+GF+

BETRIEBS-KRANKENKASSE

Schaffhausen, Oktober 1965 XXVIII. Jahrgang Nr. 4

Spitalkosten- und Spitalversicherung ab 1. Oktober 1965

Wie Sie der Tagespresse entnehmen konnten, betragen die Taxen in der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Schaffhausen ab 1. Oktober 1965:

a) für Kantonseinwohner	*pro Tag*
1. Erwachsene	Fr. 20.—
2. Kinder bis zum 7. Altersjahr	Fr. 10.—
Kinder vom 8.—15. Altersjahr	Fr. 12.—
3. Im Spital geborene Säuglinge	Fr. 5.—

b) Nichtkantonseinwohner	*pro Tag*
1. Erwachsene Schweizer Bürger und in der Schweiz ansässige Ausländer	Fr. 25.—
2. Uebrige erwachsene Ausländer	Fr. 30.—
3. Kinder bis zum 7. Altersjahr	Fr. 12.—
Kinder vom 8.—15. Altersjahr	Fr. 16.—
Im Spital geborene Säuglinge	Fr. 6.—

Benützung des Operationssaales Fr. 20.— bis 80.— (30.— bis 100.—).

Benützung des Gebärsaales Fr. 50.— (50.— bis 60.—).

Um dieser Situation Rechnung zu tragen, zahlen wir gemäss GV-Beschluss ab 1. Oktober 1965 pro Spitaltag:

für Erwachsene Fr. 12.—
für Kinder Fr. 8.—

zuzüglich die Leistungen der Spitalzusatzversicherung.

Damit sind die meisten Mitglieder, die eine Spitalzusatzversicherung abgeschlossen haben, voll oder zumindest annähernd bis zum vollen Kostenbetrag gedeckt. Eine Erhöhung Ihrer Spitalzusatzversicherung ist jetzt nicht nötig und kann vor dem 1. Januar 1966 auch nicht gewährt werden.

Spitalversicherung ab 1. Januar 1966

Ab 1. Januar 1966 gewähren wir aus der ordentlichen Krankenpflegeversicherung, in Übereinstimmung mit den Kosten der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Schaffhausen, und in Anbetracht, dass der grösste Teil unserer Mitglieder in Stadt und Kanton Schaffhausen ansässig ist, einen Kostenbeitrag von

Fr. 20.— pro Spitaltag, nebst Uebernahme der Kosten für Operationssaalbenützung, bzw. Gebärsaalbenützung. Diese Leistungserhöhung bedingt eine Beitragsanpassung von Fr. 1.50 pro Monat, d. h. von Fr. 11.— auf Fr. 12.50 pro Mitglied ab 16. Altersjahr. Durch diesen Leistungsausbau in der ordentlichen Krankenversicherung, der allen Mitgliedern zu gut kommt, wird die bisherige Spitalzusatzversicherung für diejenigen Versicherten überflüssig, die im Spitalfall nicht mehr als Fr. 20.— Tageskosten zu erwarten haben. Es sind dies, wie schon gesagt, alle im Kanton Schaffhausen wohnhaften Mitglieder, die sich im Spitalfall in die allgemeine Abteilung begeben.

Unseren Mitgliedern aus den Kantonen Zürich und Thurgau wird die Tagestaxe nach Einkommen und Vermögen angesetzt. Wir empfehlen Ihnen, sich auf der Gemeindekanzlei Ihres Wohnortes zu erkundigen, welche Taxe für Sie gilt und sich dann entsprechend zusätzlich zu versichern, wenn diese Taxe Fr. 20.— übersteigt.

Grenzgänger, die nicht AOK versichert sind, zahlen nebst den festen Tageskosten die Kosten für Arzt und Arznei, Röntgen etc. extra. Ihnen wird dringend der Abschluss einer Zusatzversicherung mit Behandlungskostendeckung empfohlen (Minimum Variante I Fr. 10.—/500.—).

Allen Mitgliedern, die im Krankheitsfall die Privatabteilung eines Spitals aufsuchen wollen, bieten wir mit der neuen Spitalzusatz- und Behandlungskostenversicherung die Möglichkeit einer umfassenden Versicherung .

Mit einer Zusatz- und Behandlungskostenversicherung decken Sie sich aber auch ganz allgemein gegen das Risiko der Spitalkosten auf Reisen. Wenn Sie irgendwo in der Schweiz oder im Ausland erkranken und hospitalisiert werden, haben Sie immer mit sehr hohen Kosten zu rechnen. Darum Vorsorgen durch den Abschluss einer guten Versicherung .

Die Grundleistung für Kinder beträgt Fr. 8.—. Wir empfehlen, Kinder mit mindestens Fr. 4.— zusätzlich zu versichern.

Kombinierte Spitalzusatz- und Behandlungskostenversicherung (SpV)

Mit der Schaffung einer kombinierten Spitalversicherung tragen wir allen Mitgliedern Rechnung, die im Spitalfall höhere Kosten zu erwarten haben, als die ab 1. Januar 1966 aus der ordentlichen Krankenpflegeversicherung gewährte Pauschalentschädigung von Fr. 20.— pro Spitaltag, zuzüglich Operations-, bzw. Gebärsaalgebühr.

Versicherbar sind folgende Leistungen:

	Leistung Fr.	Beitrag pro Monat Fr.
Pauschale Zusatzversicherung pro Spitaltag	4.— nur Kinder	—.80
	8.— nur Kinder	1.60
	10.—	2.—
	15.—	3.—
	20.—	4.—
	30.—	6.—
	40.—	8.—
Zusatzversicherung, kombiniert mit Behandlungskostenversicherung	10.— / 500.—	5.50
	15.— / 750.—	8.25
	20.— / 1 000.—	11.—
	30.— / 1 500.—	16.50
	40.— / 2 000.—	22.—

Es kann eine Spitalzusatzversicherung allein, oder eine Spitalzusatzversicherung, kombiniert mit Behandlungskostenversicherung abgeschlossen werden. Die Behandlungskostenversicherung allein wird nicht gewährt.

Leistungsbezug

Für einen Spitalaufenthalt kann sowohl die Spitalzusatz- als auch die Spitalkostenversicherung voll ausgenützt werden, sofern dem Versicherten kein Gewinn erwächst. Zusammen mit den Leistungen der ordentlichen Versicherung werden keinesfalls höhere Leistungen als das Total der während dem Spitalaufenthalt entstandenen Kosten ausbezahlt.

Leistungsdauer

Die Leistungen der Spital*kosten*versicherung können im Laufe eines Jahres nur einmal voll bezogen werden. Werden diese zwei Jahre hintereinander voll bezogen, wird die Bezugsberechtigung ein Jahr unterbrochen. Nach einem weiteren vollen Bezug im folgenden Jahr wird die Versicherung aufgehoben.
Das Spitaltaggeld wird während 720 Tagen im Laufe von 900 aufeinanderfolgenden Tagen ausgerichtet.

Leistungsumfang

Bei Aufenthalt in einer öffentlichen oder privaten Heilanstalt volle Leistungen.
Bei Aufenthalt in einer öffentlichen oder privaten Nervenklinik während 180 Tagen, Behandlungskosten nur einmaliger Bezug an die während 180 Tagen anfallenden Kosten.
In ärztlich geleiteten Heilbädern in der Schweiz:
Ein Drittel der versicherten Leistungen während höchstens 30 Tagen pro Jahr.

Einschränkungen

Keine Leistungen werden ausgerichtet bei:
Sanatoriumsaufenthalt, für welchen die Tuberkuloseversicherung aufkommt.
Anstaltsaufenthalt, für welche die SUVA oder ein Dritter für die Krankenpflegekosten voll oder teilweise aufkommt.
Bei Heilkostenübernahme durch die IV und MV können im Krankheitsfall deren Leistungen bis zur Höhe des versicherten Betrages ergänzt werden.
(Genehmigung durch Bundesamt für Sozialversicherung und durch die DV bleibt vorbehalten).

Übergangsbestimmungen zur neuen Spitalversicherung

1. Die bisherige Spitalversicherung bleibt grundsätzlich bestehen. Wer aus dieser austreten will, muss uns dies schriftlich mitteilen.
2. Wer der Spitalzusatzversicherung schon bisher angehört hat und nicht über 55 Jahre alt und gesund ist, kann die zu versichernden Leistungen gemäss den oben angeführten Varianten beliebig wählen. Ueber 55 Jahre alte Mitglieder, die der Spitalzusatzversicherung schon bisher angehört haben, können ihre Versicherung nur auf Variante 1: Zusatz Franken 10.— / Behandlungskosten Fr. 500.— ändern lassen. Die Versicherungsänderung kann jedoch nur gesunden Mitgliedern gewährt werden.
3. Für bestehende Leiden kann ein Vorbehalt angebracht werden, auch wenn in der ordentlichen Versicherung kein Vorbehalt besteht.
4. Die Genussberechtigung beginnt bei Neuabschluss und für Versicherungserhöhungen nach einer Karenzzeit von drei Monaten. Bei Schwangerschaft nach neun Monaten.
5. Die neuen Leistungen aus der ordentlichen Krankenversicherung werden karenzzeitfrei gewährt.

Wenn die Altersleiden beginnen

Es lässt sich leider nicht leugnen, dass sich mit zunehmendem Alter in unserem Körper gewisse Abbauerscheinungen vollziehen, die niemandem ganz erspart bleiben. Diese Abbau-Prozesse setzen schon mit dem 21. Lebensjahr ein, richtiger ausgedrückt, von diesem Alter ab wiegen sie vor. Natürlich entwickeln sich meistens daraus noch keine Leiden, aber in späteren Jahren können Erscheinungen einsetzen, die manchmal sehr unangenehm und schmerzhaft sind. Vielleicht noch schlimmer für den Betreffenden ist das Wissen, dass es sich hier nicht um eine Krankheit handelt, die nach kürzerer oder längerer Zeit geheilt werden kann, sondern um ein Leiden, das nur schwer

zu beeinflussen ist. Was einmal abgenützt oder gar zerstört ist, kann nicht wieder erneuert oder neuwertig gemacht werden.

Zu diesen typischen Altersleiden gehört die *Arthrose*. Es handelt sich dabei um degenerativ-deformierende Gelenk-Veränderungen, deren Ursache mannigfaltig sein kann. Oft machen sich die ersten Erscheinungen in den «Wechseljahren» bemerkbar. Es scheint also ein Zusammenhang mit dem Ausfall der Drüsen zu bestehen, mit Recht also eine Alterserkrankung. Anatomisch gesehen handelt es sich um eine Mangeldurchblutung der betreffenden Gelenkteile. Daraus geht schon hervor, dass man dieses Leiden nicht, wie es häufig geschieht, mit der Arthritis verwechseln darf. Die Arthritiden sind echte entzündliche Erkrankungen und haben mit den Arthrosen nichts zu tun. Der Folgezustand einer Arthritis kann natürlich eine Arthrose sein. Die Arthritis ist ein akut oder chronisch verlaufendes gelenk-rheumatisches Leiden. Wird ein akuter, auf Entzündung beruhender Gelenkrheumatismus früh genug richtig behandelt, hat er günstige Heilungschancen und das Risiko der Komplikation verringert sich. Bei dieser Krankheit können die, die Entzündung hervorrufenden Erkrankungen unter Umständen weitaus schwerwiegender sein als die eigentliche Arthritis selbst. Die Ausschaltung des Herdes, der die Erkrankung der Gelenke hervorruft, steht also im Vordergrund.

Bei der Arthrose aber ist es etwas anderes. Hier liegt keine entzündliche Gelenkerkrankung vor. Vielmehr handelt es sich, wie schon gesagt, um Gelenkveränderungen, die sich im wesentlichen an den empfindlichen Knorpelanteilen der Gelenke einstellen. Dadurch entstehen mit der Zeit Funktionsbeeinträchtigungen, die mit Gelenkschmerzen und Schwellungen einhergehen. Man kann in diesem Fall das Rad der Zeit nicht zurückdrehen, aber man darf selbstverständlich nicht resignieren. Dazu ist auch kein Grund vorhanden. Wenn man das Leiden auch nicht beseitigen kann, so vermag der Arzt doch vieles zu tun. Es gibt Mittel und Wege, die Schmerzen zu lindern, man kann Höhepunkte der Leiden auch zum Abheilen bringen. Vor allem kann man das Fortschreiten der Entartung ganz erheblich verzögern. Der Prozess ist an sich schon sehr langsam, durch geeignete Behandlungsmethoden kann man ihn bremsen.

Man soll sich unbedingt rechtzeitig in ärztliche Behandlung begeben. Bestrahlungen, Packungen, Bäder, Salben — der Arzt kann unter vielen Möglichkeiten wählen. Es geht darum, den erkrankten Gelenken Wärme zuzuführen. Bewährt haben sich Kurzwellen-Bestrahlungen, Schlammpackungen und auch radioaktive Bäder. Daneben gibt es selbstverständlich auch Medikamente, die nicht nur die Schmerzen überdekken, sondern auch die Entzündungen zum Abklingen bringen und die schmerzende Muskulatur beruhigen. Die Vielzahl der Möglichkeiten hat nur den Nachteil, dass man manchmal eine Weile experimentieren muss, ehe man den Weg gefunden hat, der dem einzelnen Patienten hilft. Diese Schwierigkeit muss in Kauf genommen werden, denn es geht ja darum, die Beschwerden erträglicher zu machen.

In den meisten Fällen wird in den Behandlungsplan auch eine Verringerung des Körpergewichts aufgenommen, besonders bei Uebergewicht. Die Gelenke, die ohnehin schon viel auszuhalten haben, müssen entlastet werden. Jedes Pfund zu viel bringt zusätzliche Schmerzen. Rechtzeitige Vorbeugung ist wichtig. Die Vorbeugung bezweckt, wie auch die Heilung, eine gute Durchblutung des Gesamtorganismus. Gesundes Leben, genügend Ruhe, keine anhaltenden Ueberanstrengungen, keine Aufregungen, salz- und gewürzarme Kost, Vorsicht mit Genussgiften, Bewegung an frischer Luft, Spaziergänge, Gymnastik, Sport, Abhärtung, alles das fördert die Durchblutung und hemmt damit indirekt das Entstehen oder Fortschreiten des Leidens. Früh genug sollte man daran denken, dass der Körper Bewegung braucht, dass alle Gelenke gleichmässig benutzt werden müssen und man allzu einseitiger, beruflich bedingter Körperbewegung durch regelmässige Ausgleichsgymnastik entgegenarbeiten muss. Man muss schon an die Altersbeschwerden denken, wenn man noch in der Blüte der Jahre steht.

Dr. med. W. B. (Aus «Gesundheit»)

Redaktion: G. Meister, Präsident der +GF+ Betriebskrankenkasse