kantons ab, um die Bedürfnisse, die ihr Zustand erforderte, besser kennenzulernen.

Ein zum erstenmal in dieser Grössenordnung in der Schweiz eingeführtes Instrument wurde für diese Messung benutzt. Ein Instrument, das zur Erhebung sowohl von Abhängigkeitsfaktoren als auch von Faktoren bezüglich verschiedener Autonomieniveaus der Bewohner diente. Die Studie offenbarte ebenfalls eine grosse Verschiedenheit und machte auf die möglicherweise ungenügende medizinische Betreuung in Altersheimen aufmerksam, geht man davon aus, dass den Bewohnern die ihren Bedürfnissen am besten entsprechende Institution angeboten werden soll. Mit anderen Worten, jemand, der vor allem eine Umgebung vom Typ Heim benötigt, soll weder in einem Spital für Chronischkranke noch in einem Akutspital hospitalisiert werden, sondern tatsächlich in der zur Befriedigung seiner realen Bedürfnisse geeignetsten Einrichtung. So war es möglich, die Normen vor allem derjenigen Altersheime anzupassen, die den Patienten staatliche Beihilfe ermöglichen. Gleichzeitig wurden die Krankenkassen angeregt, die Betreuung zu unterstützen, sobald sie eher mehrheitlich pflegerisch war.

Wie bereits erwähnt, wurde die Fundiertheit dieser Massnahmen durch die Annahme des neuen KVG, das diesen Typ von bedarfsgerechterer Betreuung fördert, bestätigt.

## **Hilfe und Pflege zu Hause**

Die vom Gesundheitsdepartement verfolgte Politik hatte zum Ziel, die geeignetste Pflege am geeignetsten Ort anzubieten. Zahlreiche in den entwickelten Ländern durchgeführte Studien zeigten, dass die Menschen, im Rahmen des Möglichen, vorzogen, so lange wie möglich zu Hause zu bleiben, sofern diese Entscheidung nicht unüberwindbare Schwierigkeiten für sie selbst oder ihre nächste Umgebung mit sich brachte. Folglich war es auch nötig, die Hilfe und Pflege zu Hause den veränderten Gegebenheiten anzupassen, die nicht mehr ausschliesslich Krankenpflege verlangten, sondern auch eine Hilfe zur Bewältigung der täglichen Arbeiten. Auch wenn diese Betreuung nicht gesundheitlicher Natur ist, trägt sie doch zur gesundheitlichen Besserung bei, da sich der Patient in seinen eigenen vier Wänden psychisch besser fühlt.

In diesem Bereich gibt es noch grosse Anstrengungen zu erbringen, solange diese Art von Betreuung und Hilfe nicht immer ganz akzeptiert wird, und Berührungsängste gegenüber 'Fremden', die in die Wohnung eindringen, überwunden werden müssen. Dieser Betreuungsform ist eine wichtige Entwicklung vorausbestimmt: zum einen aus soziologischen Gründen, die mit der Veränderung der Verhaltensweisen der Generationen verbunden sind (neue Generationen, die mehr Autonomie gewohnt sind, erreichen das Alter der Abhängigkeit); andererseits werden neue medizinische Erkenntnisse, neue pharmazeutische Produkte und technologische Entwicklungen im Bereich der Telekommunikation und Videoüberwachung zu einer starken Entwicklung der Hilfe und Pflege zu Hause oder gar der Hospitalisierung zu Hause führen.

Eine vom Gesundheitsdepartement beauftragte Arbeitsgruppe hat ihren Schlussbericht 'Für eine verstärkte Politik der Hilfe und Pflege zu Hause' unterbreitet. Somit ist auch dieses letzte Glied analysiert und dokumentiert und Empfehlungen für die Planungskommission liegen vor, um das bestehende System den neuen sozialen Anforderungen anzupassen.

## **Regionale Gesundheitsnetze**

Nachdem alle Elemente der Betreuung reorganisiert waren, mussten die Mittel zur Integration der verschiedenen Partner des Gesundheitswesens gefunden werden. Bestrebt, sich von den herkömmlichen Konzepten eines *koordinierten Pflegenetzes* zu unterscheiden und klar zu demonstrieren, dass der Ehrgeiz eher der Förderung der Gesundheit als der Koordination der Pflege gilt, fällt das Gesundheitsdepartement kürzlich den Entscheid zum Aufbau von *regionalen Gesundheitsnetzen*. Dabei handelt es sich um die Gruppierung der Institutionen und der Partner des Gesundheitswesens, die zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bevölkerung beitragen, mit dem Ziel de Bildung eines gemeinsamen Betreuungsnetzes. Angestrebt wird eine bessere Befriedigung der Bedürfnisse der Bevölkerung durch eine angepasste Betreuung. Dazu ist eine gute Steuerung der Nachfrage innerhalb des Netzes notwendig, damit jeder die für seinen Gesundheitszustand erforderliche Behandlung und Pflege am geeignetsten Ort erhält.

Diese Netze sollten eine bessere Kontinuität der Pflege, eine grössere Wirksamkeit der Behandlungen und dadurch eine bessere Pflege- sowie Lebensqualität ermöglichen. Dies kann ohne aufgeklärten Zugang zur Pflege und klare Informationen nicht erreicht werden. Das vom Gesundheitsdepartement vorbereitete Projekt sieht eine verstärkte Information der Bevölkerung und eine starke regionale Integration vor. Dies soll durch Vermittlung einer regionalen Gesundheitskommission erreicht werden, die die Repräsentanten aller Partner des Gesundheitswesens vereint (die Spitäler, die Psychiatrie, die Altersheime, die Sozialmedizinischen Zentren, die Gesundheitsligen, die spezialisierten Institutionen, das Gesundheitspersonal, die frei praktizierenden Aerzte, die Krankenkassen, die Gemeinden und die regionalen Behörden).

Ein solches Projekt - unerlässlich, um den neuen Erfordernissen gerecht zu werden - ist ehrgeizig: es wird Vorstellungskraft, Verständnis und Hartnäckigkeit brauchen, um die Koordination zwischen den Beteiligten, die doch manches Mal eher Gegner waren, zu verwirklichen. Es wird auch eine kontinuierliche Information und eine adäquate Ausbildung nötig sein. Was letzteres betrifft, ist ein Teil der Arbeit bereits realisiert.

## **Die Ausbildung - ein entscheidendes Element**

Es ist ungenau, die Ausbildung lediglich als Entwicklungsstufe zu betrachten, begleitet sie doch alle Entwicklungen der vorgängigen Phasen. In der Tat nützt es nicht viel, Systeme zu reorganisieren, wenn die darin arbeitenden Menschen nicht über die nötige Ausbildung verfügen, um den oberwähnten Veränderungen gerecht zu werden. Im Unterschied zu anderen Wirtschaftssektoren bleibt der sozial-gesundheitliche Bereich, wie es die Budgets der Anstalten mit einem Anteil von 75 - 80 % Lohnkosten zeigen, derjenige mit einer hohen Personalintensität.

Die Ausbildung ist also ein entscheidender Faktor, der im Kanton auch dergestalt wahrgenommen wird. Der Ausbildungsbereich wird vom Schweizerischen Roten Kreuz abgedeckt, das anfangs der 90er Jahre neue Vorhaben in den Weg leitete. Parallel dazu ist der Kanton zu einer Restrukturierung der angebotenen Ausbildung, vor allem im Bereich der Schulen, übergegangen. Der Staatsrat ernannte am 21. Juni 1991 eine permanente Kommission für die Pflegeberufe, um gleichlaufend zu der Einführung der oberwähnten Richtlinien des Roten Kreuzes die Krankenpflegeausbildung im ganzen Kanton zu harmonisieren und zu koordinieren. Eine breit angelegte Partnerschaft erlaubte auch hier,

Lösungen gleichzeitig für die neuen Anforderungen der von der Sanitäts-Direktoren-Konferenz (SDK) auf nationaler Ebene beschlossenen Verordnungen zu entwickeln aber auch die Anwendungsmodalitäten der kantonalen Bedürfnisse zu studieren, die von der weiter oben beschriebenen Reorientierung herrühren.

So wurde im Mai 1993 ein globales Ausbildungskonzept für die Krankenpflege vorgelegt, das eine Einheitsdirektion, ein Programmkollegium und einen einheitlichen Lehrkörper vorschlägt, um eine homogene, dezentralisierte Ausbildung mit drei Ausbildungsstätten zu gewährleisten: Visp für das Oberwallis, Sitten für das Zentralwallis und Monthey für das Unterwallis.

Im September 1994 begann der erste unter der neuen Struktur erarbeitete Kurs, unterstützt von einer Vereinigung, der als Gründungsmitglieder alle Dachverbände des Gesundheitssystems angehören: das GEHVAL, die AVAFOPA, die Gruppe der Walliser Sozialmedizinischen Zentren und die kantonalen Gesundheitseinrichtungen, die Walliser Sektion des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie der Kanton, sind doch das Erziehungs- und das Gesundheitsdepartement betroffen.

Somit sind gute Grundlagen gegeben, die es zu vervollständigen gilt, damit sich sowohl die neuen kantonalen Richtlinien - wie die regionalen Gesundheitsnetze - als auch die interkantonalen Initiativen - wie die HES (Hochschulen), die die welschen Kantone gemeinsam anvisieren - gut darin einfügen.

## **Gesundheitsförderung und Prävention**

Die Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention können ebenfalls nicht als Phasen qualifiziert werden, handelt es sich doch um fortlaufende Bemühungen. Wie auch in anderen Kantonen sind die kantonalen Ergebnisse in dieser Hinsicht jedoch gering. In diesem Sinne hat sich der Kanton den Arbeiten zur Gründung der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung angeschlossen. Er finanziert Pilotprojekte der Stiftung, die die Verankerung der Gesundheitsförderung in der kantonalen Gesundheitspolitik zum Ziel haben.

Angesichts der durchgeführten, die gesamte Gesundheitspolitik betreffenden Reformen, situiert sich die Politik des Kantons in Sachen Prävention und Gesundheitsförderung auf dieser sehr breiten Ebene. Alles ist bereit zur Verwirklichung einer Politik, die auf Prävention und Gesundheitsförderung zielt. Dabei stützt er sich auf bestehende Strukturen, deren Aktivitäten er, falls nötig, neu orientiert und sie in neue Richtungen leitet, finanziert Interventionen und wertet die Resultate aus. Wie oben bereits erwähnt, ergeben sich alle Handlungen aus den Ergebnissen einer Analyse des Gesundheitszustandes der Walliser, die als Grundlage für eine neue Politik in diesem Bereich dient.

Eine ständige kantonale Kommission für Prävention - entstanden aus der Fusion der beiden vorgängigen Kommissionen (Vorschul- und Schulprävention sowie Prävention und Gesundheitsförderung bei Erwachsenen) - fasst alle betroffenen Partner zusammen, um die Wirkung der geplanten Aktionen zu maximieren.

Auch in diesem Bereich sollte das neue KVG eine wichtige Entwicklung begünstigen, da dieses neue Gesetz die Versicherungen zur Finanzierung eines viel beträchtlicheren Anteils an der Prävention und Gesundheitsförderung, deren Ergebnisse nicht abstreitbar sind, verpflichtet als bisher.

## **Qualitätsförderung**

Wie bei den beiden vorgängigen Bereichen handelt es sich hier nicht um eine besondere Phase, ist sie doch Teil der permanenten Bemühungen der Gesundheitspolitik. Mittlerweile kann man sagen, dass sich die Qualitätsförderung durch die ergriffenen Massnahmen, die eine bessere Orientierung der Patienten im Pflegenetz erlauben, sowie durch punktuelle Initiativen, wie die Prüfung der Spitalaufenthalte, die die nicht gerechtfertigten Aufenthaltsdauern und Spitaleintritte mittels in zwei Spitälern durchgeführten Pilotprojekten aufzeigen sollen, intensiviert hat.

## **Interkantonale Zusammenarbeit**

Bei allen vorgängig beschriebenen Entwicklungen war die Hauptsorge des Gesundheitsdepartementes, nicht isoliert zu arbeiten, sondern im Gegenteil, soweit als möglich dank interkantonalen Institutionen, wie z. B. dem Schweizerischen Institut für das Gesundheitswesen (IfG), dem Groupement romand des chefs de service de santé publique (GRSP) für die Romandie und auf politischer Ebene der Sanitäts-Direktoren-Konferenz (SDK) oder der Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) von den in der Schweiz oder im Ausland gemachten Erfahrungen zu profitieren.

Das Gesundheitsdepartement hat auch an einer Vielzahl von interkantonalen Arbeiten teilgenommen. Sei dies im Bereich der Gesundheitsstatistik, der Patienten-Klassifikations-Systeme, der Lösungen zur Messung des Pflege- oder Personalaufwandes, der neuen sozialen Gesetzgebung oder der ausserkantonalen Spitalaufenthalte. So konnte es seine Erfahrungen, seine Ergebnisse und seine erworbenen Kenntnisse einbringen und anderswo entwickelte alternative Lösungen kennenlernen.

Der Kanton nimmt auch, mehr formell, an den interkantonalen, besonders die Ausbildung und ausserkantonale Hospitalisationen betreffenden Vereinbarungen teil.

Dieser Austausch garantiert, dass sich die Walliser Gesundheitspolitik nicht isoliert entwickelt und sie von fremden Erfahrungen profitiert und auch anderen Partnern, Kantonen oder Ländern, die originellen, im Kanton entwickelten Lösungen zugänglich macht.

## **DIE RESULTATE**

Die Gesundheitspolitik ist ein Bereich, in dem Evaluationen extrem schwierig sind. Tatsächlich umfasst die Gesundheitspolitik eine solche Vielzahl von Beteiligten, die in derart unterschiedlichen Rahmen arbeiten, dass die Resultate nur punktuell sein können und nur Teile vom Ganzen enthüllen. Die verschiedenen Partner haben manchmal gegensätzliche Motivationen, die mit der Wahrnehmung ihrer Rolle und ihrer Funktion verbunden sind. Zudem realisieren sich Mentalitätsänderungen nur schrittweise und ein beachtlicher Zeitaufwand ist für die Verwirklichung der Ziele nötig. Während dieser Zeitspanne variieren die Verhaltensweisen der Bevölkerung, die Erwartungen werden modifiziert und die Bevölkerungsstruktur verändert sich, was eine Auswertung der Resultate zusätzlich kompliziert.

Eine Auswahl von Indikatoren, unter Vorbehalt einer globalen Vision, die nur durch die Gegenüberstellung der Gesundheitsbilanzen der Bevölkerung und der noch zu realisierenden Gesundheitsbuchhaltung erreicht wird, zeigt den Erfolg der Walliser Gesundheitspolitik. Die qualitative Ebene ist wahrscheinlich die am schwierigsten zu messende, besonders aufgrund der Schwächen der verfügbaren statistischen Instrumente.

Eines der von Wissenschaftlern einstimmig anerkannten Qualitätskriterien ist die Übereinstimmung zwischen Bevölkerung, Art der Pflege und der Institution, die diese Pflege anbietet. So ist eine abhängige Person, die während mehrerer Monate nur Erhaltungspflege in einer Abteilung für Chronischkranke eines Akutspitals erhält, nicht nur am falschen Platz, sondern erhält auch nicht die Pflege, die ihr Zustand verlangt. Gewiss, der gesamte medizinische Apparat steht zur Verfügung, aber die zur Behandlung ihrer Abhängigkeit, ihres Autonomiegrades nötigen Mittel - nämlich eine angepasste, mobilisierende Umgebung, mit oder ohne Therapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten - fehlen und infolgedessen wird sie von der Pflege nicht erreicht. Meistens verschlechtert sich ihr Zustand schneller und benötigt erhöhte medizinische Leistungen, als wenn sie in einem angemessenen Heim gepflegt worden oder ihr sogar Hilfe und Pflege zu Hause angediehen wäre. Auf dieser Grundlage wurde die Reorganisation der Betreuung im ganzen Kanton, welche sich angesichts der Resultate der erfolgten Studien aufdrängte, trotz der Budgetzwänge ohne Zögern durchgeführt.

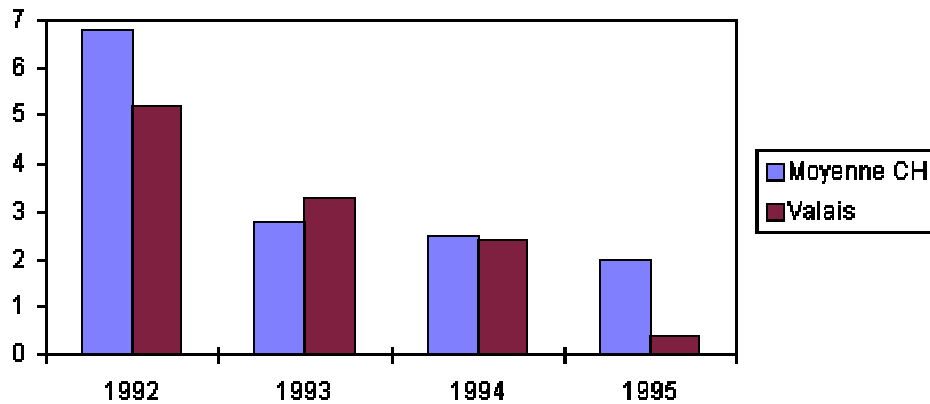
Ein weiterer Erfolgsindikator eines Gesundheitssystems, die Verminderung der Ungleichheiten, wurde bezüglich der den Anstalten bewilligten finanziellen Mittel realisiert. Sowohl im Bereich der Akutpflege wie auch in jenem der Langzeitpflege wurden neue, gerechtere Massstäbe, die der Aktivität und den Benutzern der Einrichtung besser Rechnung tragen, eingeführt. Gewiss bedürfen diese Massstäbe noch Anpassungen, damit die verfügbaren Instrumente insbesondere die medizinischen Statistiken und die Kostenrechnung pro Patient leistungsfähiger werden.

Ein anderer Aspekt des Indikators 'Verminderung der Ungleichheit' ist der Zugang zur Pflege. Sind die Distanzen für einen Zugriff auf qualitative Pflege zu lang, können die in der betreffenden Region wohnenden Personen eine Ungleichheit bei der Behandlung geltend machen. Anhand dieses Indikators gelang es dem Kanton trotz der Sachzwänge, alle seine Akutspitäler zu bewahren und sogar neue Kompetenzen in der Kardio-Chirurgie des Zentralspitals zu entwickeln. Somit ermöglichte er der Bevölkerung, die vorher die Dienstleistungen der Universitätsspitäler von Lausanne, Genf oder Bern in Anspruch nehmen musste, sich im Kanton behandeln zu lassen.

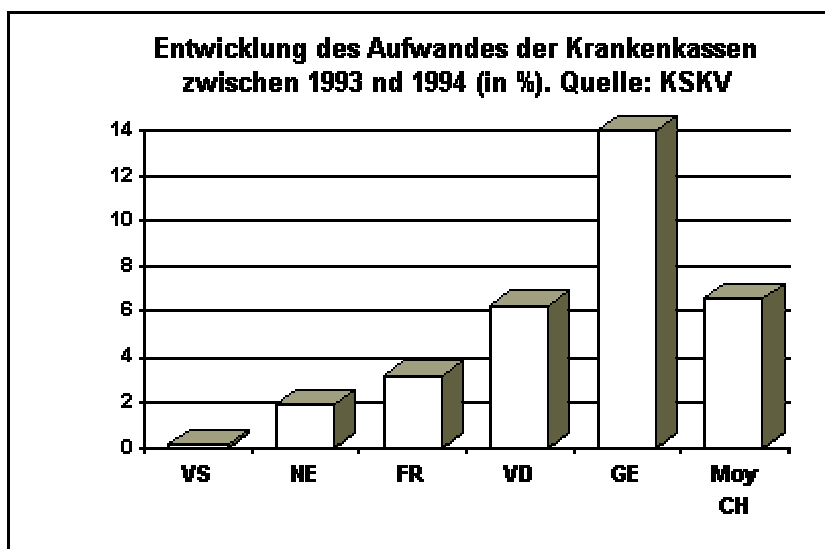
Indem er auch ein leistungsfähigeres Gesundheits-Informationssystem aufgebaut hat, entspricht der Kanton einem der WHO-Ziele des Konzeptes 'Gesundheit für alle im Jahre 2000', nämlich über Instrumente zu verfügen, die eine bessere Verwaltung des Systems und eine Verminderung der Ungleichheiten erlauben, um die Gesundheitspolitik nach Gesundheitszielen zu führen. Auch die ökonomischen Aspekte, die in Rezessionszeiten dominieren, veranschaulichen den Erfolg der Walliser Gesundheitspolitik. Tatsächlich zeigen die Wachstumsraten der Ausgaben verschiedener Kantone, dass sich der Kanton Wallis in die Gruppe der Kantone reiht, denen umfangreiche Reformen ohne Kostenexplosion gelungen sind.

So reiht auch der kürzlich von der Sanitäts-Direktoren-Konferenz (SDK) angestellte Vergleich über die Kostenentwicklung der Krankenhäuser das Wallis in die ersten Ränge mit einer der niedrigsten Wachstumsraten der Schweizer Kantone.

CH-VS  
 Entwicklung des Betriebsaufwandes der öffentlichen Spitäler  
 1991-1995. Quelle: SDK (Basis 100 = 1991)



Diese bemerkenswerte Leistung wird auch von den Statistiken des Konkordats Schweizerischer Krankenversicherer (KSK) über die Kostenentwicklung zwischen 1993 und 1994 bestätigt.



### WAS NOCH ZU TUN BLEIBT

In der Tat wurde vieles von der Gesundheitspolitik verwirklicht, aber es bleibt noch viel zu tun.

Vor allem die weiter oben erwähnten Gesundheitsbilanzen bleiben noch zu verwirklichen: In regelmässigen Intervallen durchgeführt erlauben sie, die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung zu messen, Risikogruppen zu identifizieren, Mängel des Systems aufzuzeigen und dieselben zu korrigieren.

Ein erster Schritt in diese Richtung wurde durch die Schweizer Gesundheitsbefragung realisiert. Sie liefert Informationen über die Lebensgewohnheiten, über die Inanspruchnahme von Leistungen sowie über die subjektive Wahrnehmung der persönlichen Gesundheit. Das Wallis ist einer der acht Schweizer Kantone, die die Befragung dank einer erweiterten Stichprobe vertieft haben. Er erhielt so genaue und detaillierte Informationen. Die ersten Resultate werden Ende 1995 vorliegen und es könnte sich als nützlich erweisen, mit den Daten der nächsten Befragung fortzufahren, um die Entwicklung der Ergebnisse zu erfassen.

Es fehlt ebenfalls noch die Gesundheitsbuchhaltung. Es handelt sich dabei um die Berechnung aller im Kanton, sowohl von den Krankenkassen, den Behörden, den Vereinigungen, den karitativen Hilfswerken, den Patienten, den Privatversicherungen als auch den Bundesversicherungen eingesetzten Mittel. Dieses parallel zu den Gesundheitsbilanzen angewendete Instrument erlaubt die Leistungsmessung eines Gesundheitssystems.

Aufgrund der Budgetzwänge und seiner relativ schwachen finanziellen Mittel beschloss der Kanton, auf die Ergebnisse einiger in den Nachbarkantonen durchgeführten Pilotprojekte zu warten, um von ihren Erfahrungen zu profitieren und diese Hilfsmittel kostengünstig zu realisieren. Dank der Groupe de concertation intercantonal sur les politiques de santé (GCI), an welcher er teilnimmt, verfolgt er diese Entwicklungen aus nächster Nähe. Wie es das vom Volk 1989 angenommene Gesetz vorschreibt, muss die Gesundheitspolitik flexibel und entwicklungsfähig sein, um den Veränderungen der Gesellschaft und den Erwartungen der Bevölkerung gerecht zu werden. Sie entwickelt sich, wie auch die medizinischen Erkenntnisse und die technischen Fortschritte sich entwickeln. Wetten wir also, dass die Gesundheitspolitik zukünftig, aufgrund ihrer Flexibilität und der breiten, permanenten Partnerschaft, sowohl den Bedürfnissen als auch ihrer Entwicklung gerecht werden kann und nicht nur die Qualität des Systems, sondern auch die Möglichkeit, es zu unterstützen und finanziell mitzutragen, garantiert.