

+GF+

BETRIEBS - KRANKENKASSE

Schaffhausen, Mai 1964

XXVII. Jahrgang Nr. 3



Generalversammlung der +GF+-Betriebskrankenkasse

Auf Freitag, den 24. April lud der Vorstand die Mitglieder zur 96. Generalversammlung ins Hombergerhaus ein. Der Einladung sind 100 Mitglieder gefolgt. Dies ist in Anbetracht der grossen Mitgliedschaft eine kleine Zahl. Das ist ein Problem, das den Vorstand schon öfters beschäftigt hat, ist es doch irgendwie unbefriedigend, wenn 100 Mitglieder Beschlüsse fassen, die für die ganze Mitgliedschaft Gültigkeit haben. Eines lässt sich aber immer wieder feststellen, dass diejenigen, die an der Generalversammlung teilnehmen, der Krankenkasse grosses Interesse entgegenbringen und die Arbeit des Vorstandes sehr kritisch verfolgen.

Als Vertreter der Firma konnte Präsident G. Meister Herrn Vizedirektor D. Seiler begrüßen. Einen speziellen Gruss mit den besten Wünschen zur baldigen Genesung richtete der Präsident an unsere kranken Mitglieder.

Das Rechnungsjahr 1963 ist für die Krankenkasse wiederum erfreulich verlaufen, konnte doch das Vermögen um Fr. 69 696.— vermehrt werden. Trotzdem sind wir aber der gesetzlich geforderten Vermögensreserve einer Jahresausgabe nicht näher gekommen, indem eine sehr starke Ausgabensteigerung zu verzeichnen ist, weshalb der Präsident alle Mitglieder zur Sparsamkeit auffordert.

Dann orientiert er die Anwesenden über die Teilrevision des KUVG. Diese Revision verpflichtet die Krankenkassen zu verbesserten Mindestleistungen für ihre Mitglieder. Durch Anpassung der Bundesbeiträge soll den Kassen geholfen werden, die gesetzlich aufer-

legten Mehrkosten zu tragen. Es ist aber auch damit zu rechnen, dass bei Inkrafttreten die Beiträge den neuen Verhältnissen angepasst werden müssen.

Erfreulicherweise konnten wir auch in diesem Jahr von der Geschäftsleitung eine freiwillige Spende von Fr. 10 000.— zuhanden des Unterstützungsfonds entgegennehmen, die der Präsident im Namen des Vorstandes sowie der Mitglieder recht herzlich verdankte. Der Jahresbericht und die Jahresrechnung werden genehmigt.

Die Mitgliederbeiträge werden auf gleicher Höhe belassen.

Der Antrag eines Mitgliedes auf Erlassung des Solidaritätsbeitrages der Pensionierten an die Kinderversicherung, der vom Vorstand zur Ablehnung empfohlen wurde, wird nach längeren Diskussionen auf Vorschlag des Antragstellers unter Aufrechterhaltung, zurückgestellt bis zum Zeitpunkt der Statutenrevision, die durch die Teilrevision des KUVG unumgänglich sein wird.

Dem Antrag des Vorstandes, Fr. 25 000.— für dringende Erneuerungen im Erholungsheim «Collinetta» zur Verfügung zu stellen, wird entsprochen.

Im Traktandum Sterbeversicherung wurde einer Reglementsänderung, die der Vorstand auf den 1. Januar 1964 unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Generalversammlung eingeführt hatte, gutgeheissen. Diese Aenderung bringt den 65jährigen bei gleichzeitiger 35jähriger Mitgliedschaft zur Sterbekasse, Beitragbefreiung.

Nach drei Stunden konnte der Präsident die gut verlaufene 96. Generalversammlung als beendet erklären.

ag

Unabgeschlossene Krankenscheine dürfen nicht uns abgegeben werden, sondern sind dem Arzt zum Abschluss zuzustellen.

Die Teilrevision des Kranken- und Unfallversicherungs-Gesetzes vom 13. Juni 1911

Das heutige KUVG vom 13. Juni 1911 ist im Herbst 1914 in Kraft getreten und nach nunmehr gut dreijährigen Verhandlungen ist eine Teilrevision zustande gekommen und wird bis zum 17. Juni 1964 kein Referendum eingereicht, so treten die neuen Bestimmungen ohne Volksabstimmung auf ein vom Bundesrat noch festzulegendes Datum in Kraft. Für ein Referendum gegen die Revisionsvorlage braucht es bekanntlich 30 000 Unterschriften.

In der schweizerischen Sozialpolitik können wir einige bedeutende Verbesserungen beim Bund registrieren. Da ist zuerst einmal die 6. AHV-Revision zu erwähnen, welche den Rentnern eine Verbesserung ihrer Verhältnisse von erfreulichem Ausmass gebracht hat. Sodann ist die Revision der Militärversicherung sowie der Erwerbsersatzordnung in Kraft getreten. Die Teilrevision KUVG konnte endlich in der Frühjahrs-session 1964 der eidg. Räte zu Ende beraten werden, nachdem im heissumstrittenen Arztrecht ein Kompromiss dem Aerztestandpunkt zwar näherkommt, für die Krankenkassen jedoch akzeptabel ist.

In den letzten Jahren ist wohl kaum eine Generalversammlung vorübergegangen, dass nicht von der Revision des KUVG die Rede war. Und wenn Sie sozialpolitisch interessiert sind, werden Sie wissen, welche Mühe es gekostet hat, sich zu diesem Kompromiss zu finden. Heute steht fest, dass offiziell weder von Aerzteseite, noch von den Krankenkassen das Referendum gegen die Vorlage ergriffen wird. Eine ausserordentliche Delegiertenversammlung des Schweiz. Konkordates der Krankenkassen hat mit überwältigender Mehrheit beschlossen, die Vorlage *nicht* zu bekämpfen und hat damit dem Antrag der Konkordatsleitung zugestimmt.

Diese Teilrevision verpflichtet die Kassen zu neuen verbesserten Mindestleistungen. Wir müssen wissen, dass unter den vielen hundert Kassen in der Schweiz noch zahlreiche sind, die nur knapp das gesetzlich vorgeschriebene Minimum decken. Wenn auch die Revisionsparagrafen, welche so heiss umstritten waren, für das Volk nicht allgemeinverständlich sind, so darf deren Wichtigkeit nicht unterschätzt werden. Auf dem Gebiet der Sozialversicherung sollte ein Kampf um den Fortschritt jedoch nie Selbstzweck sein. Die am Schluss äusserst versteiften Fronten — hie Aerzte — hie Krankenkassen, liessen eine Verständigung nicht wahrscheinlich werden, deshalb schliesslich die Kompromissformel der eidg. Räte in bezug auf das Arztrecht. Ein Kompromiss, der von den Krankenkassen, wenn auch mit Widerwillen, respektiert werden wird.

Worum geht es denn eigentlich bei diesem Arztrecht? Es ordnet das Verhältnis Arzt—Krankenkassen inbe-

zug auf Tarifierung und Bezahlung der Honorare. Hinsichtlich des Vertragszustandes bestanden keine Differenzen. Bei der gesetzlichen Regelung des *vertragslosen* Zustandes dagegen verlangen die Krankenkassen, *im Interesse ihrer Versicherten*, Massnahmen zur Sicherstellung der tarifmässigen Behandlung und einer geregelten Durchführung der Krankenversicherung. Die Aerzte ihrerseits bekämpften unter Berufung auf ihre Freiheit jede gesetzliche Verpflichtung zur Sicherung des Tarifschutzes im vertragslosen Zustand. Insbesondere lehnten sie im vertragslosen Zustand die Krankenkasse als Honorarschuldnerin ab, d. h. also, dass der Patient die Rechnung selbst bezahlen müsste. Die eidg. Räte haben wie folgt entschieden: Wenn ein vertragsloser Zustand zwischen Aerzten und Krankenkassen eintreten sollte wegen Uneinigkeit bei den festzusetzenden Tarifpositionen (wir hatten dies ja vor wenigen Jahren im Kanton Schaffhausen und Sie mögen sich erinnern, dass damals sehr heftig und lange gestritten wurde), so bleibt der Tarifschutz für den Versicherten innerhalb des Rahmentarifes *während eines Jahres bestehen* und Honorarschuldner bleibt in dieser Zeit die Krankenkasse. Erst *nach Ablauf* eines Jahres, wenn keine Einigkeit erzielt werden kann, hört dieser Tarifschutz auf und das Mitglied wird direkter Honorarschuldner beim Arzt. Die Kasse jedoch wird weiterhin den bisherigen Rahmentarif für die Rückerstattung der Auslagen der Mitglieder anwenden. Eine für uns ungewohnte Neuerung wird die Klassenteilung sein. Das heisst, dass Mitglieder in sehr guten wirtschaftlichen Verhältnissen keinen Anspruch auf die von der Kantonsregierung festgesetzten Rahmentarife haben. Der Begriff «sehr gute wirtschaftliche Verhältnisse» muss nach Vereinbarung, wenn nötig mit Hilfe der kantonalen Regierung festgelegt werden, indem die Höhe des Einkommens, für welches der Tarifschutz noch gewährleistet wird, fixiert werden muss.

Die neuen Gesetzesbestimmungen sind uns heute zwar bekannt, mindestens so wichtig wird für uns die Vollziehungsverordnung des Bundesamtes sein. Wir hoffen, dass das Amt beim Erlass dieser Bestimmungen eine glückliche Hand haben wird. Leider hat gerade jetzt bei der Sektion Krankenversicherung ein Wechsel in der Leitung stattgefunden, indem der sehr gutausgewiesene Herr Dr. Fischer zufolge Beförderung zum Direktor die Leitung eines andern Amtes übernommen hat. So sehr wir diesen Abgang bedauern, so sehr wünschen wir diesem fähigen, lebenswürdigen Beamten nur das Beste auf seinem neuen Posten.

Ein weiterer sehr umstrittener Punkt war die Zulassung der Chiropraktoren zur Krankenversicherung. Nach Meinung des Ständerates sollten diese nicht zur selbständigen Praxisausübung innerhalb der Krankenversicherung zugelassen werden, wie dies nach Beschluss des Nationalrates vorgesehen war. Die Chiro-

praktoren haben klar und deutlich erklärt, gegen jede Vorlage das Referendum zu ergreifen, welche ihnen die selbständige Praxisausübung im Rahmen der Krankenversicherung verwehre. Hinter dieser Drohung stand die Zulassungsinitiative mit über 400 000 Unterschriften. Der Ständerat hat in der Folge bei der Differenzvereinbarung nachgegeben. Inbezug auf die Leistungsverbesserungen im Allgemeinen, welche seit langem unbestritten waren, wird kaum eine Kasse ungeschoren wegkommen, selbst wenn Ihre Leistungen bereits auf dem Plafond der Vorbildlichkeit stehen.

Eine Verbesserung erfahren die gesetzlichen Mindestleistungen. Dabei soll die ambulante Behandlung auf unbeschränkte Zeit, Spitalbehandlung und Taggeld während 720 Tagen innerhalb 900 Tagen gewährt werden. Auch höhere Beiträge bei Spitalaufenthalt und Kuren, bessere Leistungen im Wochenbett, die Kostenübernahme der physikalischen Therapie (Röntgen- und andere Bestrahlungen, Massagen, chiropraktische Behandlungen usw.) sollen für die Krankenkassen Pflichtleistungen werden. Ein Teil dieser neuen Anforderungen ist in unseren Statuten bereits ver-

ankert. Ausserdem sind Leistungsverbesserungen für Invalide, Ausbau der Freizügigkeitsrechte und Erleichterungen bei Versicherungsvorbehalten im neuen Gesetz verankert.

Auch die Selbstbeteiligung der Kassenmitglieder, d. h. die Selbstbehalte finden ihre Neuordnung, indem eine Franchise zu erheben ist. Darunter ist ein vom Bundesrat festzulegender Betrag zu verstehen (beispielsweise Fr. 10.— pro Krankheitsfall) der für jeden Fall vom Mitglied zu bezahlen ist. Nach Abzug der Franchise soll der Selbstbehalt auf den übrigen Behandlungskosten 10 Prozent nicht übersteigen. Es besteht jedoch die Möglichkeit, Kassen von Franchise und Selbstbehalt zu befreien, wenn es deren Finanzlage zulässt, d. h. die Reserve den gesetzlichen Anforderungen genügt.

Durch Anpassung der Bundesbeiträge an die neuen Verhältnisse soll den Kassen geholfen werden, die gesetzlich auferlegten Mehrleistungen zu tragen. Die erhöhten Ansätze werden aber aller Voraussicht nach nicht genügen, sodass die Kassen auch die Mitgliederbeiträge überprüfen müssen.

G. M.

Nach Abschluss der Behandlung ist der vom Arzt abgeschlossene Krankenschein innert 8 Tagen an die Kasse zu senden.

Erholungsheim Collinetta

Die Leiterin unseres Erholungsheims im Tessin, Fräulein L. Staudenmann, will demnächst heiraten und verlässt uns deshalb Ende Juni nach 10jähriger Tätigkeit. Wir wünschen Frl. Staudenmann von Herzen viel Glück und danken aufs beste für die langjährige Betreuung unseres Hauses.

Bedauerlicherweise ist sie kürzlich noch erkrankt und musste sich in Spitalpflege begeben. Herzlichst gute Besserung.

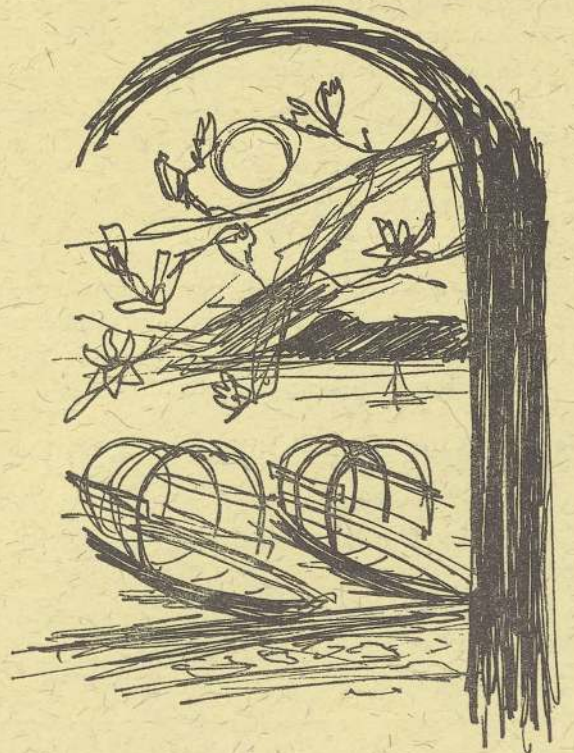
Die neuernannte Hausleiterin, Frl. Müller, aus Sarnen, konnte sich glücklicherweise frei machen und hat im Collinetta bereits das Zepter übernommen.

Wir heissen Frl. Müller herzlich willkommen und wünschen ihr viel Freude auf ihrem neuen Posten.

Ferien im Tessin

Verbringen Sie glückliche Tage im Erholungsheim Collinetta.

Pauschalpreise für Betriebsangehörige und im gleichen Haushalt wohnende Familienangehörige Fr. 13.— bis Fr. 14.—, zuzüglich Kurtaxe (Fr. —.60 pro Tag). Anmeldung schriftlich oder telefonisch direkt an das Erholungsheim (Tel. (093) 2 19 31).



Die Krankenscheine sind zeitlich befristet und wenn die Behandlung nach Ablauf des Scheins weitergeht, ist eine Verlängerung zu beantragen.

Arzt- und Arzneiabrechnungen Selbstbehaltrechnungen

Ab 1. Januar 1964 erfolgt die Arzt- und Arzneizahlung an die Aerzte und Apotheken lochkartenmässig. Im gleichen Arbeitsgang werden die Selbstkostenrechnungen erstellt mit ausgefülltem Einzahlungsschein. Bereits sind zwei Serien dieser neuen Rechnungsformulare verschickt worden und es ist ein erfreulich guter Postcheckeingang zu verzeichnen. Es hat ja schon immer der Wunsch bestanden, möglichst keine Lohnabzüge zu haben.

Hingegen tragen die Rechnungen einen Zahlungstermin, nach dessen Ablauf der Betrag wie bis anhin zum Lohnabzug gegeben wird. Nach Ablauf des Termins darf keine Postzahlung mehr erfolgen, weil dann das Lohnabzugsverfahren anläuft und somit für Sie Gefahr doppelter Zahlung besteht, einerseits per Post, anderseits durch Lohnabzug. Und das Rückerstattungsverfahren gibt uns erhebliche Umtriebe.

Kinderversicherung

Alle Kinder des Jahrganges 1948 können der Kinderversicherung nicht mehr angehören; ebenfalls nicht diejenigen des Jahrganges 1949, wenn sie nicht mehr zur Schule gehen.

Der Kinderversicherung erwachsene Söhne und Töchter können Sie in unserer Gruppe «Jugendliche» versichern lassen.

Melden Sie uns bitte sofort, wenn eines Ihrer Kinder die Voraussetzungen der Kinderversicherung nicht mehr erfüllt.

Spitalzusatzversicherung

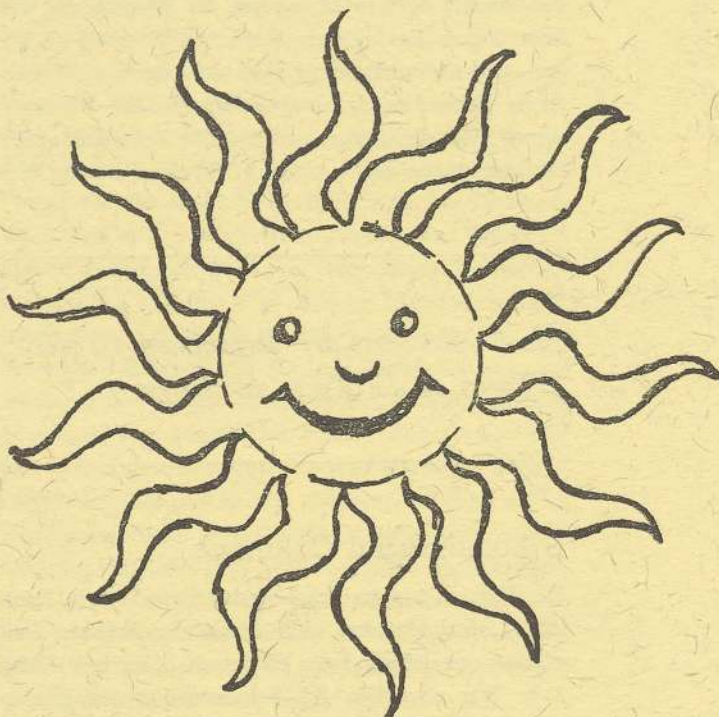
Um für einen Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung des Kantonsspitals Schaffhausen genügend versichert zu sein, empfehlen wir Ihnen den Abschluss einer Spitalzusatzversicherung von Fr. 7.— pro Spitaltag zu einem Jahresbeitrag von Fr. 16.80.

Hörapparate — Hörbrillen

Kaufen Sie kein Hörgerät ohne sich vorher bei der Krankenkasse über die Finanzierung erkundigt zu haben.

Die Badesaison beginnt — Hüten Sie sich vor Sonnenbrand

Sonnenbrand ist keine Krankheit, sondern Unfall, sofern Sie sich nicht fahrlässig übermässiger Sonnenbestrahlung ausgesetzt haben. Bei Ablehnung wegen Fahrlässigkeit durch die SUVA übernimmt auch die Krankenkasse keine Kosten.



*

*Herzlichen Glückwunsch
und einen langen schönen Lebensabend
wünschen wir unserem Obmann
der Rechnungsprüfungskommission,
Herrn Robert Schneider,
Prokurist.*

Er ist Ende April in den Ruhestand getreten.

*