

## Für eine integrierte Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Die Krankenkasse ÖKK bietet seit September 2006 ihren Versicherten Kinderbetreuungsplätze an. Den Start machte eine Musterkrippe am Flughafen Zürich, welche die Hälfte der Plätze exklusiv für ÖKK-Versicherte reserviert. Die Krippenbetreiber wollen in den nächsten fünf Jahren schweizweit 10 bis 15 Krippen eröffnen. Als Grund für das neue Geschäftsfeld der ÖKK werden die heute fehlenden Kinderbetreuungsplätze genannt.

Auf den ersten Blick sieht das wie ein sympathisches Engagement für Eltern auf der Suche nach Betreuungseinrichtungen für ihre Sprösslinge aus. Auf den zweiten Blick stellen sich Fragen. Warum engagiert sich eine Krankenkasse beim Aufbau von Kinderbetreuungsstrukturen? Handelt es sich um eine Werbestrategie, um als gute Risiken geltende, junge Familien als Versicherte zu gewinnen und an sich zu binden? Jedenfalls geht die Jagd nach guten Risiken nach dem Nein zur Volksinitiative für eine soziale Einheitskrankenkasse am 11. März 2007 munter weiter. Mit der Ablehnung an der Urne ist ein doppelter Systemwechsel für eine Einheitskrankenkasse und eine sozialere Finanzierung vorläufig vom Tisch. Die Probleme sind aber dank der Initiative verstärkt ins Bewusstsein der Öffentlichkeit geraten.

Im aktuellen System haben die privaten Krankenkassen und ihre Lobbyisten eine starke Position. Die Kassen haben ein kurzfristiges betriebswirtschaftliches Interesse an guten Risiken und am Ausbau der privaten Zusatzversicherungen, hingegen kaum ein langfristiges Interesse an Gesundheitsprävention. Private Interessenvertreter im Gesundheitswesen (Krankenkassen, Privatspitäler) betreiben zusammen mit bürgerlichen Parteien seit Jahren eine Politik, die den Wettbewerb stärken, den heute guten Leistungsumfang in Frage stellen und mehr Kosten auf die Versicherten überwälzen soll. Als Folge davon drohen versteckte oder offene Rationierung, eine Zweiklassenmedizin und eine noch stärkere finanzielle Beteiligung der Betroffenen, etwa in der Langzeitpflege. Deshalb ist es wichtig, dass die Kräfte, die für eine soziale und demokratische Gesundheitsversorgung eintreten, ihre Anstrengung

---

### Natalie Imboden

1970, Historikerin, war von 2002 bis 2007 SGB-Zentralsekretärin für die Dossiers Gesundheitspolitik, Gleichstellung und Lohngleichheit. Seit August 2007 ist sie in der Gewerkschaft Unia als Mitglied der Sektoreitung Industrie tätig.

gen bündeln, um eine solche Entwicklung abzuwehren. Doch es reicht nicht aus, nur nein zu sagen. Es braucht auch glaubwürdige eigene Reformvorschläge für die künftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens.

### **Neue Allianz von Gewerkschaften und Berufsverbänden im Gesundheitswesen**

Der Schweizerische Gewerkschaftsbund (SGB) macht zusammen mit Berufsverbänden im Gesundheitswesen (Verband des Personals öffentlicher Dienste VPOD, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG) solche Reformvorschläge für ein soziales und leistungsfähiges Gesundheitswesen. Das Herzstück ist ein Modell für eine flächendeckende Versorgung durch persönliche Gesundheitsversorgerinnen und Gesundheitsversorger. Diese Gesundheitsstellen sind frei wählbar. Eine ihrer Aufgaben ist, die Behandlungsläufe zu optimieren und eine integrierte Versorgungskette über alle Behandlungen hinweg zu gewährleisten. Gestärkt werden soll auch die Prävention und Gesundheitsförderung. Das Ziel ist eine höhere Versor-

#### **Zehn Forderungen für eine qualitativ hochstehende und bezahlbare Gesundheitsversorgung**

1. Eine umfassende und qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung für alle.
2. Kein Abbau bei der Langzeitpflege im Rahmen der laufenden Reform der Pflegefinanzierung.
3. Prävention und Krankheitsverhinderung stärken – Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.
4. Frei wählbare persönliche Gesundheitsversorger und Gesundheitsversorgerinnen garantieren eine umfassende Behandlung.
5. Die Finanzierung des Gesundheitswesens muss solidarischer werden – Ausbau der Prämienverbilligung
6. Stärkung der öffentlichen Spitäler – Planungsvorgaben zu Privatspitälern in der Krankenpflegeversicherung.
7. Krankenkassen: Entkoppelung von Grund- und Zusatzversicherung – mehr staatliche Aufsicht.
8. Die kantonale und nationale Gesundheitsplanung wird koordiniert und verstärkt
9. Gute Arbeitsbedingungen für das Personal im Gesundheitswesen sichern eine gute Qualität der Leistungen.
10. Es braucht eine flächendeckende Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

gungsqualität dank konsequenter Patientenbetreuung und eine höhere Wirtschaftlichkeit dank Vermeiden unnötiger Untersuchungen und Weiterweisungen an SpezialistInnen. Der Bericht mit dem Titel ›Reformvorschläge für ein neues Gesundheitssystem in der Schweiz‹ wurde im April 2007 publiziert.

### **Persönliche Gesundheitsstelle: obligatorisch, aber frei wählbar**

Die persönliche Gesundheitsstelle ist in der Regel der Hausarzt oder die Hausärztin, wahlweise eine andere Gesundheitsstelle (Praxisgemeinschaft, Ambulatorium, Ärztenetzwerk). Die Versicherten wählen ihre Gesundheitsstelle frei aus. Im Rahmen der Grundversorgung ist dieses Modell obligatorisch, das heisst, jede Person hat einen persönlichen Gesundheitsversorger zu wählen. Die Zulassung und Qualitätssicherung reguliert der Staat nach fachlichen Kriterien. Die Gesundheitsstellen übernehmen klar definierte Aufgaben in der Koordination und Dossierführung und werden dafür angemessen entschädigt. Die Kantone gewährleisten ein flächendeckendes, ausreichendes Angebot von Gesundheitsstellen.

Im Fall einer Krankheit ist der persönliche Gesundheitsversorger oder die persönliche Gesundheitsversorgerin in der Regel die erste Anlaufstelle. Die Gesundheitsstellen nehmen die nötigen Überweisungen an ein Spital oder an Spezialisten vor. Sie beraten und begleiten ihre Patientinnen und Patienten während der ganzen Dauer einer Behandlung (auch im Bereich der Langzeitpflege und Rehabilitation), überwachen Ablauf und Leistungserbringung und sammeln die jeweiligen Behandlungsergebnisse. Die Gesundheitsstelle wird auch in eine staatlich geforderte Prävention eingebunden. Notfall-Konsultationen und Routineuntersuchungen bei GynäkologInnen, Augen- und KinderärztInnen können ohne die vorgängige Einschaltung der Gesundheitsstelle erfolgen. Bei Kindern können Kinderärzte als persönliche GesundheitsversorgerIn ausgewählt werden. Alle Leistungserbringer sind während und nach der Behandlung verpflichtet, ihre Informationen der Gesundheitsstelle zukommen zu lassen, damit diese ihre Patientendaten vervollständigen kann. Der Zugang zu den Spitälern erfolgt, ausser in Notfällen, über die persönliche GesundheitsversorgerIn. Die Qualitäts- und Kostenüberwachung in den Spitälern wird weiterhin von der öffentlichen Hand wahrgenommen.

Mit einem solchen Modell werden zwei wesentliche Nachteile des heutigen Versorgungssystems verbessert: Die Intransparenz der erbrachten Leistungen (Mehrfachuntersuchungen, unkontrollierte Spezia-

listenkonsultationen) und die oft mangelnde Abstimmung der einzelnen Versorgungsschritte. Daraus resultiert eine höhere Versorgungsqualität und eine bessere Wirtschaftlichkeit. In der Literatur werden die entsprechenden Einsparpotenziale auf 20 bis 30 Prozent beziffert. Damit hat dieses ›Gatekeeping‹ einen dämpfenden Effekt auf die Gesamtleistungskosten, auf den Ressourcenaufwand pro Behandlung, auf den Einsatz apparativer Medizin und auf die Anzahl Konsultationen und Überweisungen. Die erzielten Effizienzgewinne sollen im Gesundheitssystem bleiben und zum Beispiel für den Ausbau der Prävention verwendet werden.

### **Prävention ausbauen, Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz stärken**

Die obligatorische Krankenversicherung fokussiert sich in der Gesundheitsversorgung heute primär auf Leistungen bei Krankheit, Unfall und Mutterschaft. Die Förderung der Gesundheit ist einer Stiftung übertragen, die von den Versicherten mit einem jährlichen Beitrag von CHF 2.40 finanziert wird. Auch Unfallversicherungs- und Arbeitsgesetz befassen sich lediglich mit der Sicherheit am Arbeitsplatz, der Unfallverhütung und der Vermeidung von Berufskrankheiten.

Im Gegensatz zur heutigen Situation muss die Prävention verstärkt werden, vor allem der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Krankheitsverhindernde Massnahmen und Gesundheitsvorsorge sollen deshalb neu zu den Grundleistungen der Krankenversicherung gehören.

Heute unterscheidet man zwischen anerkannten Berufskrankheiten und so genannt berufsassozierten Krankheiten wie Rückenprobleme, Stress oder Burnout. Diese Trennung ist willkürlich und entspricht nicht mehr den aktuellen Problemen am Arbeitsplatz. Die entsprechenden Präventionsmassnahmen am Arbeitsplatz sollen alle Erkrankungen umfassen.

### **Verstärkte kantonale und nationale Gesundheitsplanung – eine unerlässliche Rahmenbedingung**

Um eine integrierte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, braucht es eine stärkere staatliche Steuerung des Gesundheitswesens. Vor allem die Kantone sind hier gefordert und sollten ihre Zusammenarbeit vortreiben. Im Bereich der Spitzenmedizin braucht es Planungskompetenzen für den Bund. Der Staat soll in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden die Qualitätsstandards und die Vorgaben für das Qualitätsmanagement festlegen. Zu einer ver-

stärkten Planung gehört auch die Stärkung der öffentlichen Spitäler, die – anders als die meisten Privatspitäler – auch Ausbildung und Notfalldienste anbieten. Spitalplanung und Kostenkontrolle dürfen nicht durch einen unkontrollierten Ausbau der Privatspitäler unterlaufen werden. Bund und Kantone müssen in der Krankenpflegeversicherung Planungsvorgaben zu den Privatspitälern machen und durchsetzen können.

Die öffentliche Spitalplanung spart Kosten, da Überkapazitäten verhindert werden. Solange die Kantone Investitionskosten für Spitäler selber finanzieren müssen, haben sie Interesse an einer effizienten Planung. Werden die Investitionskosten in die Fallkostenpauschalen integriert, haben sie jedoch weniger Anreize, Investitionen effizient zu planen, weil die Fallkostenpauschalen über die Krankenversicherung abgerechnet werden. Daher sollten Investitionskosten nicht in die Fallkostenpauschalen integriert werden.

Zu den wichtigen Rahmenbedingungen zählen die Arbeitsbedingungen für das Personal. Das Gesundheitswesen gehört mit 428'993 Beschäftigten (307'685 Frauen, 121'308 Männer) zu den grössten Wirtschaftsbranchen. Die Mehrheit ist im stationären Sektor beschäftigt, je rund ein Fünftel im ambulanten Bereich und in Handel und Industrie. Die Zahl der Arbeitsstellen im Gesundheitswesen hat zwischen 1995 und 2001 um insgesamt 3,4 Prozent zugelegt. Umgerechnet in Vollzeitstellen, verzeichnete der Gesundheitssektor von 1995 bis 1998 eine Zunahme von 2 Prozent und von 1998 bis 2001 von 3,2 Prozent. Die Anstellungsbedingungen im öffentlich finanzierten Bereich gilt es entweder mit öffentlich-rechtlichen Vereinbarungen oder sonst einer GAV-Pflicht abzusichern. Traditionell unterbewertete (Frauen-)Berufe in Pflege und Gesundheit müssen gemäss ihren Anforderungen aufgewertet werden. Die Schutzbestimmungen des Arbeitsgesetzes müssen auch im Gesundheitswesen eingehalten werden, und der Anwendungsbereich des Gesetzes muss auf sämtliche Berufsgruppen und Arbeitgeber, auch auf öffentliche Verwaltungen, ausgeweitet werden.

Ebenfalls besser geregelt werden müssen die Rahmenbedingungen für die Krankenkassen. So braucht es mehr staatliche Aufsicht in der Grundversorgung. Für Versicherte sollte eine von den Krankenkassen unabhängige Beschwerdestelle geschaffen werden. Um die Risikoselektion zu verhindern, ist die Schaffung eines nationalen Finanzierungspools in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der effizienteste Weg. Andernfalls muss der heutige Risikoausgleich wesentlich verbessert und beispielsweise mit einem nationalen Hochrisikopool ausgestattet werden.

## Fazit: Konstruktive Reformvorschläge statt Abbau

Mit dem Modell einer integrierten Gesundheitsversorgung machen Gewerkschaften und Berufsverbände im Gesundheitswesen konstruktive Vorschläge, wie sich das Gesundheitswesen weiter entwickeln liesse. Mit einer persönlichen Gesundheitsstelle soll dank konsequenter Patientenbetreuung eine höhere Versorgungsqualität erreicht werden. Weil unnötige Untersuchungen vermieden werden, resultiert eine höhere Wirtschaftlichkeit. Das Obligatorium in der Krankenpflegeversicherung muss gestärkt und um Aufgaben der Prävention erweitert werden. Die Pflegeleistungen in der Langzeitpflege und im Alter müssen, wie im geltenden Krankenversicherungsgesetz vorgesehen, von den Versicherungen getragen und dürfen nicht auf die Pflegebedürftigen überwältzt werden. Alle Menschen haben ungeachtet von Alter, Herkunft, Gesundheitszustand oder Geschlecht Anspruch auf eine umfassende, qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung.

## Literatur

- Berchthold, Peter, Kurt Hess (2006). Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Bundesamt für Statistik (2007). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Neuenburg.
- Gaillard, Serge, Rebekka Schreier (2006): Die Schweizerische Krankenversicherung: Qualitativ hochstehend, im internationalen Vergleich sehr teuer. In: Denknnetz-Jahrbuch 2006, Zürich.
- Kommission für Konjunkturfragen. Jahresbericht 2006.
- ÖKK-Medienmitteilung vom 15. Februar 2007. Ein Krippen-Netzwerk entsteht – schweizweit. [www.oekk.ch](http://www.oekk.ch) / [www.kimikrippen.ch](http://www.kimikrippen.ch).
- Peters, Oliver (2006). Warum sind öffentliche Monopole effizienter als private Versicherungen? In: Denknnetz-Jahrbuch 2006, Zürich.
- Schneider, Jacques-André, Marc-André Raetzo (1999). Primes et qualité des soins: les organisations de maintien de la santé (ODMS) et la LAMal. In: RSAS-SZS.
- Schweizerischer Gewerkschaftsbund (2007). Reformvorschläge für ein neues Gesundheitssystem in der Schweiz. Hrsg. von einer Arbeitsgruppe von SBK, vpod und SGB. SGB-Dossier Nr. 47.