



Arbeitsauftrag	Anhand eines Textes erfahren die SuS, wie sich das System der Krankenversicherung entwickelt hat. Vergleich früher - heute
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Historische Entwicklung erkennen • Heutige Situation schätzen lernen
Lehrplanbezug	WAH 1.3 Die Schülerinnen und Schüler ... <ul style="list-style-type: none"> • b können ökonomische, ökologische und soziale Überlegungen in der Güterproduktion bzw. der Bereitstellung von Dienstleistungen aus Sicht des Produzenten bzw. Anbieters beschreiben und Interessens- und Zielkonflikte erklären.
Material	<ul style="list-style-type: none"> • Infotexte • Internet
Sozialform	EA oder GA
Zeit	30'

Zusätzliche Informationen:

- SuS lesen den Text in EA und diskutieren in Gruppen.
 Schnelle SuS arbeiten mit dem langen Text
- SuS suchen die ergänzenden Zahlen und füllen die Tabelle aus.
- Diskussion zu den erwartenden Prämien erhöhungen

KGV - Wandel

Lesetext



Entwicklung der Krankenkassen *(kurzer Text)*

1. Die Krankenversicherer

a) Von den Hilfskassen zum KVG

Die ersten Krankenversicherungen, gegründet als Hilfskassen von Gewerkschaften und Handwerksverbänden, sind bereits im frühen 19. Jahrhundert entstanden. In der zweiten Jahrhunderthälfte setzte dann unter dem Einfluss der industriellen und sozialen Entwicklung eine wahre Flut von Gründungen ein. Sowohl der Bundesverfassungs-Artikel von 1890 als auch das erste Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 1911 sahen denn auch die zahlreichen bestehenden Krankenversicherer als Durchführungsorgane der Versicherung vor.

Das hat sich mit dem geltenden Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus dem Jahre 1994 nur insofern geändert, als neben den Krankenversicherer auch private Versicherungsgesellschaften die inzwischen obligatorische Versicherung betreiben können. Sie haben aber bisher darauf verzichtet. Einige Krankenversicherer sind jedoch mit privaten Versicherungsgesellschaften verbunden.

Die Krankenversicherer können in der Form von Vereinen, Stiftungen, Genossenschaften oder neu auch als Aktiengesellschaften organisiert sein. Das KVG gewährt den Versicherern im Prinzip finanzielle Autonomie. Es schreibt ihnen aber für die obligatorische Grundversicherung das Ausgabenumlageverfahren mit der Bildung von Reserven und Rückstellungen vor. Zudem dürfen die Einnahmen nicht für andere Zwecke verwendet und damit auch keine Gewinne ausgeschüttet werden.

b) Von der Krankenversicherung zur modernen Versicherung

Der Konzentrationsprozess in der Krankenversicherungsbranche zeigt sich auch darin, dass heute die grössten acht Krankenversicherer bzw. Krankenversicherungsgruppen mehr als vier Fünftel der Bevölkerung versichern.

KGV - Wandel

Lesetext



Tabelle 1: Die sechs grössten Versicherer bzw. Versicherungsgruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP 2014

Versicherer	Mitglieder
CSS-Gruppe	1'268'650
Groupe Mutuel	1'193'836
Helsana-Gruppe	1'159'996
Assura	771'281
Swica	684'303
Visana-Gruppe	588'903

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Eigene Berechnungen santésuisse.

Der rasche Konzentrationsprozess ist vor allem die Folge der zunehmenden Dichte an gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften und Auflagen, aber noch mehr der wachsenden Anforderungen in den Bereichen Informatik, Statistik und der steigenden Ansprüche bei Beratung und Dienstleistungen. Hinzu kommt der Wettbewerb unter den Versicherern, der mit der Einführung der vollen Freizügigkeit durch das KVG verschärft worden ist. Zudem hat sich im Verlauf der letzten Jahre, insbesondere seit der Einführung des KVG, der Schwerpunkt der Aufgaben der Krankenversicherer verlagert. Die Zeiten sind längst vorbei, in denen sich die Krankenversicherer vor allem als Finanzmittelverwalter verstanden und Leistungen beglichen, ohne sie zu hinterfragen. Es geht heute primär darum, die rasch wachsenden Kosten in den Griff zu bekommen. Mehr Gewicht erhalten deshalb Aufgaben, die eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der bezahlten Leistungen zum Ziel haben, nämlich Tarifpolitik, Kostenkontrollen und Förderung des Managed-Care-Instrumentariums.

Noch weisen aber die **Managed-Care-Modelle** einen eher bescheidenen Marktanteil auf (12 Prozent), sie verzeichnen in jüngster Zeit aber eine starke Zunahme. Ein Optimierungspotenzial besteht vor allem bei den Hausarztmodellen (37% im Jahr 2014), wo es gelingen muss, die Ärzte in die Kostenverantwortung einzubinden. Die Weiterentwicklung, die von den Krankenversicherern unterstützt wird, läuft in Richtung integrierte Netzwerke. Es liegt nun an der Politik, mit entsprechenden gesetzlichen Grundlagen diese Entwicklung zu fördern.

KGV - Wandel

Lesetext



Aufgabe

1. Fasst den Text in Stichworten zusammen.
2. Erstellt eine Zeitachse mit den wichtigsten Ereignissen!
3. Findet die Mitgliederzahlen heraus und das Prämienvolumen!

Entwicklung der Krankenkassen *(langer Text)*

Gründen wir ein Kässeli ...

Text von Martin Lengwiler

Die schweizerische Krankenversicherung gilt international als liberales Modell. Gemäss der populären Gleichung „Je mehr Staat, desto höhere Kosten“ müsste das hiesige Gesundheitswesen also zu den billigen gehören. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall. Grossbritannien mit seinem verstaatlichten National Health Service bezahlt deutlich weniger für sein Gesundheitswesen als die Schweiz. Die liberalen USA besitzen dagegen das teuerste Gesundheitssystem der Welt. Der Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt ist in der Schweiz fast anderthalb Mal, in den Vereinigten Staaten beinahe doppelt so hoch wie in Grossbritannien.

Gesundheit ist in der Schweiz unter anderem deshalb so teuer, weil die Krankenversicherung in Wirklichkeit alles andere als liberal funktioniert. Die Karten sind unter den Beteiligten am Versicherungsmarkt höchst ungleich verteilt. Beherrscht wird der Markt von den Lobbys der Krankenkassen, der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie. Die Versicherten dagegen haben keine schlagkräftige Vertretung, ihre Anliegen kommen notwendigerweise zu kurz.



Die Gründe für dieses ungleiche Kräftespiel liegen in der Geschichte der Krankenversicherung. Die Interessenorganisationen von Ärzten und Krankenkassen sind um Jahrzehnte älter als die staatlichen Sozialversicherungen und besaßen deshalb einen entscheidenden historischen Startvorsprung. Die Geschichte der ärztlichen Standesgesellschaften geht bis ins frühe 19. Jahrhundert zurück. Auch die ersten Krankenkassen wurden in dieser

Epoche gegründet, als Antwort auf die neuen Armutsriskien der Industriegesellschaft. Sie entstanden als berufsständische Hilfskassen oder als bürgerlich-karitative Wohltätigkeitsvereine – jedenfalls lange vor den staatlichen Sozialversicherungen.

KGV - Wandel

Lesetext



Die Kassenbewegung war international; sie ging von den britischen Friendly Societies aus und erreichte mit den Mutualités und den Hilfskassen später auch Frankreich, Deutschland und die Schweiz.

Die frühe Kassenlandschaft war disparat und unübersichtlich. Gewerkschaften und Berufsverbände gründeten Kassen für ihre Mitglieder, Ortskassen waren für die Einwohner einer Gemeinde zuständig, Fabrikbesitzer schufen Betriebskassen für ihre Arbeiter und Angestellten. Auch der Schutz war je nach Kasse unterschiedlich. Manche versicherten nur den Lohnausfall bei Krankheit, andere auch die Arztkosten; daneben gab es Versicherungen für Arbeitsunfälle, Alters-, Invaliden- und Witwenrenten, zudem alle denkbaren Kombinationen. Die Leistungen waren in der Regel bescheiden – viele Arbeiterinnen und Arbeiter traten deshalb gleich mehreren Kassen bei. Um 1880 waren etwa zehn Prozent der Schweizer Bevölkerung in einer solchen Hilfskasse versichert, in industrialisierten Gegenden wie dem Glarnerland, Basel oder Zürich bis zu ein Drittel.

Ein Franken von allen für alle

Die historische Bedeutung der ersten Generation von Krankenkassen rührt paradoxerweise von ihrer beschaulichen Grösse her. Fast alle Kassen waren klein – jede zweite hatte weniger als hundert Mitglieder – und wurden im Milizsystem als gemeinnützige Vereine geführt. Die Folge war eine kleinteilige Vereinskultur, bei der die Identifikation der Versicherten mit ihrer Kasse hoch, die versicherungstechnische Expertise dagegen gering war.



Ein typisches Beispiel waren die weit verbreiteten Frankenvereine. Sie boten eine minimale Lebensversicherung nach einem simplen Modell: Beim Tod eines Vereinsangehörigen zahlten alle noch lebenden Mitglieder je einen Franken in die Kasse. Der gesammelte Betrag wurde in einem einmaligen karitativen Akt den Hinterbliebenen ausbezahlt. Versicherungsmathematisch allerdings konnte die Rechnung unmöglich aufgehen: Je höher das Durchschnittsalter und das Sterberisiko in einem Frankenverein war, desto unattraktiver wurde die Kasse für Neumitglieder.

Mit dem Rückgang an Beitritten setzte ein Schrumpfungsprozess ein, durch den die Versicherungsleistungen weiter reduziert wurden. So endeten die meisten Frankenvereine zwangsläufig im Ruin. Für das letzte überlebende Vereinsmitglied blieb schliesslich keine Rente mehr übrig. Die Frankenvereine sind nur das radikalste Beispiel; so oder ähnlich standen die meisten Kassen betriebswirtschaftlich auf unsicheren Füßen. Als in den 1870er Jahren eine Weltwirtschaftskrise einsetzte, wurde die schweizerische Kassenlandschaft von einer breiten Konkurswelle erfasst, in der ein Viertel aller Kassen unterging.

KGV - Wandel

Lesetext



In den 1880er Jahren veränderte sich das politische Klima gegenüber den Krankenkassen. Nach 1883 schuf der deutsche Reichskanzler Bismarck die ersten Sozialversicherungen, darunter auch eine staatliche Krankenversicherung. Diese Idee einer staatlich verordneten Krankenversicherung fand auch in der Schweiz viele Anhänger, vor allem unter freisinnigen und sozialdemokratischen Politikern. Zu dieser Zeit waren jedoch trotz Konkursen die privaten Krankenkassen in der Arbeiterschaft bereits breit verankert.



Dieser historische Vorsprung der Privatkassen sollte sich als schicksalhaft für die Entwicklung der Krankenversicherung erweisen. Zwar hiessen die Stimmberechtigten 1890 einen eidgenössischen Verfassungsartikel noch gut, der den Bund zur Gesetzgebung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung ermächtigte. Die geplante obligatorische Krankenversicherung scheiterte dagegen wiederholt in Abstimmungen.

1912 wurde zwar die Unfallversicherung verstaatlicht und der Suva übertragen, die Krankenversicherung aber blieb auf halbem Wege stecken. Nach heftigem Widerstand der Krankenkassen beschränkte sich der Bund darauf, auf föderalistischem Umweg finanzielle Anreize für die Verbreitung der Krankenversicherung zu schaffen. Der Bund stellte jenen Kantonen und Gemeinden Subventionen in Aussicht, die eine geografisch begrenzte obligatorische Krankenversicherung einführen. Anders als in Deutschland oder später in Grossbritannien verblieb die schweizerische Krankenversicherung also in privaten Händen.

Auf dieser Grundlage bildeten sich in der Zwischenkriegszeit die drei zentralen Eckpfeiler des heutigen Gesundheitssystems heraus: die starke Stellung privater Lobbys, der Rückzug des Staates auf die Rolle des Subventionsgebers und der ausgeprägte Föderalismus. Die föderalistische Hypothek war ein Erbe des 19. Jahrhunderts, als sich die Krankenkassen vor allem in industrialisierten städtischen Regionen verbreiteten, in den ländlich-agrarischen Gebieten dagegen kaum Fuss fassten.

KGV - Wandel

Lesetext



Nach dem Ersten Weltkrieg vertieften sich die regionalen Gräben weiter. Sozialpolitisch progressive Kantone und Städte führten in der Zwischenkriegszeit nach Massgabe des Bundesgesetzes die obligatorische Krankenversicherung ein, so etwa die Städte Basel und Zürich oder die Kantone St. Gallen, Genf und die Waadt. Die obligatorisch Versicherten profitierten von einer günstigen, weil staatlich subventionierten Prämie. Die staatliche Förderung zielte allerdings nur auf die wenig verdienenden Schichten. Wer mehr als ein bestimmtes Einkommen hatte, musste sich zu teureren Konditionen privat versichern lassen.

Zahnarztkosten inklusive



Auch zwischen den einzelnen Obligatorien waren die Differenzen gross. Basel führte eine öffentliche Krankenkasse in Staatsbesitz ein; in Zürich und anderen Orten wehrten sich die privaten Kassen erfolgreich gegen eine solche Konkurrenz. Dafür war der versicherte Leistungskatalog in Zürich ausgesprochen generös bemessen und umfasste Zahnarztkosten, Hebammendienste und Erholungskuren. Die Folge waren massive Defizite der Krankenkassen, die wiederum von der Stadtkasse beglichen wurden, um die Prämien niedrig zu halten. In den 1930er Jahren musste Zürich aber zurückkriechen und strich die Sonderleistungen eine um die andere wieder aus dem Obligatorium.

Die bescheidenen Anfänge der staatlichen Krankenversicherung erlaubten Krankenkassen und Ärzteschaft, ihre einflussreiche Stellung in der Gesundheitspolitik weiter zu zementieren. Die Ärzteschaft hatte bereits im 19. Jahrhundert eine erfolgreiche Professionalisierung durchlaufen und sich in Ausbildung und Berufspraxis weitgehende standespolitische Vorrechte zugesichert. Die Krankenkassen erarbeiteten sich nach 1900 eine vergleichbare Position. In den Gebieten ohne obligatorische Krankenversicherung handelten Kassenverbände und Ärztegesellschaften die Arzttarife und Abrechnungsmethoden praktisch unter sich aus.

Wo es ein staatliches Obligatorium gab, änderte sich an dieser Situation nur wenig: Die Behörden delegierten die Krankenversicherung an die Verbände und beschränkten sich auf ihre Bewilligungs- und Aufsichtscompetenz. Die privaten Krankenkassen verhinderten bis auf wenige Ausnahmen die Gründung staatlicher Konkurrenzkassen. Zudem verabschiedeten sie sich nach dem Zweiten Weltkrieg endgültig von ihrer unprofessionellen Vereinskultur. Die Versicherungsanbieter durchliefen in den letzten fünfzig Jahren einen radikalen Konsolidierungsprozess. 1950 zählte die Schweiz noch über 1100 überwiegend kleine Kassen. Heute sind rund 53 übriggeblieben, und letztlich wird der Markt von einem halben Dutzend Grossversicherern beherrscht.

KGV - Wandel

Lesetext



Ärzte gründen Krankenkassen

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts hat die Ärzteschaft die Krankenversicherung als lukrativen Wachstumsmarkt entdeckt. Nichts verdeutlicht dies besser als jene Kassengründungen, die von Ärzten ausgingen: In Zürich waren in der Zwischenkriegszeit zwei grosse Kassen in ärztlicher Hand, die Krankenpflege Zürich und die Allgemeine Krankenkasse Zürich. Die Ärzteschaft trug bei beiden Kassen auch das Geschäftsrisiko weitgehend selbst.



Bei der Krankenpflege Zürich beispielsweise wurden allfällige Fehlbeträge von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten gedeckt. Diese Regelung erlaubte der Kasse, vergleichsweise günstige Mitgliederbeiträge anzubieten. Und die ärztliche Defizitgarantie blieb kein toter Buchstabe. In den 1930er Jahren, als die Kasse durch die Wirtschaftskrise in eine existenzielle Notlage geriet, verzichteten die Ärzte bei Versicherten der Krankenpflege auf einen Teil ihres Honorars.

Die Ärzte konnten ihre Monopolstellung auch im sozialstaatlichen Zeitalter sichern und verteidigten erfolgreich die Prinzipien der freien Arztwahl und des Vertragszwangs. Der Vertragszwang setzte sich in der Zwischenkriegszeit durch und verpflichtete die Krankenkassen, mit allen berufsständisch organisierten Ärzten nach regulären Tarifkonditionen zusammenzuarbeiten.

Den Patienten sicherte dieser Vertragszwang die freie Arztwahl. Den ärztlichen Standesgesellschaften brachte er ein doppeltes Monopol: Ärzte waren nur dann zur Kassenmedizin zugelassen, wenn sie einer Ärztegesellschaft beitraten. Und Krankenkassen durften keine Sonderregelungen mit einzelnen Ärztegruppen aushandeln. Der kostensenkende Wettbewerb zwischen Ärzten war damit ausgeschlossen. Bis zum Krankenversicherungsgesetz von 1996 galt der Vertragszwang fast uneingeschränkt. Erst seither ist den Krankenkassen erlaubt, Versicherungen mit eingeschränkter Arztwahl anzubieten, am bekanntesten darunter die HMO-Versicherung und das Hausarztmodell. Einen spürbaren Spareffekt hatten solche Angebote jedoch bisher nicht. Die alternativen

Versicherungsmodelle sind wegen mangelnden Zulaufs bis heute nicht über eine Nischenexistenz hinausgekommen.





Kostenexplosion avant la lettre

Nach dem Zweiten Weltkrieg ist die Geschichte der Krankenversicherung von einem anhaltenden Kostenanstieg geprägt.

An sich ist die Kostenexplosion so alt wie die obligatorische Krankenversicherung selbst: Schon nach Einführung der ersten obligatorischen Versicherungsmodelle in der Zwischenkriegszeit erlebten die Kassen eine schubartige Zunahme der Krankenkosten. Der Anstieg war sogar deutlich steiler als heute: In den 1930er Jahren erhöhten sich die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung in Zürich um durchschnittlich 10 Prozent pro Jahr, während die Kostensteigerung seit Einführung des nationalen Obligatoriums 1996 nur 2 bis 5 Prozent betrug.

Bis in die 1970er Jahre wurde der Kostenanstieg nicht als gravierendes politisches Problem betrachtet, vielmehr wurde er als Begleiterscheinung des Ausbaus des Gesundheitswesens in Kauf genommen. Ein wichtiger Kostenfaktor war die erhöhte Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen, die von der Ausbreitung der Krankenversicherung ausging. 1950 war erst die Hälfte der schweizerischen Bevölkerung krankenversichert, 1970 waren es bereits 90 Prozent. Nach 1980 war dann praktisch die gesamte Bevölkerung versichert – bis auf ein paar freiwillig unversicherte Gruppen wie etwa die Ärzteschaft (man behandelte sich untereinander traditionell kostenlos) oder die Reichsten der Reichen.

Diese rasche Ausbreitung der Krankenversicherung war politisch unbestritten, auch wenn sie die Gesundheitskosten in die Höhe trieb. Selbst die teure Modernisierung des Spitalwesens oder die zunehmende Ärztedichte fanden in den 50er und 60er Jahren eine breite Unterstützung. Bald hatte jede Kleinstadt ihr Regionalspital, zugleich verdoppelte sich die Zahl der Ärzte – sie wuchs zweimal so schnell wie die Bevölkerung. Die Zusatzkosten wurden akzeptiert, weil der Ausbau des Gesundheitswesens als sozialpolitischer Fortschritt und als Errungenschaft der Wohlstandsgesellschaft galt.

KGV - Wandel

Lesetext



In den späten 60er Jahren erhoben sich erste kritische Stimmen gegen die Kostenentwicklung; ab 1965 machte das Schlagwort der Kostenexplosion die Runde. Mehrfach versuchten die politischen Behörden, die Krankenversicherung durch Strukturreformen zu sanieren, scheiterten aber am Widerstand der betroffenen Lobbys.

1964 kam statt der anvisierten Totalrevision des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes nur eine harmlose Teilrevision zustande.

1974 scheiterten bei einer Doppelabstimmung sowohl eine Reforminitiative der Sozialdemokratischen Partei als auch der parlamentarische Gegenvorschlag am Abstimmungsverfahren, das damals noch kein doppeltes Ja zuließ.



Danach dauerte es nochmals zwei Jahrzehnte, bis der politische Scherbenhaufen zusammengekehrt war und das neue Krankenversicherungsgesetz 1996 die seit 1912 bestehende Gesetzesgrundlage ersetzen konnte.

Droht uns der amerikanische Albtraum?

Parallel zum Reformstau hatte sich in den 70er Jahren die Kostenlage weiter verschärft. Nachdem die öffentlichen Haushalte lange Zeit einen Grossteil der Verteuerung finanziert hatten, leitete der gescheiterte Reformversuch von 1974 eine Trendwende ein. Angesichts der Rezession nach 1974 und entsprechend reduzierter Steuereinnahmen griff der Bund zur Notbremse: Er kürzte die Subventionen an die Krankenversicherungen in mehreren Schritten massiv zusammen.

KGV - Wandel

Lesetext



Am Grundproblem der Kostensteigerung, den mangelnden Sparanreizen in der Krankenversicherung, änderte diese Symptombekämpfung wenig. Erst 1996 legten die Bundesbehörden mit dem Krankenversicherungsgesetz den Grundstein für systembezogene Sparbemühungen wie die Einführung alternativer Versicherungsmodelle, den Ausbau der Selbstbeteiligung oder die Einschränkung des Vertragszwangs. Um den Vollzug dieser Regelungen wird

seither heftig gerungen.

Die Zukunftsperspektiven sind alles andere als rosig. Die Debatten der letzten Jahrzehnte zeigen, dass radikale Reformschritte kaum Erfolgchancen haben. Und solange Gesundheit als kostbares gesellschaftliches Gut angesehen bleibt, wird auch sein Preis weiter steigen. Die obligatorische Krankenversicherung wird mit dieser Entwicklung überfordert sein; der Anteil der grundversicherten Gesundheitskosten wird in Zukunft fallen.

Mit anderen Worten: Gesundheit wird ein zunehmend privates Gut werden. Um diese Entwicklung richtig steuern zu können, brauchen wir rasch eine offene und vergleichende Diskussion über die einzelnen Gesundheitskosten und ihre gesellschaftliche Verteilung. Andernfalls wird sich unser System zwangsläufig dem amerikanischen Albtraum nähern, wo Gesundheit und Lebenserwartung weitgehend eine Frage des Portemonnaies geworden sind.

Martin Lengwiler ist Privatdozent für Geschichte der Neuzeit an der Universität Zürich und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Zusammen mit Matthieu Leimgruber arbeitet er an einem Buch über die Geschichte des schweizerischen Sozialstaats.

KGV - Wandel

Lesetext



1. Fasst den Text in Stichworten zusammen.

2. Erstellt eine Zeitachse mit den wichtigsten Ereignissen!

Jahr	Ereignis (Stichworte)



Aufgabe

Diskutiert die Meldungen

Diskussion

Meinungen aus dem Jahre 2003

Bei einer 27%igen Prämienenerhöhung für das Jahr 2004 – und dies ohne jegliche Änderung in den Versicherungsleistungen – schlägt es einem fast die Sprache. Vor allem gesunde Leute werden immer mehr zur Kasse gebeten und sollen für unfähige Politiker bezahlen, die nicht in der Lage sind, der Preiserhöhung Einhalt zu gebieten. Man spricht von Solidarität! Die Frage ist, mit wem! Mit Rauchern, Alkoholikern, Fettsüchtigen, Menschen, die ein risikofreudiges Leben führen usw. Die Minderbemittelten bekommen die Prämien vom Staat retourniert, und für die wirklich Reichen ist das kein Betrag. Wer bleibt übrig? Natürlich der Mittelstand. Dieser zahlt dafür, dass immer mehr Ärzte die Krankenkassen abzocken können und diese untätig zusehen, weil die Prämien doch allerorts steigen und somit ein Kassenwechsel nur bedingt Wirkung zeigt.

Hallo Datli! Ja, da kann ich dir nur Recht geben. Wir gehen auch sehr selten zum Arzt. Ich bevorzuge für mich und meine Kinder immer als Erstes Naturheilmittel, die ich selber herstellen kann. Ich gehe nur dann zum Arzt, wenn es gar nicht mehr geht. Ich denke, wir, die zuerst auf alte Hausmittel zurückgreifen, sollten von den KK belohnt werden, z. B. mit niedrigere Prämien. Sodass wir ihnen ja Kosten sparen helfen. Liebe Grüsse E. B.

... und Meldungen aus dem Jahre 2009

Die zunehmende Zahl älterer pflegebedürftiger Menschen beschäftigt Bund und Kantone

Der Anteil der über 65-jährigen Menschen in der Schweiz wird laut Prognosen des Bundesamtes für Statistik von 2010 bis 2030 von 17,1 auf 24,2 Prozent zunehmen. Im selben Zeitraum soll die Zahl der älteren pflegebedürftigen Personen von 125'000 auf über 180'000 zunehmen, schätzt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium. Dadurch werden sich die Kosten für Spitex-Dienste und Pflegeheime vervielfachen. Zu den finanziellen Fragen hinzukommen gesellschaftliche, etwa wie die Pflegebedürftigen betreut werden sollen und welche Rolle dabei die Angehörigen spielen können.

Nachdem Bund und Kantone sich über die Herausforderungen in der Langzeitpflege ausgetauscht haben, ist der Bundesrat daran, dazu eine Strategie auszuarbeiten.