

**Stellungnahme von Elkuch Mechanik AG Schellenberg, Inhaber Herbert
Elkuch, zum Vernehmlassungsbericht der Regierung betreffend die
Abänderung des Gesetzes über die Krankenversicherung (KVG) und weiterer
Gesetze**

Schellenberg, 19. Oktober 2014

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Dr. Pedrazzini

Die momentanen Steigerungen der Krankenkassenprämien, darüber sind sich alle einig, müssen irgendwie verlangsamt werden. Die Gesamtkosten bestehen aus Menge mal Preis. Für den Preis fehlt eine Vergleichbarkeit, dazu wäre der Tarmed sicher ein geeignetes Mittel. Die konsumierte Menge ist bekannt, sie ist um vieles höher gegenüber der Schweiz. Für die Mengenreduzierung sind in der Vernehmlassung einige umsetzbare Massnahmen beschrieben, unter anderen auch den „Tiers garant“, welchen ich unterstütze. Ein weiterer Punkt: Die Krankenkasse ist nicht für die Bedürftigkeit zuständig. Die Massnahmen diesbezüglich, „die Abschaffung der Giesskanne für Ermässigungen“, dürfte der schwierigste Teil sein. Dazu sind in der Vernehmlassung zu wenige Alternativen beschrieben. Vor allem die Rentner und die chronisch Kranken sind betroffen. Der Gang zum Sozialamt ist nicht akzeptiert, vielleicht müsste die Krankenkasse als Bindeglied in Funktion treten. Es werden keine Unterstützungen vom Sozialamt, sondern Ermässigungen durch die Krankenkasse gewünscht. Zu diesem Thema sollte bis zur Erstellung des BuA noch nach anderen Möglichkeiten gesucht werden. Die vorgeschlagenen Lösungen werden von den weitaus meisten Rentnern und chronisch Kranken nicht akzeptiert.

Der Vernehmlassungsbericht gibt Einblick in verschiedene Überlegungen und Anregungen zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und beinhaltet auch einiges an Vergleichen, Zahlen, Statistiken usw. Besten Dank für die gut ausgestaltete und leicht lesbare Vernehmlassung.

In dieser Stellungnahme gehe ich nur auf einzelne Punkte ein. Ein Paar Themen, die in der Vernehmlassung nicht zu finden sind, möchte ich auf diesem Weg ebenfalls in die Diskussion einbringen.

Mit freundlichen Grüssen
Herbert Elkuch

Elkuch Mechanik AG Maschinenbau Platte 44 9488 Schellenberg
Tel. 00423 373 50 38 Fax 00423 370 23 16 E-Mail elkuch.mechanik@adon.li

Inhalt:

Arbeitgeberbeitrag für die Krankenkasse	3
Ist-Zustand	3
Empfehlung für die Umstellung	4
Auswirkung auf Nettolohnbetrag	4
Bedingung für die Umsetzung	5
Taggeldversicherung	5
Grundsätzliches zur Taggeldversicherung - Ist-Zustand	5
Einheitsprämie für Taggeldversicherung	6
Vergleich Krankentaggeld mit Tagesverdienst	6
Vorschlag, Änderung des Taggeldauszahlungsmodus	7
Umfeld Taggeldversicherung	7
Arbeitgeber-Einflussfaktoren auf Taggeldversicherungsprämie	8
Senkung der Krankenstände	9
Trends für Wartezeit und Höhe der Vergütung	9
Erleichterung für kränkliche Personen	10
Prüfung der Kriterien für Arbeitsunfähigkeitszeugnisse	10
Bessere Information auf Arztzeugnissen	11
Zusatzbelastung für Taggeldversicherung bei Schwangerschaft	11
Vorbeugende Massnahmen und Vorsorgeuntersuchung	12
Risikofaktoren	12
Prophylaxe	12
Prophylaxe - Produkt aus Vorsorgeuntersuchungen	13
Finanzierung der Vorsorgeuntersuchung	14
Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung	14
Tiers garant und Tiers payant	16
Begriffsdefinition	16
Der „Tiers payant“ Funktion und Wirkung	16
Der „Tiers garant“ Funktion und Wirkung	16
Vorschläge zur Umsetzung des „Tiers garant“:	18
Generika und Markenprodukte	19
Patientenverfügung	19

Zu 3.3.2 Abschaffung der Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abführen der Prämien seiner Arbeitnehmer

(Der Text bezieht sich auf die Basis von 2013 mit Prämienhöhe von CHF 298,--. Bei der Umsetzung gelten die aktuellen)

Ich sehe keinen Grund weshalb Arbeitnehmer die Krankenkasse über die Firma versichern sollen, dies könnte bedenkenlos abgeschafft werden. Es genügt wenn der Bürger per Gesetz und Verordnung mit klar vorgegebenen Eckdaten zum Abschluss einer Grundversicherung verpflichtet wird. Firmen könnten deshalb trotzdem für Ihre Mitarbeiter die Krankenkassenprämien gesamthaft einzahlen, wenn die Arbeitnehmer dies mit dem Arbeitgeber vereinbaren.

Sollte die Verpflichtung des Abführens der Prämien durch den Arbeitgeber abgeschafft werden, ist wichtig, dass eine Umstellung völlig kostenneutral erfolgt. Dies ist wohl durch ein Gesetz oder über den Verordnungsweg für die Dauer der Umstellungsphase zu regeln, um die Vorgangsweise der Umstellung vorzugeben. Damit weder die Arbeitnehmer noch Arbeitgeber infolge der Umstellung einen Gewinn einstreichen oder Verlust erleiden können.

Ist-Zustand:

Zurzeit sind verschiedene Varianten für die Begleichung der Prämie für die Krankenkasse seitens der Arbeitnehmer für den gesetzl. Arbeitgeberanteil vorhanden. Eine Vereinheitlichung wäre zu begrüssen. Unter der Berücksichtigung und Wahrung der Kostenneutralität für Arbeitnehmer und Arbeitgeber setze ich mich für die Abschaffung der Verpflichtung des Arbeitgebers zum Abführen der Prämien ein. Der Nachweis der Erfüllung der Versicherungspflicht für seine Arbeitnehmer seitens des Arbeitgebers soll ebenfalls abgeschafft werden.

Die meisten Grenzgänger versichern sich in ihrem Land, um dort die Leistungen beanspruchen zu können. Aber auch hiesige Arbeitnehmer wünschen oft bei der vorhandenen Krankenkasse bleiben zu können und lassen sich den Arbeitgeberanteil von heute CHF 148.00 genau gleich wie die Grenzgänger auszahlen. Bei Arbeitnehmern, die sich selbst versichern, gibt der Arbeitgeber den Arbeitgeberbeitrag von CHF 148,00 zum Nettolohn dazu. Bei Arbeitnehmern, in der Regel Liechtensteiner, die sich über die Firma versichern, wird der Arbeitnehmerbeitrag von CHF 148,00 abgezogen. Mit anderen Worten: Beahlt die Firma die Krankenkassenprämie, ist der Arbeitgeberanteil unsichtbar im Bruttolohn enthalten, der Arbeitgeberbeitrag ist als Abzug sichtbar. Beahlt der Angestellte die Prämie, wird der Arbeitgeberanteil als Zuschlag sichtbar, der Arbeitnehmer Beitrag ist nicht aufgeführt. Im Nettolohn ergibt sich somit ein Unterschied zwischen diesen beiden Varianten von 298,-- Franken.

Der Arbeitgeber ist gemäss bestehendem Gesetz verpflichtet, seine Arbeitnehmer gegen Krankheit in der Grundversicherung zu versichern. Wenn der Arbeitgeberanteil an Liechtensteiner und österreichische Grenzgängern ausbezahlt wird, muss der

Arbeitgeber gemäss heutigem Gesetz nachweisen können, dass diese Arbeitnehmer die Prämien für die Grundversicherung tatsächlich auch einbezahlen.

Schweizer Arbeitnehmer sind für die Bezahlung der Prämie eigenverantwortlich und deshalb untersteht der schweizerische Grenzgänger keiner Kontrolle bezüglich der Einhaltung der Versicherungspflicht seinerseits durch den liechtensteinischen Arbeitgeber. Bei Schweizer Grenzgängern wird der Arbeitgeberanteil von CHF 148,-- zum Nettolohn dazugegeben.

In Liechtenstein ansässige Pensionisten und solche die nicht in einem Arbeitsverhältnis stehen, mussten die Prämien immer schon eigenverantwortlich und zur Gänze selbst einzahlen. Diese Regelung gilt in der Schweiz für alle, auch für Arbeitnehmer.

Empfehlung:

- A) Bestehende Arbeitsverträge: Die einfachste und gerechteste und bereits bei vielen Arbeitnehmern praktizierte Lösung wäre den abgabefreien Arbeitgeberanteil generell zum heute ausbezahlten Nettolohn dazu zahlen und neu die Eigenverantwortlichkeit bezüglich der Versicherungspflicht dem Arbeitnehmer zu übertragen. Der gesetzliche Arbeitgeberanteil bleibt so wie heute praktiziert bei 50% der Prämie für die Grundversicherung. Der Arbeitnehmer ist eigenverantwortlich für Bezahlung der Prämie**
- B) Neue Arbeitsverträge bei Neuanstellung: Es bleibt den beiden Vertragspartner, dem Arbeitnehmer und Arbeitgeber, überlassen, ob der gesetzliche Prämienanteil des Arbeitgebers an die Krankenkasse im Arbeitsvertrag und in der Lohnabrechnung getrennt aufgeführt ist, oder ob dieser Prämienanteil bereits im vereinbarten Grundlohn enthalten ist. Der Arbeitnehmer ist eigenverantwortlich für Bezahlung der Prämie.**

Auswirkung:

Bei Arbeitnehmer die bereits heute die Krankenkassenprämie selbst bezahlen, würde die Höhe des ausbezahlten Netto-Lohnes gleich bleiben. Bei Arbeitnehmern, die über den Betrieb versichert sind, würde die Netto-Lohnauszahlung um CHF 296.00 (Jugend CHF 148.00), gegenüber heute, höher ausfallen (Basis 2013). Der Bruttolohn bleibt gleich. Diese Variante wäre kostenneutral für alle Beteiligten und die Umsetzung mit kleinstem Eingriff in der Lohnabrechnung auch für Kleinbetriebe problemlos umsetzbar. Die Lohnabrechnungen würden für alle Arbeitnehmer, unabhängig ob Liechtensteiner, Österreichische oder Schweizerische Grenzgänger einheitlich gestaltet werden können.

Auswirkung bei Integration in Bruttolohn in bestehenden Arbeitsverträgen:

Würde der bis heute vom Arbeitnehmer durch Lohnabzug bezahlte Beitrag in den Bruttolohn integriert, das heisst zum Bruttolohn dazu addiert, erhöht sich auch die versicherungspflichtige Lohnsumme um diesen Betrag. Dadurch erhöhen sich die Abzüge für die Sozialleistungen sowohl für den Arbeitgeber als auch für den Arbeitnehmer. Der Arbeitnehmer erleidet einen Einkommensverlust. Für den Arbeitgeber würden die Lohnnebenkosten steigen. Von einer Kostenneutralität kann nicht gesprochen werden. Die Abzüge für alle Sozialversicherungen (branchenabhängig) und Steuer für Arbeitnehmer und Arbeitgeber zusammen betragen je nach Branche gesamthaft um 25% und würden demnach für CHF 148.00 eine Zusatzbelastung von ca. CHF 40.00 pro Monat ausmachen. Bei niederen Löhnen wäre dies eine erhebliche Zusatzbelastung.

Um eine Kostenneutralität zu gewährleisten, müsste, wenn der Bruttolohn um die halbe Krankenkassenprämie erhöht wird, gleichzeitig bei der für sozialversicherungspflichtigen Lohnsumme einen Abzug in der derselben Höhe gemacht werden können. Dieses neue Element, ein „Krankenkassenfreibetrag“, wäre eine zusätzliche unerwünschte Komponente in der Lohnabrechnung und kann nicht akzeptiert werden.

Bedingung:

Eine Umstellung für einen einheitlichen Abrechnungs-Modus für die Begleichung der Krankenkassenprämien ist unter der Bedingung zu begrüssen, dass weder Arbeitnehmer noch Arbeitgeber in irgendeiner Art bevor- oder benachteiligt werden und die Lohnabrechnungen einfacher, keinesfalls komplizierter werden. Ist durch die Umstellung keine absolute Kostenneutralität für alle Beteiligten gewährleistet, soll das jetzige System in Kraft bleiben.

3.6 Zur Taggeldversicherung:

Grundsätzlich:

Für Arbeitnehmer sollte die Taggeldversicherung in Zukunft sowie heute praktiziert von den Unternehmen abgeschlossen werden und die Kosten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer mit dem heutigen Schlüssel aufgeteilt sein. In der Schweiz müssen die Arbeitgeber zwar keine Taggeldversicherung abschliessen, dafür ist eine Lohnfortzahlung während einer angemessenen Zeit vorgeschrieben. Bei uns können die Arbeitgeber auch, wenn Sie wollen, eine Lohnfortzahlung während einer bestimmten Zeit machen. Für die Zeit danach muss eine Taggeldversicherung

abgeschlossen sein. Mir erscheint die Regelung, die jetzt in Liechtenstein gilt, besser als die in der Schweiz.

Trotzdem, einige Punkte in der Taggeldversicherung sollten geändert werden. Vorab der wichtigste Punkt: Die vielen kleinen Kollektive sind nicht solidarisch, gerade für Kleinbetriebe dürfte eine Einheitsprämie für die Taggeldversicherung vorteilhafter sein. Interessant zu wissen wäre der Preis einer Einheitsprämie.

Einheitsprämie für Taggeldversicherung:

Eine Taggeldversicherung mit lohnabhängiger Einheitsprämie verteilt die Belastung durch Krankenstände gleichmässig auf alle Taggeldversicherer. Bei kleinen Betrieben mit Kollektiv-Taggeldversicherung bewirkt ein längerer Krankenstand eine Prämienhöhung und in der Folge entsteht ein finanzieller Verlust für den Betrieb selbst und für alle Arbeitnehmer dieses Betriebes, nur weil eine Person übermässig lange krank ist. Viele bestehende Kollektive sind zu klein, um einen längeren Ausfall eines Mitarbeiters ohne Kostenschub in der Taggeldversicherung auffangen zu können. Für viele Kleinbetriebe wäre die Einheitstaggeldversicherung vorteilhafter.

Vergleich Krankentaggeld mit Tagesverdienst

Die heutige Praxis ist, dass die obligatorische Taggeldversicherung 720 Tage 80% des Brutto-AHV-Jahres-Lohnes verteilt auf 365 Tage ab dem 2.ten Tag mit ärztlichem Zeugnis belegten Krankheitstag deckt. Wegen der Aufteilung auf 365 Tage ergeben sich bei der Auszahlung gelegentlich eigenartige, für den Arbeitnehmer oft nicht nachvollziehbare Verhältnisse.

Beispiel 1: Eine 5-Tagewoche von Montag bis Freitag und ein AHV-Brutto-Lohn mit CHF 50`000.-- sei arbeitsvertraglich festgelegt.

Ein Jahr hat in diesem Falle ca. 250 Arbeitstage, ein Arbeitstag (CHF 50`000.-- / 250 Tage) ergibt **CHF 200.-- Tagesverdienst.**

Ein Jahr hat 365 Tage, ein Krankentag (CHF 50`000.--/ 365 x 80%) das ergibt **CHF 110.-- Krankentaggeld.**

CHF 110.-- Krankentaggeld sind natürlich nicht 80% von CHF 200.-- Tagesverdienst, oftmals ist dieser Umstand für Arbeitnehmer nur schwer nachvollziehbar, weil im Arbeitsvertrag 80% Taggeld ab dem 2.ten Krankheitstag steht.

Beispiel 2 mit denselben Werten wie im Beispiel 1: Ein Arbeiter erkrankt am Montag für 4 Tage. Am Freitag arbeitet er wieder. Die ersten 2 Tage sind nicht bezahlt, für

die weiteren 2 Tage bekommt er 80% Taggeld. Das ergibt CHF 220.-- für 4 Tage Arbeitsausfall.

Sein Arbeitskollege erkrankt am Samstag vor Pfingsten ebenfalls für 4 Tage. Am Mittwoch arbeitet er wieder, er verliert also nur einen Arbeitstag, nämlich den Dienstag. Der Samstag und der Sonntag sind nicht bezahlt, für Pfingstmontag und Dienstag bekommt er 80% Taggeld, je CHF 110.--. Er erhält für einen Tag Arbeitsausfall genau gleichviel wie derjenige dem 4 Arbeitstage fehlen, nämlich auch CHF 220.-- Taggeld. Er verdient an diesem einem krankheitsbedingt ausgefallenen Arbeitstag sogar mehr als wenn er zur Arbeit gegangen wäre, weil der Tagesverdienst nur CHF 200.-- gewesen wäre. Ende Monat hat er trotz der Krankheit um CHF 20.-- höheren Lohn und dazu noch für CHF 220.-- keine Sozialabzüge.

Wenn die Zwei miteinander reden, dann wird der Arbeitgeber wohl dem vermeintlich geprellten Arbeitnehmer, dem vier Arbeitstage (Taglöhne) fehlen, schwer beibringen können, warum sein Kollege, dem ja nur ein Arbeitstag ausgefallen ist, gleichviel bekommt.

Die Taggeldfestlegung von $\frac{1}{365}$ vom Jahresgehalt wird mit der These begründet, man sei auch an arbeitsfreien Tagen krank. Ich vertrete die Meinung, eine Taggeldversicherung soll den Einkommensverlust ausgleichen. Einkommensverlust kann aber nur an Arbeitstagen entstehen.

Vorschlag, Änderung des Taggeldauszahlungsmodus

Wenn die Arbeitstage (Wochentage) im Arbeitsvertrag festgelegt sind, ist es gerechter, nur für die ausgefallenen Arbeitstage Taggeld, dann aber in der Höhe eines Tagesverdienstes zu entrichten. Das Taggeld müsste für die pro Jahr ergebenden Arbeitstage gemäss Arbeitsvertrag festgelegt werden, in der Regel für 250 Tage. Also $\frac{1}{250}$ des AHV-Bruttolohnes. Das Krankentaggeld würde dann auch tatsächlich 80% eines Tagesverdienstes entsprechen und somit tatsächlich 80% des Lohnausfalles decken.

Schwieriger wird es, wenn im Arbeitsvertrag und auch sonst nicht irgendwie die Arbeitstage im Voraus bestimmt werden können. Für die Arbeitnehmer, für welche die Taggeldversicherungsanstalt keine konkreten Angaben, betreffend geregelten Arbeits- und Arbeitsfreien Tagen, gemacht werden können, müsste die bisherige Regelung nämlich $\frac{1}{365}$ des AHV-Bruttolohnes für jeden Krankheitstag weiterhin gelten.

Umfeld Taggeldversicherung

Es muss vorangestellt werden, dass der weitaus grösste Teil der Arbeitnehmer wenig krankheitsbedingte Erwerbsausfälle hat. Diese nachfolgenden Ausführungen betreffen nur eine kleine Gruppe von Arbeitnehmern. Diese Gruppe vergrössert sich

aber zurzeit und belastet sowohl die Taggeldversicherungen und Krankenkassen mittlerweile doch in spürbarem Masse. Hinter dieser negativen Entwicklung stehen verschiedene Ursachen.

Branchen die im Wettbewerb mit Billig-Lohn-Ländern stehen, sind immer weniger in der Lage, Löhne auszuzahlen, die unseren sehr hohen Lebensstandard mit allen möglichen Absicherungen ausreichend finanzieren können. Entweder müssen die Löhne steigen oder die betroffene Bevölkerung muss den Lebensstandard zurücknehmen.

Um mit diesen niederen Löhnen irgendwie einen über den Einkommensverhältnissen liegenden Lebensstandard zu finanzieren, werden Zusatzaufgaben und Doppelbelastungen durch Haushalt und Beruf übernommen. Auch wird versucht eine anspruchsvollere Stelle mit besseren Verdienstaussichten zu besetzen, der der Arbeitnehmer dann aber doch nicht gewachsen ist. Eine noch eingeschobene Weiterbildung für einen besseren Job bringt eine weitere Zusatzbelastung mit Kosten und oftmals stellt der Erfolg sich trotzdem nicht ein. Schlussendlich kumulieren sich Probleme am Arbeitsplatz mit denen im privaten Bereich. Krankenstände, oft ausgelöst durch diese psychische Belastung, sind die Folge. Frustration, Aussichtslosigkeit, nicht Erscheinen am Arbeitsplatz Flucht in eine Krankheit sind die Folge. Die Abwärtsspirale beginnt, wobei das belastende Umfeld das eigentliche Problem ist und den weit grösseren Krankheitswert (Krankheitskosten) gegenüber dem eigentlichen körperlichen Leiden/Krankheit einnimmt. Die steigenden Gesundheitskosten werden nicht nur von «richtigen» Krankheiten, sondern auch vom Umfeld der Versicherten ausgelöst.

Ein Grundsatz in dieser KVG-Revision ist: Die Krankenkasse soll für die Krankheitskosten aufkommen und nicht etwa für die finanzielle Bedürftigkeit. Im Kontext mit solchen Gegebenheiten müsste „genaugenommen“ ein Teilbetrag vom Sozialamt bezahlt werden. Auslöser und die anfallenden hohen Kosten ist nämlich nicht eine Krankheit, sondern ein schlechter Verdienst oder Geldmangel aufgrund zu einem über den Verhältnissen geführten Lebensstandard mit daraus entstandener Überlastung der Person.

Wieviel Gelder der Taggeldversicherung infolge durch Überlastungen und in der Folge wegen Erschöpfung und suggerierter Krankheit verloren gehen, sollte im Zusammenhang mit der KVG abgeklärt werden, um anschliessend im Umfeld angepasste Schritte einleiten zu können.

Arbeitgeber-Einflussfaktoren auf Taggeldversicherungsprämie

Das Argument, die Einführung einer Einheitstaggeldversicherung bringe eine Kostensteigerung wegen vermehrten Krankenständen, ist nur zum Teil richtig. Die Betriebe können auf Krankheitszeugnisse kein Einfluss nehmen. Die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse werden vom Arzt ausgestellt und sind unantastbar.

Betriebsintern sind Massnahmen sehr beschränkt verfügbar. Eine Möglichkeit, Belohnungen für Mitarbeiter mit wenig Krankheitsausfällen auszuschütten, sind ein Mittel für Krankenständereduktion, meist aber nur für eine Elite mit ohnehin wenig Krankenständen. Ein wirksames zur Verfügung stehendes Instrument ist die Auflösung des Arbeitsvertrages. Sehr oft erhält dadurch der Arbeitnehmer die Berechtigung für Bezug von Geldern aus der Arbeitslosenkasse oder anderer Sozialeinrichtungen. Betriebe, die rigorose Massnahmen gegen Krankheitsausfälle einsetzen, verschieben diesen Personenkreis zum Teil in andere Bereiche und oft in kleinere Betriebe.

Senkung der Krankenstände

Mit Sicherheit ein wirksames Mittel für eine Reduktion der Krankenstände wäre die Wartefrist für den Arbeitnehmer von 2 auf 3 Tage zu erhöhen oder den Prozentsatz des Taggeldes zu reduzieren. Mit „Krank nehmen“ wird neben der Taggeldversicherung auch die Krankenkasse belastet und somit fallen für den Arbeitnehmer Kosten aus dem Selbstbehalt an. Ein höherer Selbstbehalt bei Arztbesuchen dürfte deshalb auf die Taggeldversicherung positive Auswirkung zeigen. Negativ zu bewerten wäre, wenn anderweitig durch eine soziale Institution die Mehrkosten des Selbstbehaltes ausgeglichen werden.

Trends für Wartezeit und Höhe der Vergütung

Der Liechtensteinische Arbeitnehmersverband (LANV) unternimmt immer wieder Vorstösse in den einzelnen Berufsverbänden, um eine Lohnfortzahlung zu 100% ohne Wartezeit durchzusetzen. Allerdings, eine bessere Taggeldversicherung ist gleichzusetzen mit höheren Prämien. Dadurch erhöhen sich die Lohnnebenkosten für die Unternehmer und der Arbeitnehmer erhält wegen höherem Taggeldabzug einen kleineren Nettolohn. Für den Arbeitnehmer, welche selten einmal krank sind, ist es weit günstiger mit der Differenz zur tiefen Prämie ab dritten Tag die eigene Wartefrist zu finanzieren, statt immer wieder mit einer hohen Taggeldprämie ab erstem Tag andere Mitarbeiter mit regelmässigen Krankenständen das Taggeld mitzufinanzieren.

Die Einführung der LANV-Gewerkschaft-Zielsetzung ergibt höhere Lohnnebenkosten und schwächt unseren Wirtschaftsstandort zum Nachteil aller. Die Krankenstände erhöhen sich wahrscheinlich, weil kein finanzieller Ausfall entsteht. Zudem werden die Betriebe zu einem rigoroseren Vorgehen gegen Krankenstände gedrängt, Mitarbeiter mit öfters krankheitsbedingten Ausfällen werden, um die Lohnnebenkosten tief zu halten, durch andere zu ersetzt. Vor allem die Personen, die eine längere Zeit durch eine medizinisch begründete Krankheit ausfallen, tun sich schwer eine neue Stelle zu finden. Das Problem verlagert sich schliesslich auf andere Institutionen. Nicht unbegründet schrieb ein liechtensteinisches Unternehmer in einem E-Mail „Wie lange schaut die Politik dem Treiben des LANV noch zu?“

Folgerung: Zwei Tage Wartezeit und Taggeld mit 80% des AHV-Bruttolohnes sind zu belassen oder zu erhöhen.

100% Taggeldleistungen und keine Wartezeiten lässt das Gesetz ohnehin zu und kann im Arbeitsvertrag auch nachträglich vereinbart werden. Genauso kann für Mitarbeiter welche selten krank sind, vom Arbeitgeber jederzeit freiwillig ab erstem Tag voller Lohnausgleich gewährt werden. Es braucht überhaupt keine Verschärfung des bestehenden Gesetzes und keine zusätzliche Vorschriften und Einschränkungen.

Erleichterung für kränklliche Personen

Wenn einer Person eine Chance mit einer Anstellung gegeben wird, von der man eigentlich weiss, dass mit Ausfällen zu rechnen ist, führt dies meistens zu höheren Prämien in einer kleinen Kollektiv-Taggeldversicherung mit entsprechenden finanziellen Folgen für den Arbeitgeber und die Arbeitnehmer des Betriebes. Das erschwert die Aussicht der weniger leistungsfähigen oder kränkllichen Personen auf Anstellung oder Wiedereingliederung in die Arbeitswelt. Kommt ein Arbeitgeber der Bitte einer Behörde nach, einen Wiedereingliederungsversuch zu machen, werden dem Arbeitgeber in der Regel die in diesem Zusammenhang anfallenden Probleme ebenfalls aufgeladen. Dadurch wird Personen dieser Gruppe der Zugang zu einer dauerhaften Anstellung aufgrund regelmässiger zu erwartender krankheitsbedingter Absenzen mit dem System der Kollektivversicherung zusätzlich erschwert. Früher oder später kann aus kränkllichen Personen, obwohl sie gar nicht wollen, ein Sozialfall entstehen und eine Wiedereingliederung ist dann unwahrscheinlich. Für diese Gruppe an Personen würde sich eine Einheitsprämie positiv auswirken.

Forderung: Einheitsprämie, das Kollektiv bilden alle Arbeitnehmer im Land, für eine Entdiskriminierung und mehr Solidarität für kränklliche Mitbürger die gerne arbeiten würden.

Prüfung der Kriterien für Arbeitsunfähigkeitszeugnisse

Ein weiterer Punkt, oftmals besteht die Vermutung, dass einzelne Arbeitnehmer eine Krankheit vortäuschen, um ein paar freie Tage mit 80% Lohnausgleich zu erwirken. Oftmals sehen der Arbeitgeber oder die Angestellten, dass der Krankgeschriebene alles Mögliche während der Krankheit macht, nur die Arbeit am Arbeitsplatz, das geht nicht. In diesem Zusammenhang entsteht oftmals der Eindruck, dass nicht alle Ärzte die gleichen Kriterien zur Ausstellung eines Arztzeugnisses anwenden. Die hier gemachte Äusserung bewegt sich in einem Graubereich, darf aber im Zusammenhang mit der in letzter Zeit steigenden Absenzen auch bei jungen Leuten sicherlich erwähnt werden. Die Kompetenz, einheitliche Kriterien für die Ausstellung von Arztzeugnissen festzulegen, dürfte eher bei der Ärztekammer liegen, trotzdem könnte diese Sache auch in die KVG-Revision mit einbezogen werden.

Forderung: Arbeitnehmer müssen bei Verdacht auf eine vorgetäuschte Krankheit eine Kontrolle und medizinische Überprüfung auf Kosten der Krankenkasse anordnen können.

Bessere Information auf Arztzeugnissen

Ein Detail am Rande der KVG-Revision. Die meisten Arztzeugnisse sind auf «100% arbeitsunfähig» ausgestellt. Der Übergang von einer leichten bis zur schweren Krankheit ist fließend und entsprechend ist auch das Arbeitsvermögen. Deshalb gibt es auch Arztzeugnisse, welche «50% arbeitsfähig» deklarieren. In diesem Zusammenhang entstehen immer wieder Diskussionen betreffend die Auslegung dieser Definition. Meint der Arzt 50% Arbeitszeit mit 100% Leistung oder 100% Arbeitszeit mit 50% Leistung. Diese Frage stellt sich im Betrieb, wenn der Arbeitnehmer solche unklare Zeugnisse mitbringt. Wie Arztzeugnisse auszustellen und zu verstehen sind, ist nicht Bestandteil der KVG-Revision. Im Zusammenhang mit der KVG-Revision könnte man, wenn auch nur für ein Detail am Rande, die Ausgestaltung klarer und eindeutiger Zeugnisse, welche für jedermann verständlich sind, diskutieren und Vorschläge ausarbeiten.

Forderung: Minimalanforderung für klar gestaltete Arztzeugnisse festlegen mit Bestimmung für die während der Krankheit zulässigen Tätigkeiten. Wenn förderlich, in Absprache mit dem Arbeitgeber.

Zusatzbelastung für Taggeldversicherung bei Schwangerschaft

(Nur wenn Kollektivtaggeldversicherung bleibt - erübrigt sich bei Einheitsprämie)

Die zusätzlichen Kosten für die Taggeldversicherung bei einer Schwangerschaft, die sich mit der jetzigen Gesetzesbestimmung vor allem bei kleinen Betrieben mit einer Kollektiv Versicherung negativ auf die Taggeldprämie auswirken, sollte zukünftig von der FAK übernommen werden. Die FAK wird von den Betrieben finanziert. Der aufgrund des Geschlechtes, zum Nachteil für Frauen im gebärfähigen Alter, der in der heutigen Gesetzgebung vorprogrammierter, unweigerlich eintretender Prämienschub, muss, um eine Gleichstellung der Frau zu erwirken, eliminiert werden. Eine Schwangerschaft ist keine Krankheit und sollte bei unserer tiefen Geburtenrate als ein willkommenes Ereignis gelten. Durch die Bezahlung mit FAK-Geldern wird der Lohnausfall infolge einer Schwangerschaft auf alle Betriebe verteilt, auch auf solche, die ausschliesslich nur Männer beschäftigen. Die Unterstützung der Familien muss sowohl im Interesse des Staates als auch der Firmen und der Pensionäre sein. Die Kinder der Familien sichern schliesslich in der Zukunft den Fortbestand des Staates und der Betriebe und Sie leisten in Ihrem zukünftigen Erwerbsleben einen erheblichen Beitrag für die Altersversorgung.

Forderung: Diskriminierung von Frauen in gebärfähigem Alter abschaffen.

Vorbeugende Massnahmen und Vorsorgeuntersuchung:

Risikofaktoren

Neben einer möglichst frühen Erkennung von Krankheiten durch die Vorsorgeuntersuchung spielen Aufklärung und Beratung eine zentrale Rolle.

Risikofaktoren wie z.B. Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und mangelnde Bewegung oder gesundheitsgefährdende Sportaktivitäten sind Lebensgewohnheiten von Individuen, oftmals verstärkt durch soziale Gruppen und Kulturen. Manche Risikoverhaltensweisen sind von psychosozialen Belastungen abhängig und dienen in ihrer Funktion auch zur Stressbewältigung.

Prophylaktische Massnahmen für den geistig-seelischen, den körperlichen und den gesellschaftlichen Bereich können den Gesamt-Risikofaktor bestehend aus Einzelrisiken erheblich verkleinern.

Stress, Anspannung, Suchtverhalten, Aggression, alle Ängste, Frustration, Geltungsdrang, Überforderung und Schlafmangel kombiniert mit Bewegungsmangel, Unter-/ Übergewicht, Fehlernährung, Alkohol, Rauchen, Fehl-/ Überbelastungen im Sport und genetische Veranlagungen für Krankheiten sowie mangelnde Kommunikation, Scheidungen, Todesfall sehr nahestehender Personen, fehlender Freundeskreis, Außenseiter und Konkurrenzdruck können in Kombination den Gesamt-Risikofaktor für eine schleichend entstehende Krankheit mit allmählichem Übergang in eine chronische Krankheit erheblich erhöhen.

Für die meisten chronischen Erkrankungen wird von einer multifaktoriell bedingten Entstehung ausgegangen, in der sowohl die individuelle Disposition wie auch der Lebensstil von Bedeutung sind. Dies gilt sowohl für die Entstehung wie auch für den Verlauf der Erkrankungen. Wird das Individuum sogar chronisch krank, kann eine völlige Wiederherstellung der Gesundheit in der Regel nicht mehr erwartet werden.

Prophylaxe

Der geführte Lebenswandel hat eine starke Auswirkung auf die Gesundheit. Deshalb muss der Kompetenzbereich im Gesundheitswesen vorbeugende Massnahmen wie Information, Aufklärung, Analysen von Vorsorgeuntersuchungen und anderes beinhalten. Als Beispiel, wenn schon im jugendlichen Schulalter starkes Übergewicht oder aber auch Untergewicht vorhanden ist oder gewisses Suchtverhalten erkennbar ist, müssten diese Personen über die möglichen Folgen Ihrer Lebensgewohnheit noch besser informiert werden. Je früher ein Umdenken erreicht wird, umso eher kann später Leid und Kosten für den Betroffenen erspart werden. Weil die Folgekosten zu einem grossen Teil auch von der Allgemeinheit getragen werden müssen, ist Prophylaxe eine elementar wichtige Aufgabe im Gesundheitswesen. Gerade im Frühstadium erkennt der Betroffene sehr oft die Tragweite der Simplex-

Risiken nicht, die je nach Kombinationen einen hohen Multi-Risikofaktor ergeben können. Im Frühstadium fühlt sich der Betroffene wohl und auch die Werte aus Blutanalysen sind absolut im Rahmen. Gerade dieses Phänomen ist eine trügerische Falle.

Zur Prophylaxe ist in der Vernehmlassung zur KVG-Revision nur wenig nachzulesen, obwohl, rechnerisch zwar nicht beweisbar, dennoch die Gesundheitskosten mit Blick in die Zukunft durch vorbeugende Massnahmen mit relativ wenig Aufwand gesenkt werden können. Zum Beispiel, die leeren Rückseiten der Korrespondenz von der Versicherung an die Versicherten könnten mit entsprechenden Gesundheitsleitfäden bedruckt werden.

Forderung: Dem Thema Prophylaxe sollte in der Revision der KVG mehr Gewicht gegeben werden, als dies die Vernehmlassung tut. Die Krankenkasse hat einen bestimmten Prozentsatz für Informationen zu vorbeugenden Massnahmen zu verwenden. Keine farbige Glanzbroschüren mit grossen Bildern an alle Haushaltungen, sondern gezielt auf die Versichertengruppe abgestimmte und für den Laien verständliche Informationen auf kostengünstigste Art als Beipackzettel zur ohnehin zu versendenden Korrespondenz oder ähnliches. Ein Anteil der Informationen soll für bewährte Hausmittel reserviert sein.

Prophylaxe - Produkt aus Vorsorgeuntersuchungen

Schon im Säuglingsalter werden Vorsorgeuntersuchungen gemacht, die sich dann über die Schulzeit bis ins hohe Alter fortsetzen. Neben Blutanalysen und anderen Tests, werden auch die Lebensumstände und Lebensgewohnheiten sowie vererbte Anlagen in die Vorsorgeuntersuchung mit eingezogen. Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen hätten einen ganz anderen Stellenwert, wenn die gesammelten Daten in einer Liste fortwährend eingetragen und für die nächsten Termine archiviert werden. Der Versicherte würde die Veränderung der Werte über Jahre hinweg sehen, die sich aufgrund seiner Lebensweise ins positive oder negative verändern. Mit den heutigen Rechnerleistungen wäre es kein Problem, praktisch ohne Kosten, ab einem gewissen Alter, wenn mehrere Resultate bekannt sind, auch ein etwas in die Zukunft projizierter Verlauf der relevantesten Werte in Kurven oder Diagrammen darzustellen. Ein aufgrund des Kurvenverlaufes wahrscheinlich eintretendes Gesundheitsproblem könnte softwaremässig für die häufigsten „Sünden“ gleich mit ausgegeben werden. Dazu würden auch Empfehlungen betreffend Umstellung der Lebensgewohnheiten gehören. Etwa welche Nahrungsmittel besonders vorgezogen und welche vermieden werden sollten um zu Normalwerten zurückzukommen. Mit Programmen kann natürlich nicht das Wissen des Arztes ersetzt werden. Die Feinheiten, vor allem wenn noch Erbfaktoren

und andere spezifische Faktoren mitspielen, muss der Arzt entscheiden und kommentieren.

Auch bei Personen, die sich nicht an die Empfehlungen halten, ist ein Nutzen gegeben. Treten nämlich die, in den schriftlich vorliegenden Protokollen, vielleicht schon jahrelang prognostizierte Gesundheitsprobleme ein, wird dies über die Kommunikation positive Auswirkung für jüngere haben.

Das Ziel wäre, das Bewusstsein für die Eigenverantwortung zu stärken.

Man müsste vermutlich verlangen, dass jeder seine Vorsorgeuntersuche an einem Ort protokollieren lässt (vergleichbar mit dem Impfbüchlein). Die Daten müssen strengstens unter Einbezug der Datenschutzstelle auf höchstmögliche Anonymität gesichert sein.

Forderung: Die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen sollten verstärkt für eine langfristige Senkung der Gesundheitskosten aufbereitet und verwendet werden.

Zeitpunkt der Vorsorgeuntersuchung

Der Zeitpunkt für Vorsorgeuntersuchungen ist innerhalb von Zeitfenstern festgelegt. Bis zu einem gewissen Alter von vielleicht 20 Jahren ist dies auch richtig. Später wird die Einladung zur Vorsorgeuntersuchung zugeschickt, die vorgesehenen Zeitfenster werden aber oft nicht genutzt. Oftmals fühlt sich der Versicherte gesund und sieht keine Veranlassung für eine Vorsorgeuntersuchung, die Einladung verschwindet im Papierkorb. Durch die dauernde Belastung im täglichen Leben werden Alarmsignale oft lange nicht wahrgenommen. Erst durch ein Ereignis im Umfeld oder ein Hinweis durch Freunde entsteht eine gewisse Sorge um die eigene Gesundheit und eine Vorsorgeuntersuchung wird in Erwägung gezogen. Diese Momente der Besorgnis dauern oft nur kurze Zeit an, danach kehrt der normale Alltag wieder zurück. Genau in diesen Momenten muss eine Vorsorgeuntersuchung möglich sein.

Forderung: Die Zeitpunkte der Vorsorgeuntersuchung sollten spezifisch auf den Versicherten angepasst werden, resp. die Vorsorgeuntersuchung findet dann statt, wenn der Versicherte dies wünscht.

Finanzierung der Vorsorgeuntersuchung

Nun ist es so, wenn jemand gerade in diesem Moment eine Untersuchung machen lässt, die Krankenkasse aber in den letzten Jahren nur wenig oder gar nicht beanspruchte, muss er wegen der Franchise die Rechnung ganz oder grösstenteils

selbst bezahlen. Das ist ärgerlich. Wegen der Franchise oder den höheren Selbstkosten besteht zudem die Gefahr, dass der Versicherte aus Kostengründen die körperlichen Alarmsignalen unterdrückt und dadurch später ungewollt selbst menschliches Leid erfährt - mit möglicherweise hohen Folgekosten für die Allgemeinheit. Jedem Versicherten der die Krankenkasse oft jahrelang nicht belastet, sollte ein Freibetrag für die spontane Nutzung einer Untersuchung zustehen. Für den Aufbau eines Freibetrages könnte pro Jahr, sofern die Kasse im laufenden Jahr durch den Versicherten nicht belastet wurde, auf seinem Konto ein Betrag gutgeschrieben werden. Die Höhe des Betrages, welcher den Freibetrag generiert, müsste ermittelt werden, vielleicht in der Grössenordnung von 100 Franken oder mehr. Nicht bezogene Freibeträge werden kumuliert und können gesamthaft bezogen werden. Wenn über Jahre kein Arztbesuch gemacht wurde, dürfte der Aufwand einer Untersuchung auch entsprechend grösser sein, darum sollten nicht bezogene Freibeträge kumuliert werden. Gerade für Personen die über viele Jahre nie einen Arztbesuch absolvieren, hat eine vorsorgliche Untersuchung einen Mehrwert gegenüber denjenigen die dauernd irgendwelche Ängste um Ihre Gesundheit haben, weil bei dieser Gruppe ist schon „durchgecheckt“. Bei Versicherten, die regelmässig zum Arzt gehen, besteht die Gefahr, dass mit einer kostenlosen Vorsorgeuntersuchung die ohnehin schon vorhandenen Werte nochmals geprüft werden. Die Allgemeinheit bezahlt. Die Vorsorgeuntersuchungskosten könnten grösstenteils mit persönlichen Gutschriften, die bei ungenutzter Krankenkassenleistung ausgegeben werden, finanziert werden. Damit würde das heutige Giesskannenprinzip eliminiert.

Die festgestellten Messwerte und Untersuchungsbefunde müssten in der Versichertenakte protokolliert und bei jeder weiteren Untersuchung verfügbar sein. Der Freibetrag kann ausschliesslich nur für Vorsorgeuntersuchungen verwendet werden.

Forderung: Das Ziel dieser Regelung wäre einerseits die Vorsorgeuntersuchungen individuell auf den Versicherten anzupassen, Paralleluntersuchungen vermeiden, die Kosten der jetzigen Vorsorge zu senken, das Giesskannenprinzip abschaffen, sowie hohe Folgekosten wegen unterlassener Gesundheitsvorsorge zu reduzieren. Eine Regelung auszuarbeiten, um einen Freibetrag für Vorsorgeuntersuchungen aufzubauen, mit dem die individuellen Vorsorgeuntersuchungen finanziert werden.

Tiers garant oder Tiers payant

Der „Tiers garant“ wird zum Teil heftig kritisiert. Der „Tiers garant“ bringt jedoch im Vergleich zum „Tiers payant“ einige Vorteile.

Begriffsdefinition:

Beim „Tiers payant“, dem jetzigen System, handelt sich um ein System der Leistungsvergütung: Die Krankenkasse bezahlt den Arzt und stellt den Versicherten danach die Kostenbeteiligung in Rechnung.

Beim „Tiers garant“, das in Erwägung gezogene System, handelt sich um ein System der Leistungsvergütung: Die Krankenkasse garantiert die Deckung, die Versicherten zahlen die Rechnungen selber und senden diese an die Kasse. Die Versicherten erhalten von der Krankenkasse eine Rückerstattung nach Abzug der Kostenbeteiligung.

Der „Tiers payant“

Zur Sache. Die Krankenkasse kann die Rechnungen nicht kontrollieren, nur der Patient und der Arzt weiss was tatsächlich gemacht wurde. Gerade wenn eine höhere Franchise und ein höherer Selbstbehalt eingeführt werden, müssen viele Versicherte den grössten Teil selber bezahlen. Mit dem jetzigen System dem „Tiers payant“ bezahlt der Patient eine nicht eingesehene und nicht kontrollierte Rechnung via Krankenkassenrechnung in der Höhe der Franchise und Selbstbeteiligung quasi mit einem Blanko-Check-Verfahren. Dieses Geschäftsprinzip, einen Auftrag dem Auftragnehmer erteilen ohne zu wissen wie hoch die Kosten sind, danach die Rechnung ohne Kontrolle des Lieferumfanges und des Preises durch einen Dritten bezahlen lassen und anschliessend die ganze oder zumindest einen Teil von dieser ungesehenen Rechnung diesem Dritten zu entschädigen, ist eine unübliche Geschäftspraktik und eigentlich nur in diesem Bereich der Gesundheitsversorgung zu finden.

Der „Tiers garant“

Beim Zahnarzt wird meist zuerst nach den Kosten gefragt und wenn das PreisLeistungsverhältnis passt, kann er anfangen. Die Rechnung wird auf Übereinstimmung mit dem Kostenvoranschlag und den erbrachten Leistungen geprüft und dann bezahlt. Was beim Zahnarzt funktioniert, würde auch beim Mediziner funktionieren. Eine Zahnbehandlung dient schliesslich auch der Gesundheit.

Gerade für diejenigen die eine günstige Prämie mit einem hohen Selbstbehalt, vielleicht von 2000 Franken wählen, ist eine hohe Transparenz entscheidend um kostenbewusst agieren zu können. Dazu ist der „Tiers garant“ in der Schweiz

eingeführt worden und wird von der FMH (Ärztevereinigung) empfohlen. Es ist nämlich so, gerade wenn jemand eine höhere Franchise vielleicht in der Grössenordnung von 2000 Franken abschliesst, damit er eine Prämie mit viel Rabatt bekommt, müssen viele Versicherer die anfallenden Kosten ganz oder grösstenteils selber bezahlen. Sie kommen nicht in den Genuss von Versicherungsleistungen. Gerade für diese Gruppe ist völlige Transparenz wichtig. Im Moment wird immer nur von Rentnern und chronisch Kranken gesprochen, dabei wird vergessen, dass der grössere Anteil der Versicherten nicht dieser Gruppe angehört.

- Der Patient muss mit dem „Tiers garant“ keine Vorkasse leisten. Wenn kein Geld vorhanden ist, kann zugewartet werden bis die Krankenkasse Ihren Anteil bezahlt.
- Der Arzt kann angewiesen werden, dass für Leistungen welche die Kasse nicht bezahlt, vor der Behandlung das Einverständnis des Patienten vorhanden sein muss. Damit verhindert wird, dass Positionen auf der Arztrechnung sind, welche von der Krankenkasse im nach hinein nicht vergütet werden. Sind trotzdem solche Positionen vorhanden, müssen diese nicht bezahlt werden.
- Der Patient kennt die Kosten und kann aktiv Einfluss auf diese nehmen. Dies ist wichtig bei hoher Franchise.
- Bekannte Behandlungs- und Medikamentenkosten bewirken zusammen mit der zukünftig höheren Selbstbeteiligung nach kostengünstigeren, alternativen Wege zu suchen, ein vermehrtes überlegen und ausprobieren. Vor allem im Anfangsstadium beginnender Anzeichen einer Erkrankung wird sehr wahrscheinlicher, auch zusammen mit dem Arzt, versucht Wege zu finden, wie weit mit Umstellung von Lebens- und Essgewohnheiten, welche vielleicht sogar die Ursache darstellen und wieweit mit preisgünstigen Hausmittel anstelle der teuren Medikamente der Pharmaindustrie dauerhafter und kostengünstiger dem Gesundheitsproblem entgegengewirkt werden könnte. Die Kostentransparenz, ein Kernstück des „Tiers garant“, ist der Schlüssel dazu.
- Der „Tiers garant“ wird ausschliesslich und nur in der Grundversicherung für Kosten bis 5000 Franken pro Jahr angewendet. Kosten über 5000 Franken trägt die weitgehend die vom Staat mitfinanzierte Hochkostenversicherung und wird im Normalfall direkt von dieser bezahlt. Horror-Szenarien, der Spitalaufenthalt müsse vorfinanziert werden, ist eine plumpe Lüge einer Gruppe mit Eigeninteressen.
- Der „Tiers garant“ bietet den höchsten Daten- und Persönlichkeitsschutz. Der Patient entscheidet, ob er die Rechnung einreichen will und damit aufgrund der Angaben auf der Rechnung die leicht zu ermittelnde Diagnose für seine Person den Angestellten der Krankenkasse offenbaren will oder ob er gewisse Befunde für sich behalten will.

Ich schlage vor, beide Varianten einzuführen, damit der Versicherte für den „Tiers garant“ oder dem heutigen Abrechnungsmodus dem „Tiers payant“ entscheiden kann.

Vorschläge zur Umsetzung des „Tiers garant“:

Ein Wechsel zwischen „Tiers garant“ und „Tiers payant“ kann jährlich durch den Versicherten durch eine Mitteilung an die Krankenkasse vorgenommen werden.

Der Arzt schickt die Rechnung mit für den Laien verständlichen detaillierten Einzelpositionen direkt dem Patienten zu.

Der Rechnung ist eine Kopie anzufügen.

Auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten schickt der Arzt gleichzeitig eine Kopie direkt der Krankenkasse zu. (Damit die Krankenkasse dem Patienten ohne sein dazutun sozusagen automatisch und sofort ihren Anteil überweist)

Die Krankenkasse bezahlt innerhalb 5 Arbeitstagen nach Erhalt der Rechnungen Ihren Anteil (Kostenbeteiligung des Versicherten ist abgezogen) auf das Konto des Versicherten.

Der Patient kann die Rechnung kontrollieren und bei unklarer oder fehlerhafter Rechnung einschreiten. Die Krankenkasse erteilt kostenlose telefonische Auskünfte zu Fragen in Zusammenhang mit einer Rechnungsstellung durch eine fachkundige Person.

Die Bezahlung der Prämie beinhaltet eine Rechtsschutzversicherung welche auf Antragstellung des Patienten die Anliegen des Patienten bei Ungereimtheiten betreffend der Rechnungslegung kostenlos vertritt und sofern notwendig die Verteidigung übernimmt.

Akzeptiert der Patient die Rechnung, bezahlt er anstelle eines Selbstbehaltes an die Krankenkasse gleich den ganzen Betrag zusammen mit dem erhaltenen Anteil der Krankenkasse direkt den Arzt.

Für Behandlungen und Medikamente, welche die Krankenkasse nicht übernimmt, muss der Patient vor der Behandlung informiert werden.

Der Patient hat vor der Behandlung ein Anrecht zu erfahren, wieviel die vorgesehene Behandlung kostet und entscheidet für oder gegen eine Behandlung.

Der Arzt und/oder der Patient kann die unterschriftliche Bestätigung eines Rapportes im Anschluss der Behandlung verlangen, vor allem wenn Behandlungen gemacht wurden, welche die Krankenkasse nicht bezahlt.

Der Patient braucht der Krankenkasse keine Rechnungen zu schicken, solange er seine gewählte Franchise innerhalb eines Krankenkassenjahres nicht überschreitet. Überschreiten die Rechnungen den Selbstbehalt aus der Franchise innerhalb eines Krankenkassenjahres, können in diesem Zeitpunkt nachträglich alle Rechnungen aus dem laufenden Jahres gesammelt zugeschickt werden, damit für die zukünftigen Rechnungen im noch laufenden Abrechnungsjahr die Krankenkassenanteile bezogen werden können.

Das Prinzip, klare Rechnung gute Freunde, soll auch bei der Krankenkasse seine Gültigkeit haben.

Generika und Markenprodukte:

Nicht alle Markenprodukte können durch Generika ersetzt werden können. Bei Generika bei denen jedoch keine Qualitätseinbusse besteht, sollten diese an die Stelle der Markenprodukte treten. Für Markenprodukte müsste der Aufpreis in Rechnung gestellt werden.

Beim Arzt können die meisten Medikamente gleich mitgenommen werden. Das ist für den Patienten praktisch und für den Arzt ein Zusatzverdienst. Wie weit dass Kosten gespart werden können, wenn der Arzt keine Medikamente würde, kann ich nicht beurteilen. Eine Frage ist auch, wieviel verdient der Arzt durch den Verkauf an den vom Ihm verschriebenen Medikamente.

Patientenverfügung

Wieweit teure Operationen und kostspielige Intensivaufenthalte für totgeweihte, nicht mehr urteilsfähige Personen gemacht werden sollen, um das Leben mit wenig bis gar keiner Lebensqualität etwas zu verlängern, ist eine ethische Frage und schwierig zu beantworten und unter Umständen sehr kostenintensiv. Diese Frage kann sich bei jungen Personen z.B. nach einem Unfall als auch bei alten Personen stellen, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr äussern kann. Eine vorhandene Patientenverfügung könnte den Ärztinnen und den Ärzten für eine Entscheidungsfindung eine Hilfestellung bieten. Sie bildet auch eine Entlastung für die Angehörigen in den schweren Stunden der Wahrheit. Will der Patient seine letzten Monate, Tage seines Lebens alle möglichen lebensverlängernde Massnahmen, mit Infusionsflaschen, Sinnestäuschungen, in der Hoffnung auf Genesung, verbringen oder möchte er sich von dieser Welt mit einen schmerzfreien natürlichen Tod verabschieden? Beides kann in der Patientenverfügung als Wunsch aufgeführt sein.

Im Vernehmlassung-Bericht ist nichts zur Patientenverfügung erwähnt. Im Zusammenhang mit der KVG-Revision könnte die Patientenverfügung ebenfalls mit einbezogen werden. Seit Januar 2012 können verbindliche und unverbindliche Patientenverfügungen erstellt werden. Für die verbindliche sind die Kosten hoch und die Erstellung braucht spezifische Fachkenntnisse, sie geht sehr weit mit Details welche für den Patienten und behandelten Arzt nachteilig sein können, und wird deshalb von vielen Ärzten nicht begrüsst. Die unverbindliche hingegen ist wieder völlig formlos. Gebraucht wird eine Mittellösung, die einerseits dem Arzt noch genügend Freiraum lässt, andererseits doch der Wille ausdrückt, was im

kommunikativen Austausch als aktueller Wille die betroffene Person gewünscht hätte. Eine normale Patientenverfügung sollte einfach und kostengünstig oder kostenlos zu erstellen sein, problemlos geändert und nach Ablauf der Gültigkeit von 5 Jahren erneuert oder kostenlos für weitere 5 Jahre bestätigt werden können. Das Erstellen einer Patientenverfügung muss überlegt sein und braucht eine längere Zeit um sich damit in Ruhe zu befassen und erst wenn man ganz sicher ist was man möchte wird vielleicht, um sicher zu gehen, noch eine Fachperson für die ganz korrekte Ausfüllung des Formulars benötigt. Allein durch gute Zugänglichkeit zu Informationsmaterial würde der ein oder andere sich mit der Auseinandersetzung mit dieser Thematik leichter tun.