

Krankenversicherungen und Ärztefrage im Ständerat : II. Die Ärztefrage

Autor(en): **Steiger, J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Wissen und Leben**

Band (Jahr): **5 (1909-1910)**

PDF erstellt am: **15.08.2024**

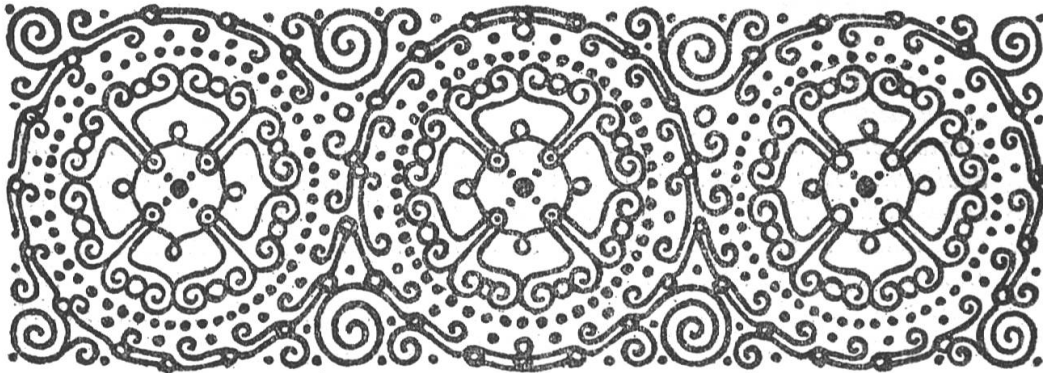
Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-750915>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.



KRANKENVERSICHERUNG UND ÄRZTEFRAGE IM STÄNDERAT

II. DIE ÄRZTEFRAGE

In der Ärzte- und Apothekerfrage hat sich der Ständerat dem Nationalrat angeschlossen in dem Sinne, dass nur diejenigen Kassen eine Bundessubvention erhalten, die den Mitgliedern freie Arztwahl gewähren. Ebenso ist die Wahl der Apotheke frei. Die diplomierten Ärzte dürfen entgegen dem Begehren auch an den Orten rezeptieren, wo bereits Apotheken vorhanden sind. Da diese Lösung der Frage in beiden Räten eine beschlossene Sache ist, so ist sie parlamentarisch erledigt, wenn man nicht darauf zurückkommt. Solches verlangen die Kassen in einer Eingabe, da sie sich mit dieser Lösung nicht befreunden können. Es war dies auch der einzige Punkt, der im Ständerat eine nennenswerte Debatte gezeitigt hat. Wir geben zunächst den Wortlaut des ständerätlichen Beschlusses:

Artikel 12^{ter} regelt in folgender Fassung die Wahl des Arztes:

Wenn eine Kasse ärztliche Behandlung gewährt, so soll jedem erkrankten Mitgliede die Wahl unter den an seinem Aufenthaltsorte oder in dessen Umgebung praktizierenden Ärzten freistehen, soweit nicht der Eintritt in eine Heilanstalt die Behandlung durch deren ärztliches Personal bedingt.

Die Kasse kann von sich aus oder auf Antrag des behandelnden Arztes des Versicherten oder seiner Familie die Zuziehung eines zweiten Arztes anordnen.

Haben in Gebirgsgegenden mit geringer Wegsamkeit, die nur dünn bevölkert sind, öffentliche und obligatorische Kassen mit Ärzten Taxen vereinbart, so müssen diese Kassen für Mitglieder, die sich durch einen andern Arzt behandeln lassen, nur diese Taxen bezahlen. Als Ärzte gelten nur diejenigen Personen, die das eidgenössische Diplom besitzen. Die Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsausweises die Bewilligung zur Ausübung des ärztlichen Berufes erteilt hat, sind innerhalb der Schranken dieser Bewilligung den in Absatz 4 bezeichneten Ärzten gleichgestellt. Die Kasse ist nicht gehalten, ungerechtfertigte Kosten zu übernehmen oder mehr als die tarifmäßigen Gebühren zu bezahlen.

Absatz 3 bringt den sogenannten Antrag Vital (Nationalrat), der ein Schutz der Kassen im Hochgebirge sein soll gegenüber den höhern Anforderungen frei gewählter Ärzte. Die Verträge der Hochgebirgskassen mit ihren Ärzten müssen selbstverständlich auf den anerkannten Tarifen basieren.

Über die *Wahl der Apotheker* wird in Artikel 12^{quater} in folgender Weise bestimmt:

Wenn eine Kasse Arznei gewährt, so soll jedem erkrankten Mitgliede, das zu Hause behandelt wird, die Wahl unter den an seinem Aufenthaltsorte oder in dessen Umgebung befindlichen Apotheken freistehen, deren Betriebsleiter das eidgenössische Diplom besitzen. Die Personen, denen ein Kanton auf Grund eines wissenschaftlichen Befähigungsnachweises oder in ihrer Eigenschaft als Ärzte die Bewilligung zur Leitung einer Apotheke erteilt hat, sind innerhalb der Schranken dieser Bewilligung den in Absatz 1 bezeichneten Betriebsleitern von Apotheken gleichgestellt. Die Kasse ist nicht gehalten, mehr als die tarifmäßigen Beiträge zu bezahlen oder die Bezahlung von solchen Arzneien zu übernehmen, die nicht ein zur Behandlung befugter Arzt verordnet hat.

Das *Tarifwesen* ist Gegenstand von Artikel 11^{quinquies}:

Die Kantone setzen nach Anhörung der Berufsverbände der Ärzte und der Apotheker unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse die für die Beteiligten verbindlichen Tarife der ärztlichen Leistungen und Arzneien fest. Die Kantonsregierungen bezeichnen eine schiedsgerichtliche Instanz und das Verfahren zum Entscheide der Streitigkeiten, die zwischen den Kassen einerseits und den Ärzten und Apothekern anderseits über die Anwendung von Artikel 12^{ter}, Absatz 6, und Artikel 12^{quater}, Absatz 3, entstehen. Die von den Kantonen in Ausführung dieses Artikels erlassenen Bestimmungen bedürfen der Genehmigung des Bundesrates.

Die Schaffung der schiedsgerichtlichen Instanz geht auf einen Antrag von Ständerat Pettavel zurück. Die Schaffung dieser Instanz ist den Kantonen zugeteilt worden, da sie in der Lage sind,

die Frage in einfacherer Weise zu lösen, als die Bundesbehörden. Um dennoch ein möglichst gleichmäßiges Verfahren in der ganzen Schweiz zu sichern, sind die Bestimmungen der Kantone der Genehmigung des Bundesrates unterworfen.

Artikel 12^{sexies} umschreibt die *disziplinarischen Angelegenheiten*:

Auf Antrag einer Kasse können Ärzte und Betriebsleiter von Apotheken, die wissentlich einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der Kassen Vorschub leisten oder deren Mittel wissentlich missbrauchen, oder die sich den Versicherten gegenüber eine erhebliche Pflichtverletzung zuschulden kommen lassen, nach ihrer Anhörung von der Kantonsregierung ihres Wohnortes bis auf fünf Jahre des Rechtes verlustig erklärt werden, ihren Beruf für Rechnung der Kassen auszuüben. Gegen den Entscheid der Kantonsregierung steht den Parteien binnen zwanzig Tagen von der schriftlichen Mitteilung an der Rekurs an den Bundesrat zu.

* * *

Die Kommission wollte es beim *status quo* bewenden lassen, das heißt, dass jede Kasse das ihr dienende System wählen kann, freie Ärztwahl oder System der Vertrauensärzte, eventuell Kassenarzt.

Die Ärztefrage ist dem Rate von den Vertretern der freien Arztwahl teilweise in nicht ganz zutreffender Weise dargestellt worden. Nach ihren Voten hätte ein Unbeteiligter unbedingt meinen müssen, man stehe unmittelbar vor der Einführung oder mindestens einer Nachahmung des deutschen Kassenarztsystems, das in seiner Allgemeinheit von niemanden gebilligt werden kann.

Im Einzelnen scheinen die Resultate des deutschen Systems wenigstens nach der Statistik nicht so schlimm zu sein. Nr. 2 der „Krankenkassen-Zeitung“ bringt darüber folgende Details nach der neuesten Statistik. Es geht daraus hervor, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für ärztliche Hilfe nicht nur absolut, sondern auch für die gleiche Leistung fortgesetzt enorm gestiegen sind, und dass an der Proletarisierung der Ärzte hauptsächlich deren kolossale Vermehrung schuld ist. Deutschland zählte:

	1885	1900	1908
Ärzte insgesamt	15,764	27,374	31,640
Auf einen approbierten Arzt kommen Einwohner	2,972	2,058	1,950
Die Krankenkassen wendeten auf für ärztliche Behandlung in Millionen Mark . .	9,06	35	67,6
Für jeden Arzt entfielen durchschnittlich Einnahmen aus der Kassenpraxis	Mk. 595	1,254	2,130

Zahl der auf einen Arzt entfallenden Kassenmitglieder	1885	1900	1909
	272	374	400
Die Aufwendungen für ärztliche Behandlung pro Kassenmitglied betragen Mk.	2,15	3,60	5,48

Die Statistik zeigt, dass die Vermehrung der Ärzte in absolut keinem Verhältnis zur Zunahme der Bevölkerung stand. Wurde aber die Zahl der auf einen Arzt überhaupt entfallenden Einwohner immer geringer, so stieg gleichwohl die auf ihn entfallende Zahl an Kassenmitgliedern infolge des sich ständig erweiternden Umfanges der obligatorischen Krankenversicherung. Auf jeden deutschen Arzt entfielen außer den Kassenmitgliedern 1885: 2699, 1900: 1711 und 1908: 1560 Personen für die Privatpraxis. „Dieser enorme Verlust am natürlichen Kundenkreis wird noch gesteigert durch das Spezialistenwesen, die Heilanstalten, Kurbäder, die hygienisch richtigere Lebensweise des Publikums, wodurch der Durchschnittsbedarf an Arzthilfe sich nochmals einschränkt. Aus dieser ganzen Entwicklung ergibt sich die hohe Bedeutung der obligatorischen Krankenversicherung für die Ärzte, da sämtliche Krankenkassen ohne irgendwelche Beschränkung verpflichtet sind, den Versicherten in Krankheitsfällen die Behandlung durch einen approbierten Arzt zur Verfügung zu stellen. In welcher Weise die Krankenkassen aber den Ärzten entgegengekommen sind, zeigen die ständig gewachsenen Ausgaben für die Ärzte. Erhält doch im Durchschnitt jeder Arzt von der Krankenversicherung bereits ein Einkommen von 2130 Mark pro Jahr. Die Aufwendungen für die ärztliche Hilfe pro Kassenmitglied haben sich weit mehr als verdoppelt.“

Trotzdem plädiert niemand in der Schweiz für die Einführung des bisherigen deutschen Kassenarztsystems. Davon ist gar keine Rede. Man will nur den *status quo* belassen, wie er ist. *Was bedeutet er?* Auf diese Frage gibt die Eingabe vom 3. Dezember des Bureaus des Zentralkomitees der schweizerischen Krankenkasse und des Konkordates der schweizerischen Krankenkassen für Freizügigkeit an die eidgenössischen Räte Aufschluss. In dieser Eingabe heißt es unter anderm:

Auf dem *Lande* besteht die unbeschränkte Freiheit der Ärztwahl deshalb nicht, weil nur eine geringe Zahl von Ärzten in der Nähe vorhanden ist. Auch kennen sich da die Mitglieder unter einander und die Ärzte in der Regel persönlich. Anders aber ist es in den Städten und

großen industriellen Ortschaften, wo eine flottante Mitgliedschaft vorkommt und die Zahl der Ärzte groß ist. Im allgemeinen sind da diejenigen Kassen zahlreicher, welche nur Krankengeld ausrichten, *weil teils schlimme Erfahrungen, teils eine natürliche Furcht vor ungewissen Resultaten sie davon abhalten, den Arztkonto zu übernehmen*. Diejenigen aber, welche Naturalleistungen verabfolgen, befolgen ohne Ausnahme nirgends das System der völlig freien Arztwahl. Die genaue Kontrolle der Rechnungen, welche diese erfordert, um alljährliche Defizite zu verhüten, wäre bei diesem System gar nicht möglich, insbesondere von Laien nicht, wie die Kassenverwalter durchweg sind.

Unter den Mitgliedern gibt es, wie überall, namentlich in den Städten, auch solche, welchen eine Ausnutzung der Kasse keine Gewissensbisse verursacht, die aber so schlaue sind, dass man ihnen ein Unrecht nicht leicht nachweisen kann. Ganz unmöglich ist dies, wenn der behandelnde Arzt nicht in jeder Beziehung die Interessen der Krankenkasse vertritt, was bei der freien Arztwahl nie durchweg der Fall sein wird. Nur der Vertrauensarzt ist mit den Kassenverhältnissen gut bekannt; nur er weiß auch zweifelhaften Elementen gegenüber den rechten Weg zu finden und den richtigen Verkehr mit der Kassenverwaltung einzuschlagen, während viele andere Ärzte, worunter besonders auch die Anfänger, sich den Vorschriften der Kassen, die zum Zwecke einer richtigen Kontrolle erforderlich sind — spezifizierte Rechnungen, richtige Ausfüllung der Krankenscheine und der Kontrollkarten usw. —, nicht fügen wollen und auch die Simulanten nicht in richtiger Weise anfassen.

Dazu kommt, dass es eben auch unter dem Ärztestand etwa Elemente gibt, die rücksichtslos den eigenen Vorteil im Auge haben. Wenn diese letztern zum Glück auch nicht häufig sind, so kommen sie doch vor, und da kann man nicht erwarten, dass die Kassen jeden Fall vor den Bundesrat leiten, um Ordnung zu schaffen, wie der Nationalrat in Artikel 11 dies vorsieht. Gewiss würden die Kassen lieber auf die höhere Subvention oder gar auf die Anerkennung verzichten, als diesen für Laien in jeder Hinsicht schwierigen Weg einzuschlagen.

Betrachten wir aber einige städtische Kassen, welche die Arznung bezahlen. Als solche sind allgemein bekannt die „Krankenpflege *Basel*“, die „Genossenschaft Krankenpflege *Zürich*“, die „Allgemeine Krankenkasse *Zürich*“, die „Krankenkasse der Arbeiterunion *Zürich*“, die „Betriebskrankenkassen in *Winterthur*“ usw.

Die „Genossenschaft Krankenpflege *Zürich*“ zum Beispiel ist eingerichtet, wie die gleichnamige Genossenschaft in *Basel*. Sie zählt gegenwärtig zirka 3000 Mitglieder und ist von Ärzten gegründet und geleitet. Sie selber aber, deren Führer die völlig freie Arztwahl fordern, zahlen nur die Rechnungen ihrer Vertrauensärzte, deren Zahl freilich zirka 90 beträgt; geht ein Mitglied zu einem andern Arzte, so hat es die Rechnung selber zu zahlen. Genau gleich sind auch die andern dieser Kassen eingerichtet. Die Krankenkasse der Arbeiterunion *Zürich* zählt zirka 40 Vertrauensärzte, diejenige der Allgemeinen Krankenkasse *Zürich* 15—20, aber keine bezahlt die Rechnungen eines andern Arztes für ihre Mitglieder. Außerdem haben schon alle diese Kassen sich genötigt gesehen, Ärzte wegen unlautern Gebarens von der weitem

Mitwirkung in der Genossenschaft auszuschließen, obschon jedem bekannt ist, dass alle Rechnungen einer strengen fachmännischen Kontrolle unterliegen. Wie käme es dann erst in Kassen, wo eine solche Kontrolle durch Ärzte nicht möglich ist!

Der Kassier des Kassenvereins Schönenwerd schreibt im Organ der Krankenkassen, in der „Krankenkassen-Zeitung“:

Unsere Kasse, welche ihren Mitgliedern unentgeltliche ärztliche Behandlung in medizinischen, chirurgischen und geburtshilflichen Fällen, den unentgeltlichen Bezug von Arzneien, Spitalverpflegung, Kurbeitrag, Taggeld und Sterbegeld gewährt, besteht schon seit mehr als *50 Jahren*, und hatte alle die vielen Jahre hindurch *das Institut der Vertrauensärzte*. Dass dasselbe solange bestehen konnte, ist wohl der beste Beweis, dass beide Teile, die Ärzte, sowohl als unsere Kasse, sich dabei gut befunden haben. Es war also unstreitig für unsere Verhältnisse der richtige Modus der Ärztewahl. Wie wir werden auch andere Kassen die gleich guten Erfahrungen gemacht haben, und es wäre daher ganz unbegreiflich und gegen jedes Rechtsgefühl, wenn man jetzt solche Kassen zwingen wollte, mit dem bei ihnen bewährten System zu brechen, einzig und allein deshalb, weil die patentierten Ärzte darin ihr Interesse erblicken . . .

Er bemerkt weiter:

Eine weitere wichtige Änderung gegenüber dem nationalrätlichen Entwürfe sehen wir darin, *dass der Ärzte- und Apothekertarif nicht eidgenössisch, sondern kantonal geregelt werden soll*. Der Kanton ist viel eher als der Bundesrat im Falle, den Tarif den örtlichen Verhältnissen gemäß aufstellen zu können . . .

Unsere *14 Vertrauensärzte* verrechnen uns zum Beispiel die *durch ihre kantonale Ärztevereinigung festgesetzte Minimaltaxe*. Hätten nun unsere sämtlichen Vertrauensärzte letztes Jahr ihre Rechnungen auf Grund der ärztlichen Minimaltaxe einer unserer Nachbarkantone ausgestellt, so würde uns dadurch eine Mehrauslage von 5813 Franken 60 Rappen erwachsen sein.

Die bedingt freie Ärztewahl ist in Deutschland eingeführt worden. Im „Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte“ Nummer 2 (1906) plädiert der Präsident der Krankenpflege Zürich, Dr. *Häberlin*, für ihre Einführung in der Schweiz. Die Idee der bedingt freien Ärztewahl ist die, dass eine bestimmte Ärzteorganisation mit den Kassen einen Vertrag schließt behufs Übernahme der Heilspflege. Die Gesichtspunkte, die dabei in Frage kommen, finden sich in prägnanter Form in den neuen Krankenkassen-Normalien der Ärzte des Kantons Zürich, denen wir folgendes entnehmen:

§ 2. Der Vertrag erstreckt sich einerseits auf alle bei den Kranken-Versicherungsträgern auf Krankenpflege (für das Heilverfahren) ver-

sicherten Mitglieder und auf jene Personen, für welche die vertragsschließende Krankenkasse im Auftrage von Dritten das Heilverfahren zu übernehmen hat und andererseits auf alle patentierten, im Wohnorte der Mitglieder wohnenden oder regelmäßig praktizierenden Ärzte, welche der vertragschließenden Ärzteorganisation angehören.

§ 3. Die Zulassung außerhalb der ärztlichen Organisation stehender Ärzte erfolgt auf Anmeldung dieser bei der Ärzteorganisation, sofern sie sich den für die Ausübung kassenärztlicher Praxis bei der Ärzteorganisation bestehenden Bestimmungen unterwerfen und den gemeinsamen Dienstvertrag annehmen.

§ 4. In denjenigen Orten, in denen ein auf die Bestimmungen dieses Vertrages verpflichteter Arzt praktiziert, dürfen andere Ärzte nicht nach andern Normen honoriert werden, außer in den gesetzlich nicht abweisbaren Notfällen.

§ 13. Den Kassenmitgliedern steht in jedem einzelnen Erkrankungsfall *die Wahl unter den zuständigen Ärzten* zu und sie dürfen in dieser Wahl seitens der Kassenorgane in keiner Weise beeinflusst werden. Die Kassenverwaltungen haben ihren Mitgliedern die Namen, Wohnungen und Sprechstunden dieser Ärzte in geeigneter Weise bekannt zu geben. Mehrkosten, welche eventuell durch die Wahl eines entfernten an Stelle des nächstgelegenen Arztes entstehen könnten, hat die Kasse nicht zu tragen.

§ 14. Der Arzt hat der kontrahierenden Krankenkasse *unentgeltlich* Zeugnisse betreffend An- und Abmeldung, Ausgangsbewilligungen, sowie die Beantwortung der von der Kassenverwaltung gestellten Anfragen prompt und gewissenhaft zu liefern.

Die Ärzteorganisation stellt dem Kassenvorstand aus ihrer Mitte *unentgeltliche* fachmännische Hülfe zur Verfügung, insbesondere für die Kontrolle des ärztlichen Dienstes, der Rechnungen, für die Untersuchungen und Vermittlungen bei Differenzen zwischen dem Arzte einerseits und dem Patienten oder dem Kassenvorstand andererseits, für die administrative Erledigung sanitär wichtiger Fälle, überhaupt für die Durchführung und Ausgestaltung hygienischer Aufgaben durch die Kasse.

§ 17. Die *Rechnungsstellung* hat unter Angabe der einzelnen Hilfeleistungen nach dem Krankenkassen-Tarif der regierungsrätlichen Taxordnung, respektive nach dem besondern Tarif der Schweizer Unfallversicherungsanstalt, oder nach einem vereinbarten Tarif zu erfolgen, der nicht unter den Ansätzen dieser Taxordnungen bleibt.

Die Minimaltaxe soll eine prozentuale Erhöhung erfahren, wenn die ökonomische Lage der Mitglieder oder der Versicherer dies erlaubt.

Bietet eine Krankenkasse verschiedene Klassen, so ist der *Zuschlag* zur Minimaltaxe für jede Klasse besonders festzusetzen.

§ 27. *Die Ärzteorganisation erhält für ihre gesamten ärztlichen Leistungen pro Kassenmitglied jährlich eine feste Entschädigung*, welche zur Bezahlung der beteiligten Ärzte nach ihren Einzelleistungen zu verwenden ist.

§ 28. Die Höhe dieser Entschädigung darf nicht unter die durchschnittlichen Arztkosten auf Grundlage der kantonalen Minimaltaxe oder des eidgenössischen Unfalltarifes sinken.

§ 29. Sind in einer Krankenkasse die Mitglieder nach ihrer verschiedenen Lohnhöhe versichert, so soll die vereinbarte Entschädigung diesen Verschiedenheiten Rechnung tragen, indem zum Beispiel zu einem Fixum pro Mitglied noch ein Zuschlag tritt, welcher aus einem prozentualen Teil der Lohnsumme bestehen kann.

Die Ärzteorganisation führt nun selbst eine sehr strenge Kontrolle darüber, dass zum Beispiel die Krankenpflege Zürich nicht durch zu hohe Rechnungen belastet wird. Bei jedem der Organisation angehörenden Arzt werden jährlich genau die durchschnittlichen Kosten für Behandlung seiner Patienten ausgerechnet. Wird von einem Arzt das Durchschnittsmittel der Unkosten sämtlicher Betriebsjahre für die Behandlung aller Patienten, ausgenommen Spital- und Versicherungskonti überschritten, so werden von den Überschreitungen *Abzüge von 25 bis 75 Prozent* gemacht, die sich die betreffenden Ärzte gefallen lassen müssen. Diese Abschreibungen kommen der Kasse zu gut.

Man wird zugeben müssen, dass dies eine selbstlose Auffassung der Stellung ist, die die Ärzte einer Kasse gegenüber einnehmen sollen.

Das sind die wichtigsten Bestimmungen einer Organisation, die auch für andere Teile der Schweiz als *mustergültig* bezeichnet werden darf. Nach diesen Grundsätzen lässt sich auch eine richtige Lösung der in den Räten unrichtig behandelten Ärztefrage hoffen.

Das System der Vertrauensärzte hat sich bewährt. Aus obigen Darlegungen geht klar hervor, dass kein Mensch daran denkt, den Ärztestand herabzuwürdigen, und dass er bis heute in der Schweiz durch die Kassen an Ansehen nicht verloren hat. Das Verhältnis der Ärzte und Kassen ist durchschnittlich ein durchaus normales und es ist ungerecht, wenn man die unbedingt freie Ärztewahl durchaus populär machen will, dass man das Gespenst des deutschen Kassenarztes, den man bei unsern Kassen nicht kennt, in schwarzen Farben an die Wand malt, wie es im Ständerat geschehen ist, und dadurch die Tatsachen entstellt.

Die Kassen wollen nur Ordnung, was nach ihrer Ansicht nur bei der *beschränkten*, aber nicht bei der *freien* Ärztewahl möglich

ist. Vom „deutschen Kassenarzt“ will niemand etwas wissen. Die ganze Frage kommt, wie bemerkt, überhaupt nur für die Hälfte aller Kassen in der Schweiz in Betracht, nämlich bei denen, die Krankenpflege gewähren. Und auch bei diesen spitzt sie sich nur auf einige große Städte zu, denn auf dem Land, wo wenige Ärzte sind, werden diese sowieso durch die Kassen in Anspruch genommen.

* * *

Was werden die *Folgen* des Beschlusses der Räte in der Ärztefrage sein, was die Folgen der Nichtbeachtung der Wünsche der Kassen?

Die Delegiertenversammlung der schweizerischen Krankenkassen, die am 6. *Dezember in Winterthur* tagte und die 125,000 Mitglieder repräsentierte, nahm einstimmig folgende Resolution an:

Die schweizerischen Krankenkassen, in Erwägung, dass allfällige Rechnungsrückschläge zu ihren Lasten fallen, verlangen für sich das Recht, das System der Ärztewahl (unbedingt freie Ärztewahl, bedingt freie Ärztewahl oder Kassenarzt) ihren Verhältnissen entsprechend selber zu bestimmen. Die Delegiertenversammlung spricht deshalb zuhanden der Bundesversammlung den dringenden Wunsch aus, der sogenannte Ärzte-Artikel (12^{ter}) möchte im Sinne des Vorschlages der ständerätlichen Kommission in das neue Gesetz über Kranken- und Unfallversicherung aufgenommen werden.

Die westschweizerischen Krankenkassenverbände, sowie der Berner Verband erklärten ihre Zustimmung zu dem Begehren der Versammlung. Die Eingabe, die den Räten diese Resolution nahe legen sollte, wurde nicht beachtet, was eine große Verstimmung hervorgerufen hat.

Mißstände in der Ärztefrage gibt es allerdings, aber, wie wir glauben, weniger bei den Kassen als bei städtischen Verwaltungen, die ihre erkrankten Angestellten durch bestimmte Ärzte behandeln lassen und dabei, wie man hört, in der Auswahl viel zu enge sind.

Es war anzunehmen, dass die Kassen von diesem Entscheid nicht erbaut sein würden und dass er sich bei Anlaß eines Referendums unangenehm spürbar machen könnte. Dieses Moment haben wir nicht zu untersuchen; aber bedenklich können die Folgen immerhin für die allgemeine Durchführung des Gesetzes sein.

Theoretisch kann ja die Wünschbarkeit der freien Arztwahl, bei der jeder Patient den Arzt seines Vertrauens auswählen kann,

nicht bestritten werden. Auch dass man den Ärzten soweit als möglich entgegenkommen soll, versteht sich von selbst. Die Frage ist, wie weit ist dieses Entgegenkommen möglich, *ohne die Lage der Kassen zu verschlimmern* — denn auch diese haben ein Anrecht auf Rücksicht — und *ohne die Durchführung der Kranken- und Unfallversicherung zu erschweren?* Es sind schwerwiegende Gründe, die zur Vorsicht mahnen. Kurzerhand vom hohen Ross herunter, wie es zum Teil in der Presse geschehen ist, kann man die Frage jedenfalls nicht erledigen.

In der erwähnten Eingabe der Kassen wird auf ein wichtiges Moment aufmerksam gemacht hinsichtlich der Folgen der freien Arztwahl:

Aus der Arbeit vom schweizerischen Industriedepartement über die gegenseitigen Hilfsgesellschaften in der Schweiz im Jahre 1903 geht hervor, dass 74 Kassen damals nur Naturalleistungen gewährten, 857 Naturalleistungen und Krankengeld und 815 nur Krankengeld. Die Kassen, welche den Arztkonto bezahlen, haben sich in den letzten 23 Jahren mehr als verdoppelt, während diejenigen mit Barunterstützung nicht einmal um 50 Prozent zugenommen haben. Immerhin sind die beiden Arten an Zahl der Kassen nahezu gleich stark. Wenn also das erwartete eidgenössische Gesetz diese Entwicklung begünstigt, indem es den Kassen mit Naturalleistungen eine größere Subvention verabfolgt, so werden sich voraussichtlich rasch zahlreiche Kassen, die bis jetzt nur Krankengeld zahlten, diesem System zuwenden. *Bringt es ihnen aber Vorschriften, die ihre Finanzen gefährden können, so wird das Gegenteil eintreten.* Manche Kasse, die jetzt Arzt und Apotheke zahlt, wird wieder zur Barunterstützung zurückkehren. Wir kennen auch bereits derartige Beispiele.

Jedenfalls wird eine Folge die sein, dass die große Anzahl von Kassen, die heute bloß Krankengeld (zirka 45 Prozent) geben und *nicht Krankenpflege*, es sich wohl überlegen werden, bis sie zu dem von den Bundesbehörden im Gesetz mit Recht privilegierten System der *Krankenpflegeversicherung* übergehen. Unter dem System der bloßen Geldleistung hat die Hälfte aller schweizerischen Kassen mit den Ärzten überhaupt nichts zu tun. Sollen sie zur *Krankenpflegeversicherung* übergehen, so müssen sie auf das bis jetzt bei diesem System übliche Selbstbestimmungsrecht verzichten und das werden die wenigsten Kassen tun wollen.

Also einerseits privilegiert man im Gesetz mit Recht die *Krankenpflegeversicherung* gegenüber der Geldversicherung, anderseits unterbindet man deren Förderung.

Der gewünschte Ausgleich zwischen deutscher und französischer Schweiz, die im großen und ganzen die beiden Systeme repräsentieren, wird mit dem Beschluss beider Räte wesentlich erschwert.

Im Ständerat ist der Einwand gemacht worden: Wenn eine Gemeinde die Versicherung *obligatorisch* erklärt, dann könnte es unter Umständen vorkommen — nach der jetzigen Praxis der Kassen wird dies allerdings die seltene Ausnahme bilden — dass den an den Kassen nicht beteiligten Ärzten der Boden entzogen wird. Es ist anzuerkennen, dass dieser Eventualität irgendwie vorgebeugt werden müsste. Am besten durch Organisation der Ärzte wie in Zürich.

Weniger einleuchtend ist der andere angeführte Einwand, bei der Unfallversicherung stipuliere man freie Arztwahl, und bei der Krankenversicherung müsse es logischerweise auch der Fall sein. Die praktische Folge des gemeldeten Beschlusses für die Unfallversicherungsanstalt wird die sein, dass die Anstalt mit der Kontrolle der bei den Krankenkassen untergebrachten leichten Verunfallten ihre Not haben wird, während das bisherige System, wo die Kassen ihre Interessen selbst wahrnehmen können, viel mehr Gewähr leistet, dass der Anstalt nicht unnütze Kosten erwachsen. Theoretisch mag es ja auffallen, dass man nach Vorschlag der Kommission bei den Krankenkassen nicht die freie Arztwahl hat, wohl aber bei der Unfallversicherung. In der Praxis fährt die Anstalt besser beim *status quo* und die Patienten nicht schlechter. Übrigens wird die Unfallversicherungsanstalt bei der freien Arztwahl noch ihre Erfahrungen machen und es ist noch lange nicht gesagt, dass man mit der unbeschränkten freien Arztwahl bei der Unfallversicherung das Richtige getroffen habe. Die Erfahrungen der Versicherungsanstalten sprechen jedenfalls nicht dafür.

Mit Gesetz vom 31. März 1905 hat man in *Frankreich* die freie Arztwahl für die Arbeiterversicherung eingeführt. Sofort stiegen die Arztkosten ganz bedeutend, und zwar nach dem „Journal officiel“ vom 3. August 1909 wie folgt:

Arzt- und Apothekerkosten per 100 Fr. Lohn
1901: 0.191 1903: 0.217 1905 (Gesetz 1905): 0.2526 1907: 0.3
1902: 0.219 1904: 0.2205 1906: 0.2914

Französische und schweizerische Versicherungsgesellschaften konstatierten in Frankreich von 1904—1906 eine Steigerung der

versicherten Löhne von 21 Prozent, der Unfälle von 47 Prozent, der Kosten des Heilverfahrens (Arzt, Spital, Apotheke) von 65 Prozent.

Die Anstalt *Zürich* konstatiert eine Steigerung der Kosten für Heilverfahren in Frankreich von Fr. 27.20 anno 1905 auf Fr. 33.90 anno 1907.

In Frankreich äußerte sich die Wirkung der freien Ärztwahl nicht nur in der Erhöhung der Durchschnittskosten pro Fall, sondern die freie Ärztwahl war auch der Grund der Zunahme der Zahl und Dauer der Unfälle und die Zunahme der Ansprüche für die kleinen Invaliditäten. Bei der freien Ärztwahl werden naturgemäß eher Atteste über Arbeitsunfähigkeit ausgestellt, als wenn die Auswahl der Ärzte wenigstens eine beschränkte ist.

* * *

Es trifft sich sonderbar, dass in dem Moment, wo beide Räte, entgegen dem ursprünglichen Antrag des Bundesrats und dem der ständerätlichen Kommission, die absolute freie Arztwahl postulieren, *Deutschland* und *Österreich* sich nach ihrer langen Erfahrung zu dem Standpunkt scheinen bekehren zu wollen, dass sich der Staat in die Frage Kassenarzt oder freie Arztwahl *nicht* einmischen soll. Allerdings können die Erfahrungen bei der obligatorischen Versicherung für die Schweiz nicht ausschlaggebend sein, sondern nur die Rücksicht auf die unter dem System der *freien* Krankenversicherungen in der Schweiz ganz anders gearteten Verhältnisse und auch die *Zwecke*, die man mit dem vorliegenden Gesetz verfolgt.

Der *österreichische* Entwurf von 1908 zum Gesetz über die Sozialversicherung bestimmt in Artikel 44 unter anderm: „Hinsichtlich der ärztlichen Behandlung der erkrankten Mitglieder kann das Kassastatut anordnen, dass diese sich an *bestimmte Ärzte zu wenden haben und dass die Bestreitung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte erwachsenden Kosten, von dringenden Kosten abgesehen, von der Kasse abgelehnt wird.*“

In den Motiven zu diesem Artikel heißt es:

§ 44 bringt zunächst in Übereinstimmung mit der geltenden Gesetzgebung das Selbstbestimmungsrecht der Krankenkassen auf dem Gebiete der ihnen obliegenden Vorsorge für die Beschaffung der ärztlichen Hilfe und der Heilmittel zum Ausdruck und knüpft daran lediglich die

implicite auch jetzt bestehende selbstverständliche Bedingung, dass diese Vorsorge eine ausreichende sei. Weiters wird speziell hinsichtlich des ärztlichen Dienstes, gleichfalls dem jetzigen gesetzlichen Zustand entsprechend, sowohl das System der fixen Kassenärzte als auch das System der freien Ärztwahl als zulässig erklärt.

Die neue deutsche Reichsversicherungsverordnung will nach gemachten Erfahrungen den Entscheid der Frage ebenfalls den Kassen anheimstellen. Angesichts der Beratung im Ständerat ist es interessant, die Motive zu kennen, die die deutschen Versicherungsbehörden zu diesem Entschluss gebracht haben. Wir entnehmen den Motiven unter anderm folgende Stelle, die auch für unsere Verhältnisse passt.

Als die hauptsächlichsten Nachteile, die mit der freien Ärztwahl nicht verbunden zu sein brauchen, wohl aber leicht damit verbunden sein können, werden namentlich die nachfolgenden angeführt: Die freie Ärztwahl lockere die persönlichen Beziehungen zwischen den Kassenverwaltungen und den Ärzten und mindere das Interesse der Ärzte am Gedeihen der Kasse. Sie fördere das Simulantentum und steigere die Ausgaben der Kassen im Übermaße. Denn sie veranlasse die Mitglieder, diejenigen Ärzte zu bevorzugen, welche im Verschreiben von Arzneien und Stärkungsmitteln, in der Ausstellung von Bescheinigungen über Krankheit und Erwerbsunfähigkeit sowie in der Zahl der ärztlichen Besuche am weitesten gingen. Ferner soll die freie Ärztwahl wegen der mit ihr verbundenen Möglichkeit des häufigen Arztwechsels die Krankenkontrolle erschweren. Dann aber wird behauptet, dass die freie Ärztwahl ihren Zweck, den Ärzten den freien Wettbewerb zu sichern, gar nicht erreiche. Vielmehr schaffe sie für den Arzt statt der Gefahr einer Abhängigkeit von der Kassenverwaltung den mindestens ebenso bedenklichen Mißstand der *Abhängigkeit von den einzelnen Kassenmitgliedern* und stelle überdies die Auswahl des Arztes unter Einflüsse außenstehender Faktoren.

Als ausgemacht muss vor allem gelten, dass kein wie immer gestaltetes System der ärztlichen Versorgung auf die Dauer gut wirken kann, wenn es nicht von dem beiderseitigen guten Willen sowohl der Ärzte wie der Kassenorgane getragen wird. Daran vermögen alle gesetzlichen oder vertragsmäßigen Kautelen nur wenig zu ändern. Auf der andern Seite hat die Erfahrung durch zahlreiche Beispiele den unwiderlegbaren Beweis erbracht, einmal, dass bei einem verständnisvollen Zusammenwirken der Ärzte und Kassenorgane sich jedes der verschiedenen Systeme durchaus und zur beiderseitigen Befriedigung zu bewähren vermag, sodann aber, *dass die erhebliche Verschiedenheit der örtlichen, beruflichen und finanziellen Verhältnisse bei den einzelnen Kassenarten und Kassen der Festlegung auf ein einzelnes System widerstrebt*. Ist dies aber der Fall, so würde es der inneren Berechtigung entbehren, wenn der Gesetzgeber ein bestimmtes System *zwangsweise* allgemein und ausnahmslos vorschreiben wollte. Eine derartige Vorschrift würde zudem unter allen Umständen einen starken

Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Beteiligten, eine staatliche Bevormundung ihres Rechtes freier Vertragsschließung bedeuten, wie sie auf anderen Gebieten sonst regelmäßig lebhaft zurückgewiesen zu werden pflegt, und wie sie in der Tat nur durch zwingende Gründe gerechtfertigt werden könnte. An solchen aber fehlt es hier schon deshalb, weil eine gesetzgeberische Maßnahme dieser Art den erwünschten friedlichen Zustand im Verhältnisse der Ärzte und Krankenkassen doch nicht herstellen, sondern *viel eher verhindern würde*.

In *Württemberg* scheint man mit der *beschränkten* freien Arztwahl, wie sie großenteils bei uns besteht, gute Erfahrungen gemacht zu haben. Die unbeschränkte freie Wahl, wie sie die Räte beschlossen haben, kommt auch dort nicht in Frage.

Man hat sich beim Entscheid über die Arztfrage viel zu wenig um den Zweck des ganzen Gesetzes gekümmert. Im Organ der Krankenkassen wird mit Recht bemerkt:

Man muss sich denn doch fragen: „Warum will das Volk ein eidgenössisches Gesetz über die Krankenversicherung?“ Gewiss doch darum, damit es auch den Ärmsten, welche die Versicherung gegen Krankheit und den daher rührenden Lohnausfall am nötigsten haben, in Zukunft möglich werde, einer Krankenkasse beizutreten. *Die Bundes-subvention darf daher nur insoweit an beengende Bestimmungen geknüpft werden, als es den Kassen noch möglich ist, neben den verlangten höheren Leistungen wenigstens die bisherigen Mitgliederbeiträge beizubehalten, oder eben, in Anbetracht der ganz armen Mitbürger, dieselben noch erniedrigen zu können*. Vor der eminent wohlthätigen Institution der Krankenversicherung müssen die Privatinteressen einer Berufsgruppe in den Hintergrund treten. Vor allen Preisdrückereien und vor dem Modus der fixbesoldeten Kassenärzte, wie beide in Deutschland vorkommen sollen, werden die Herren Ärzte durch die aufzustellenden Ärzdetarife genügend geschützt . . .

Sollte es trotz allem gelingen, die freie Ärztwahl im Gesetze festzulegen, *so wird eine große Zahl von Kassen früher oder später gezwungen sein, statt wie bisher die Arzt- und Apothekerrechnung zu bezahlen, auf den erhöhten Bundesbeitrag zu verzichten und den Mitgliedern einfach ein höheres Taggeld zu verabfolgen*. Es wäre dies nun freilich das *Gegenteil* von dem, was man mit dem erhöhten Bundesbeitrag bezweckte, und jedenfalls auch von dem, was die Herren Ärzte von der freien Ärztwahl erhofften. Oder würden sie tatsächlich die direkte Bezahlung ihrer Rechnungen durch die Versicherten vorziehen? . . .

* * *

Es will uns scheinen, ein Teil der Herren Ärzte habe die Frage zu sehr vom Standpunkt des *amour propre*, von einem allzuweitgespannten Standesbewusstsein aus betrachtet. Sie wollen sich von den einfachen Leuten, die in der Regel den Kassen vor-

stehen, so wenig als möglich vorschreiben lassen. Die Kassen und ihre Vorstände gehen sowieso schon vielfach vom Prinzip aus, so wenig als möglich direkt mit den ihnen sozial meist übergeordneten Ärzten verkehren zu müssen und überlassen dies lieber den Patienten, daher die starke Ausdehnung der Krankengeldversicherung. Der Beschluss der Räte wird nicht dazu dienen, diese latente Scheu zu beseitigen. Würde man den Kassen das Selbstbestimmungsrecht lassen, so würde schon die Aussicht auf die höhere Bundessubvention viele Kassen veranlassen, in direkten Verkehr mit den Ärzten zu treten. Im Ständerat ist nicht ohne Ironie bemerkt worden, die Herren Ärzte wollten den Kassen die freie Ärztwahl aufoktroieren, respektive sie wollen den *status quo* nicht anerkennen; aber für die *Apotheker* verlangen sie den *status quo* und wollten nicht gestatten, dass deren Begehren entsprechen wird; wo Apotheken sind, sei die Rezeptur von diesen und nicht von den Ärzten auszuführen. Wir sagen damit nicht, man solle dem Begehren entsprechen; aber die Änderung dieses *status quo* hat so viel oder so wenig Berechtigung als die Änderung des *status quo* bei der Ärztefrage, weil wirkliche Mißstände bis jetzt nicht nachgewiesen wurden, auch im Ständerat nicht.

Die einsichtigen Ärzte sind übrigens nicht erbaut von den Beschlüssen der Räte zugunsten der unbedingt freien Ärztwahl. Tritt sie in Kraft, so werden nicht nur die Kassen, sondern auch die Ärzte geschädigt, nicht bloß dadurch, dass noch mehr Kassen das *Krankengeldsystem* vorziehen, wo die Ärzte vom *Patienten* abgefunden werden und wo sie in vielen Fällen nicht wissen, ob sie bezahlt werden oder nicht, sondern die segensreich wirkenden *Ärzteorganisationen*, die mit den Kassen Verträge abgeschlossen haben, drohen, dadurch auseinanderzugehen.

Wir glauben, dass die Räte allen Anlaß haben, nicht nur vom Standpunkt der Kassen aus, sondern auch im allgemeinen Interesse der bestehenden *Ärzteorganisationen* und damit eines großen Teils der Ärzte selbst, die Ärztefrage einer nochmaligen gründlichen Revision zu unterziehen, sei es im Sinne der Beibehaltung des *status quo*, sei es zugunsten einer in richtiger Weise *beschränkten* freien Ärztwahl, wie sie bei vielen Kassen bereits geltendes Recht ist und sich bewährt hat.

BERN

J. STEIGER