

# Zur Entwicklung des Versicherungswesens

Autor(en): **Kälin, Jürg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Marchring**

Band (Jahr): - **(1993)**

Heft 32: **Zur Geschichte des Regionalspitals Lachen**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1044400>

## **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.

# Zur Entwicklung des Versicherungswesens

Jürg Kälin

Als Leistungserbringer im Gesundheitswesen ist das Regionalhospital Lachen eng mit der Entwicklung von Versicherungen, insbesondere der Krankenversicherung, verknüpft. Dies ein Grund, die Jahre vor der Eröffnung des Bezirksspitals der March, Lachen, aus Sicht der Krankenkassen kurz auszuleuchten.

## **Das schweizerische Krankenkassenwesen**

### *Das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen*

In der Schweiz reichen die Krankenkassen bis in das 16. Jahrhundert zurück. Es waren die Zünfte, welche sich um die Zünfter kümmerten, wenn diese im Krankheitsfall in finanzielle Not gerieten. Die Gesellen folgten dem Vorbild ihrer Meister und taten sich ebenfalls in Vereinigungen zusammen. Innerhalb und ausserhalb der Zünfte gab es auch Bruderschaften auf religiöser Grundlage, die nebenbei ihre Mitglieder im Krankheitsfalle unterstützten. Mit der Industrialisierung im 18. und 19. Jahrhundert entstanden dann die ersten Fabrikkrankenkassen. Aber auch private Vereinigungen, Gewerkschaften und Berufsverbände gründeten sogenannte Hilfskassen.

Der grosse Nachteil dieser Organisationen lag in der Beschränkung ihrer Tätigkeit auf einen engen, betrieblichen oder regionalen Raum und damit in der Notwendigkeit für die Mitglieder, bei jedem Betriebs- oder Ortswechsel eine andere Versicherungsmöglichkeit suchen zu müssen. Daraus ergab sich das Bedürfnis nach einem Zusammenschluss, einer Schaffung grösserer Räume, innerhalb derer bei einem Orts- oder Betriebswechsel ein Verbleib in der abgeschlossenen Versicherung garantiert war.

Um diesem Bedürfnis gerecht zu werden, wurden Verbände für Freizügigkeit der Krankenvereine gegründet, dessen ausschliesslicher Zweck die Freizügigkeit war, also die Möglichkeit, bei Ortswechsel ohne Schwierigkeit auch die Mitgliedschaft in der Krankenkasse wechseln zu können. Die Idee der Freizügigkeit blieb für lange Zeit der Hauptgrund für die Schaffung von Kassenverbänden.

Am 15. Mai 1891 traten in Wil die Vertreter der kantonalen Krankenkassenverbände St. Gallen-Appenzell, Thurgau und Zürich zusammen und beschlossen die Gründung eines gemeinsamen Freizügig-

keitsverbandes. Sie legten damit den Grundstein für das Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen (KSK).

Neben den Bemühungen zur Einführung und Verbesserung der Freizügigkeit wurde nach Möglichkeit auch versucht, auf die sich rasch entwickelnde Eidgenössische Gesetzgebung Einfluss zu nehmen.

### *Die Bundesverfassung*

Bis zum Jahre 1890 war die Gesetzgebung auf dem Gebiet der Krankenversicherung in die Zuständigkeit der Kantone gefallen. Gross war aber der Einfluss dieser kantonalen Regelungen auf die Entwicklung der schweizerischen Krankenkassen nicht. So gewann in der Bundesversammlung die Idee die Oberhand, das Gesetzgebungsrecht auf dem Gebiete der Krankenversicherung sei dem Bund zu überbinden. Am 26. Oktober 1890 wurde der Artikel 34<sup>bis</sup> in die Bundesverfassung aufgenommen, der bis heute unverändert in Kraft geblieben ist.

*«Der Bund wird auf dem Wege der Gesetzgebung die Kranken- und Unfallversicherung einrichten unter Berücksichtigung der bestehenden Krankenkassen. Er kann den Beitritt allgemein oder für einzelne Bevölkerungskreise obligatorisch erklären.»*

### *Das Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung*

Die Gesetzgebung über die Krankenversicherung stand von Beginn an unter einem schlechten Stern. Nachdem die Lex Forrer, welche stark von der deutschen Gesetzgebung der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts (Bismarcksche Sozialgesetze) beeinflusst war, am 5. Oktober 1899 scheiterte, besann sich der Bundesrat auf den «schweizerischen Weg». Sein neuer Entwurf verzichtete auf die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung und sah im Wesentlichen eine Unterstützung und Beaufsichtigung von privaten Krankenkassen und von solchen des kantonalen öffentlichen Rechts vor. Diese anerkannten Krankenkassen erhalten Bundesbeiträge zur Abgeltung der von ihnen übernommenen Verpflichtungen wie die Aufnahmepflicht, zeitlich begrenzte Versicherungsvorbehalte, Gewährung der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen. Dieses Konzept eines Rahmen- und Subventionsgesetzes wurde von den Eidgenössischen Räten am 13. Juni 1911 als Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung (KUVG) angenommen. Nach einem knapp verworfenen Referendum, wurde es am 4. Februar 1912 durch das Volk bestätigt und am 1. Januar 1914, über zwanzig Jahre nach Annahme des Verfassungsartikels, eingeführt.

Dieses in seinen Grundzügen noch heute geltende Gesetz hat bisher erst eine wirkliche Revision erfahren, nämlich am 13. März 1964. Die wichtigsten Änderungen: Erleichterung des Beitritts zur Krankenversicherung, Verbesserungen bei den Leistungen, Anpassung des Tarif- und Arztrechts und Erhöhung der Bundesbeiträge sowie deren Koppelung an die Entwicklung der Krankenpflegekosten.

### *Die Heilanstalten und das Krankenversicherungsgesetz*

Der Begriff *Heilanstalt*, die Leistungen bei Aufenthalt in der Heilanstalt und Vorschriften betreffend Art und Weise der Festsetzung der Heilanstaltsleistungen werden in den gesetzlichen Grundlagen auf Bundesebene festgehalten.

Als Heilanstalt im Sinne dieser gesetzlichen Bestimmungen gelten Anstalten, die der Behandlung von Kranken unter ärztlicher Leitung dienen, über das erforderliche fachgemäss ausgebildete Pflegepersonal und über zweckentsprechende medizinische Einrichtungen verfügen. Damit für Versicherte eine Leistungspflicht der Krankenkassen ausgelöst wird, gilt neben der Wahl des Spitals, noch ein wichtiger Faktor: Es muss eine Krankheit oder ein Unfall vorliegen, die eine Spitalbehandlung erfordert. Die gesetzlichen Mindestleistungen bei Erkrankungen und Unfällen sind sowohl für den stationären Aufenthalt, als auch für die ambulante Behandlung im Spital, verankert. Beachtlichen Einfluss auf die Pflichtleistungen der Krankenkassen nehmen die Entscheide des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG).

Obwohl das Krankenversicherungsgesetz nirgends konkret bestimmt, die Leistungen für stationäre oder ambulante Behandlungen im Spital seien durch Vertrag zu regeln, geht das Bundesgesetz davon aus, dass zwischen Heilanstalten und Krankenkassen die Festsetzung der Vergütungen durch Verträge zu erfolgen habe. So ist nämlich stets von Verträgen und Taxen der allgemeinen Abteilung die Rede. Eine zweite Art, die von den Kassen zu erbringenden Leistungen festzusetzen, ist der Erlass der Taxen und Tarife durch die Kantonsregierung. Diese kommt allerdings erst zum Zuge, wenn die direkten Verhandlungen zwischen Kassen und Spitälern endgültig gescheitert sind.

### **Das Regionalspital Lachen und die Krankenkassen**

#### *Die rechtliche Stellung des Regionalspitals Lachen*

Das Spitalwesen im Kanton Schwyz ist aus seiner historischen Entwicklung zu betrachten. Unser Kanton kennt keine kantonalen Spitäler, da sich weder die Kantonsverfassung noch kantonale Gesetze darüber äussern. Er hat daher im Spitalwesen keine träger-

schaftlichen Funktionen zu erfüllen. Der Kanton beteiligt sich jedoch an den Baukosten und leistet einen Betriebsbeitrag pro Patient und Tag, was in den 60er Jahren gesetzlich verankert worden ist.

Das Krankenversicherungsgesetz macht keine Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Heilanstalten. Hingegen äussert sich das revidierte Krankenversicherungsgesetz in Artikel 19<sup>bis</sup> wie folgt: *«Die Kantonsregierungen bezeichnen die Heilanstalten mit allgemeiner Abteilung, die als öffentlich gelten.»* Gestützt darauf, hat der Regierungsrat mit Beschluss vom 26. Mai 1965, die allgemeine Abteilung des Regionalspitals Lachen als öffentlich erklärt und zog unter anderem in Betracht: *«Die Öffentlichkeiterklärung ist für die Leistungspflicht der Krankenkassen beim Aufenthalt in einer Heilanstalt von Bedeutung, indem die Krankenkassen verpflichtet werden, mindestens die Kosten für den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung zu den Ansätzen des nächstgelegenen Krankenhauses zu bezahlen . . .»* Mit dieser Erklärung hätte die Regierung in bezug auf die Festsetzung der Tarife in die Autonomie der Trägerschaft eingreifen können. Dies hat er aber nie getan. Die Spitalträger – Bezirke March und Höfe – unterstehen demnach hinsichtlich Bau, Betrieb und Unterhalt keiner gesetzlichen Verantwortlichkeit.

#### *Der Verband der Krankenkassen im Kanton Schwyz*

Die Gründung des Verbandes fand am 19. August 1923 statt, und im selben Jahr wurde er auch Mitglied des KSK. Förderung des Krankenversicherungswesens, Freizügigkeit der Mitglieder, Verfechtung der Interessen der Sektionen im Verkehr mit Behörden und Ärzten, wurde als Zweck in die Verbandsstatuten aufgenommen. *«Mitglieder sind die Krankenkassen im Kanton Schwyz, welche schriftlich ihren Beitritt erklären, die Statuten anerkennen und die von der Delegiertenversammlung beschlossenen Beiträge leisten.»*

#### *Vertrag zwischen Regionalspital Lachen und Krankenkassen*

Wie oben erwähnt, sind die Taxen für die allgemeine Abteilung in den Spitälern in Form von Verträgen festzusetzen. Bereits die Verordnung des Bezirksspitals der March aus dem Jahre 1915, über die Verpflegungstaxen, sah den Abschluss von Verträgen mit Krankenkassen vor: *«Die Spitalkommission ist ermächtigt, mit Krankenvereinen und Krankenkassen über die Taxen für Verpflegung ihrer Mitglieder in Abweichung von den . . . Bestimmungen, jederzeit kündbare Verträge abzuschliessen . . .»*

Die Zusammenfassung der Verhandlungen über den ersten Vertrag zeigen, dass die Notwendigkeit einer vertraglichen Regelung





*Die moderne Ambulanz für Reanimationseinsätze. Die Ambulanz ist so hoch, damit man stehend am Patienten während der Fahrt arbeiten kann. Vor zwei Jahren stimmte das Volk des Bezirkes March einer Änderung der alten Vorschrift zu, dass die Krankentransportkosten neu von Versicherung oder Patient zu bezahlen seien. (Foto Spital)*

seitens der Krankenkassen, infolge stark steigender Kosten erkannt wurde, die Spitalkommission dagegen aber grosse Bedenken finanzieller Art äusserte.

Die Delegiertenversammlung des Verbandes der Schwyzerischen Krankenkassen, am 20. Oktober 1951 in Siebnen, unterbreitete der anwesenden Delegation der Spitalkommission den Vorschlag, mit dem Bezirksspital der March in ein Vertragsverhältnis zu treten. Seitens der Spitaldelegation wurde die sofortige Bereitschaft zu Verhandlungen bekanntgegeben. Die Versammlung ebenfalls begrüßte den Vorschlag und empfand diesen Schritt sogar als Bedürfnis. Dem Präsidenten wurde der Auftrag erteilt, weitere Schritte zu unternehmen.

Die Vertragsverhandlungen nahmen mit Schreiben des Verbandes vom 31. Oktober 1951 ihren Anfang. Die Spitalkommission teilte am 23. Juli 1952 mit: *«An der letzten kürzlich stattgefundenen Sitzung wurde unsere Spitalkommission über die schwebenden Verhandlungen betreffend Abschluss eines Vertrages mit den Krankenkassen betr. Spitaltaxen unterrichtet. Mit Rücksicht auf die finanzielle Lage unseres Krankenhauses und im Hinblick auf die finanzielle Gleichbehandlung der Patienten, sowie nach Begutachtung der Angelegenheit von kompetenter Stelle entschied sich die Kommission einstimmig gegen den Abschluss eines Vertrages mit den Kranken-*

kassen. Gestützt auf diese Stellungnahme unserer Kommission müssen wir Ihnen in Erledigung Ihrer Anfrage vom 27. Mai a.c. ... mitteilen, dass der Abschluss des Ihrerseits beantragten Vertrages nicht in Frage kommen kann.»

Das Gesuch des Verbandsvorstandes vom 9. September 1953 an das Präsidium des Bezirksspitals, «... *in gemeinsamer Aussprache eine Regelung der Taxen für die Krankenkassen auf tragbarer Basis zu erhalten ...*» wurde beantwortet: «*Bevor wir auf Ihr Gesuch hin einen materiellen Entscheid mitteilen können, müssen wir die Angelegenheit vorerst unserer Aufsichtscommission unterbreiten.*» Gleichzeitig bat der Verbandsvorstand die angeschlossenen Krankenkassen um Auskunft, ob sie einen Spitalvertrag weiterhin begrüssen würden und «*welche Kassenleistungen jetzt bei Aufenthalt im Spital Lachen aus der ordentlichen Pflegeversicherung auf der allgemeinen Abteilung pro Tag gewährt werden.*» – 99 Prozent der angefragten Kassen traten für ein Vertragsverhältnis ein.

Dass sich 1954 wiederum nichts Neues tat, geht aus dem Jahresbericht des Krankenkassenverbandes hervor: «*Die Spitalrechnungen sind durch die Berechnung der zusätzlichen Verrichtungen derart in die Höhe getrieben worden, dass sie das doppelte bis vierfache der früheren Beträge ausmachen. Es ist wohl richtig, dass für einen solchen Vertragsabschluss die Unterlagen und Berechnungen von einem Fachmanne erstellt werden und dass wir einen Berater zuziehen mussten ... Von Kassenseite wurden in dieser Zeit 2 Vorschläge ausgearbeitet und dem Bezirksspital unterbreitet. Ein ziemlich vielseitiger Briefwechsel hat stattgefunden und viele «Läufe und Gänge» wurden unsererseits bereitwilligst übernommen und ausgeführt. Die letzte Konferenz fand am 6. Mai 1954 ... statt. Wir glaubten, eine vertragliche Verständigung im Rahmen einer Pauschalgesprache mit dem Spital finden zu können. Das Risiko des Selbstbehaltes müssten die Kassen mit einer solchen Regelung übernehmen. Wir waren der Auffassung, einen Probeversuch für ein Jahr zu machen. Unsere Gegenpartei zeigte mit schönen Worten Verständnis für die ganze Angelegenheit, bittet aber um Berücksichtigung, dass seit ca. 3 Jahren ein neuer Chefarzt tätig sei und dass vor 2 Jahren mit dem Umbau des Bezirksspitals begonnen wurde. Die physikalische Therapie sei noch nicht eröffnet. Die Erfahrungen während dieser Jahre seien noch zu wenig übersichtlich, um seitens des Spitals die Berechnungen für einen solchen Vertragsabschluss überprüfen zu können.»*

1955 wurde die Aufgabe und das Ziel, mit dem Bezirksspital in ein Vertragsverhältnis zu kommen, weitergeführt. «*An der Konferenz vom 25. Mai 1955 zwischen Spitalkommission und Kantonalverband*

wurden Offerten und Möglichkeiten bekanntgegeben. Das beidseitig vorbereitete Zahlenmaterial wurde eingehend besprochen. Allseitig wurde bedauert, dass der Kanton Schwyz an die Krankenanstalten keine Subventionen verabfolgt. Inzwischen haben wir versucht, . . . von den in der March tätigen Krankenkassen für die Kostengutsprache im Rahmen einer Tagespauschale von Fr. 14.– für Erwachsene und Fr. 10.– bis 11.– für Kinder die Zustimmung zu erhalten, um damit in unseren Verhandlungen einen Schritt weiterzukommen.» – Die Anfrage wurde von den Kassensektionen mehrheitlich bejaht.

Am 22. Februar 1956 fand eine weitere Konferenz mit der Spitalleitung statt. «. . . An dieser Sitzung erhielten wir den Auftrag, einen Vertragsentwurf zu unterbreiten. Dieser Vertrag wurde am 5. März 1956 der Spitalkommission unterbreitet. – Am 12. April 1956 wurde der Kantonalvorstand in Kenntnis gesetzt, dass der Bezirksrat der March beschlossen hat, der finanziellen Einbussen wegen, einen Vertrag abzulehnen.»

Nachdem sich die intensiven Verhandlungen während nun vier Jahren hingezogen hatten, befasste sich die Delegiertenversammlung vom 3. Juni 1956 mit dem einzigen Traktandum: Spitalvertrag. Im Anschluss an die stark benützte Diskussion wurde eine drei Punkte umfassende Resolution einstimmig angenommen: «1. Die Versammlung stellt mit Bedauern fest, dass trotz 5jährigen Verhandlungen ein Vertrag mit dem Bezirksspital March in Lachen nicht zustandegekommen, und dass die Situation für die Versicherten sowie für die Kassen untragbar geworden ist.

2. Der Kantonalvorstand wird beauftragt, nochmals an die Spitalkommission und den Bezirksrat March zu gelangen, mit dem Ziel, auf der bereits bekannten Basis einen Spitalvertrag abzuschliessen.

3. Wenn diese Anstrengungen nicht binnen kürzester Frist zum Ziele führen, so sehen sich die Kassen gezwungen, die Beziehungen zum Bezirksspital March, Lachen, abubrechen und künftig keine Garantie mehr zu leisten, noch direkte Zahlungen an das Spital auszurichten.»

Anlässlich der ausserordentlichen Delegiertenversammlung vom 2. Dezember 1956 in Siebnen, wurde ein neuer Vertragsentwurf artikelweise durchberaten und fand die Zustimmung der Delegierten. Im Vorfeld war eine intensive gegenseitige Kontaktnahme zu verzeichnen, wie aus dem Protokoll hervorgeht: Nach der Delegiertenversammlung vom Juni 1956 fand die erste «Fühlungnahme» mit der Spitalkommission am 17. Juli 1956 statt. «Es wurde vereinbart, die Tagespauschale vorbehältlich der Genehmigung durch die Delegiertenversammlung auf Fr. 14.50 festzulegen. – Am 24. Sep-



tember 1956 wurde seitens der Spitalkommission ein Vertragsentwurf vorgelegt, der bereits eine Tagespauschale von Fr. 14.75 vorsah. – Am 14. Oktober 1956 hat der Kantonalvorstand Stellung bezogen und an der früheren Vereinbarung von Fr. 14.50 festgehalten. Sollte dies nicht genehm sein, so würde Punkt 3 der Resolution in die Tat umgesetzt werden. – Mit Schreiben vom 5. November 1956 teilt uns die Spitalkommission mit, dass die Tagespauschale von Fr. 14.50 genehm sei. – Am 15. November 1956 fand nochmals eine Begegnung mit der Spitalkommission ... statt, die in der Hauptsache die redaktionelle Bereinigung des Vertrages zum Gegenstand der Verhandlungen hatte.»

Die positiven Seiten des neuen Vertrages werden durch den Aktuar wie folgt zusammengefasst: *«In diesem Zusammenhang darf die Feststellung gemacht werden, dass beim heutigen vertragslosen Zustand nebst der Verpflegungstaxe in der allgemeinen Abteilung die Kosten für Operationsmaterial, Medikamente, Verbände, Röntgen etc. separat berechnet werden. Seitens der Spitalkommission wurden folgende Pauschaldurchschnitte errechnet: 1952: Fr. 17.77, 1953: Fr. 18.82, 1954: Fr. 18.90. – Der Spitalverwaltung werden mit der Inkraftsetzung des Spitalvertrages grosse administrative Arbeiten erleichtert und dadurch die Verwaltungskosten reduziert. – Für die Kassenfunktionäre wird die Möglichkeit geschaffen, dem Mitglied genaue Angaben zu machen betr. Spitalkosten und welchen Betrag die Krankenkassen leisten, sowie was das Mitglied als Selbstbehalt bezahlen muss. Die Höhe der Kassenleistungen an die Tagespauschale ist eine interne Angelegenheit der Kassen ... Jede Kasse, die zum vorgelegten Vertrag ihre Zustimmung gibt, hat dem Spital volle Kostengarantie zu leisten. Ferner haben die Kassen die Verpflichtung zu übernehmen, beim Mitglied den Selbstbehalt und darüber hinaus, was die Kasse nicht übernimmt, direkt vom Mitglied einzukassieren. – Im Falle von einer Niederkunft im Spital, ist für das neugeborene Kind, das ja noch nicht als Mitglied der Krankenkasse gilt, die Tagespauschale von Fr. 10.– nicht berechnet. Die Rechnungsstellung erfolgt daher an die Eltern.»*

Der Vertrag hatte ab 1. Januar 1957 Gültigkeit und wurde für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Die Tagestaxe von Fr. 14.50 und somit auch der Spitalvertrag, konnte bis Ende 1962 aufrechterhalten werden. Standen während den ersten rund 10 Jahren die Verhandlungen der Vertragstaxen im Mittelpunkt, wurden mit der Ausweitung des Behandlungsangebots *Vertragsrevisionen* notwendig. Auch die Entwicklung der Krankenversicherung stand nicht still, was wiederum Einfluss auf Verträge und Tarife hatte.

Bis zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes, 1964, verblieben den Patienten die Kosten des Selbstbehalts bei Spitalaufenthalt, insbesondere aber diejenigen für Unterkunft und Verpflegung, soweit sie nicht durch eine entsprechende Zusatzversicherung gedeckt wurden. In der Folge ist die Spitalzusatzversicherung durch den kantonalen Krankenkassenverband für seine Mitglieder als obligatorisch erklärt und betraglich nach Bedarf angepasst worden. Der Selbstbehalt bei stationärer Behandlung entfiel. Erst die dringlichen Bundesbeschlüsse über befristete Massnahmen gegen die Kostensteigerung in der Krankenversicherung, vom 9. Oktober 1992, sehen wiederum eine Kostenbeteiligung im Spital vor: *«In Abweichung von Artikel 14<sup>bis</sup> ... des KUVG wird die Franchise auch beim Aufenthalt in einer Heilanstalt erhoben. An die Stelle des Selbstbehaltes tritt ein Beitrag an die Behandlungskosten von Fr. 10.– pro Aufenthaltstag.»*



*Zweiter Krankenwagen von heute. Für viele Patienten ist er der erste Kontakt mit dem Spital. (Foto Spital)*

«Das Bezirksspital gewährt den Kassenpatienten eine dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft und Praxis angemessene medizinische Betreuung ... während der ganzen Dauer des Spitalaufenthaltes.» Kurz nach Inkrafttreten des Vertragstextes für den stationären Aufenthalt ist festzustellen, dass dem Spital von den Ärzten der Umgebung Patienten für ambulante Untersuchungen und Behandlungen, anfänglich für Röntgenuntersuchungen, Laboranalysen und physikalische Therapie, zugewiesen worden sind. Das verursachte in seinen Anfängen viel Schreiarbeit, bis eine Einigung und Regelung für diese Tarife gefunden werden konnte. Seit 1972 wird die ambulante Behandlung im Spitalvertrag geregelt.

Auf den 1. Januar 1993 ist ein neuer, zeitgemässer Spitalvertrag für die allgemeine Abteilung in Kraft getreten. Seit 1957 bis heute stehen das Regionalspital Lachen und der Verband der Krankenkassen im Kanton Schwyz in einem ununterbrochenen Vertragsverhältnis, obwohl sich dann und wann tiefe Gräben auftaten, bitterböse Worte fielen und dadurch ein Weiterverhandeln bald als unmöglich erschien.

#### *Tagestaxen. Kosten des Krankentages. Ein Vergleich*

Mit der Betriebsübergabe erliess der Bezirksrat eine «*Verordnung über die Verpflegungstaxen im Bezirksspital der March in Lachen.*» Für Verpflegung und ärztliche Behandlung betrug sie pro Tag für Bürger und Einwohner des Bezirkes:

«1. Wenn sie kein oder ein Vermögen bis auf Fr. 2 000.– versteuern, Fr. 1.60;

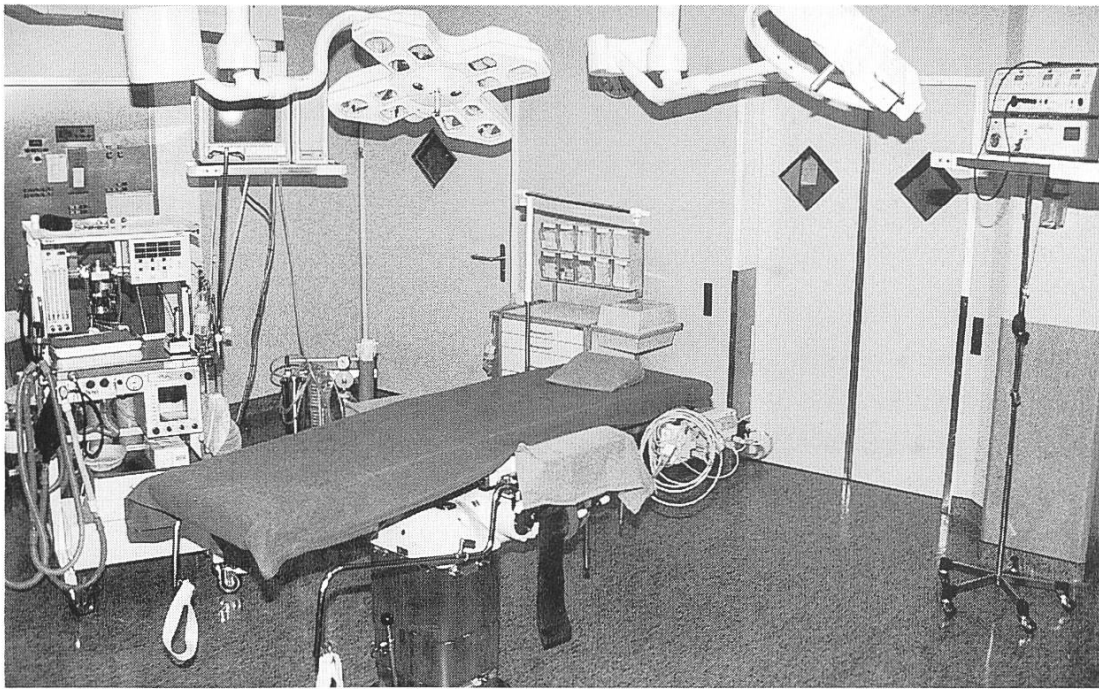
2. Wenn sie ein Vermögen von über Fr. 2 000.– versteuern, für jedes volle Fr. 1 000.– mehr zur Taxe von Fr. 1.60 ein Zuschlag von 10 Cts. bis zur Maximaltaxe von Fr. 4.–;

3. Bei Witwen und Waisen wird dieser Zuschlag von 10 Cts. erst bei einem Gesamtvermögen von über Fr. 6 000.– erhoben.

... für Patienten, die von Krankenkassen an Krankengeld über Fr. 4.– beziehen, ein Zuschlag von 20 Cts. zur Grundtaxe für jeden weiteren ganzen Franken bis zur Maximaltaxe von Fr. 3.–. Ist die Person alleinstehend, so tritt dieser Zuschlag von 20 Cts. schon mit dem Bezug des dritten ganzen Frankens ein.»

Dass der Bezirksrat der March den sozialen Gedanken seiner Initianten übernommen hatte, geht bereits aus dem Jahresbericht 1916 hervor. «*Die Kosten des Krankheitstages belaufen sich auf Fr. 3.44 ... Leider schliesst das Betriebsjahr 1916, wie aus der beigefügten Rechnung ersichtlich ist, statt mit einem vorgesehenen Defizit von Fr. 4 000.–, mit einem solchen von Fr. 6 050.59 ab ... es scheint, dass auch das angetretene Jahr für den Betrieb sich nicht günstiger anlasse. Mit diesen Überraschungen der abnormalen Zeit hatten wir zu rechnen und werden es leider künftig noch zu tun haben.*»

Die Tagestaxen ab 1. Januar 1992 betragen in der allgemeinen Abteilung für Krankenkassenpatienten aus dem Kanton Schwyz Fr. 245.–, 1993 Fr. 260.–, für Erwachsene und Kinder. Der Aufwand pro Krankentag wird in der Jahresrechnung 1992 mit Fr. 756.34 ausgewiesen, das Gesamtdefizit beträgt 8.6 Mio. Franken. Der Vergleich mit 1916 darf nicht dazu führen, Unmut über den fran-



*Ein Blick in den Operationssaal von 1993 zeigt, dass die Fortschritte der Medizin zu mehr Technik und somit zu höheren Kosten führen. Die Fortschritte der Medizin der letzten 50 Jahre sind enorm, was einen grossen Teil der rasant steigenden Kosten im Gesundheitswesen erklärt. (Foto Spital)*

kenmässig hohen Betrag aufkommen zu lassen. Im Gegenteil; die Wertverminderung in Franken, die Teuerung sowie das Behandlungsangebot des Regionalspitals Lachen haben sich seit der Inbetriebnahme gewaltig geändert und gesteigert. Lohn und Arbeitszeit des Spitalpersonals stehen in keinem Verhältnis zu denjenigen der Ingenbohler Schwestern. Aber auch wir als Patienten und Kassenmitglieder stellen viel höhere Ansprüche an Spital, Ärzte und Pflegepersonal, als es unsere Vorfahren taten. Ein neues Element, die oben zitierten dringlichen Bundesbeschlüsse, wird auf die Jahresrechnung seine Wirkung zeigen . . . «Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im ambulanten Bereich werden für das Jahr 1993 auf der am 30. Juni 1992 geltenden Höhe begrenzt . . . Die Tarife und Preise für Leistungen der Krankenversicherung im stationären Bereich dürfen nur so weit erhöht werden, dass der Anstieg nicht über der allgemeinen Preis- und Lohnentwicklung liegt.» Im Jahresbericht 1992 macht sich der Spitalratspräsident Gedanken: «Das Abschlussergebnis ist wohl immer noch defizitär. Es verbesserte sich jedoch gegenüber dem Budget . . . Es bleibt nur zu hoffen, dass sich die neuen Krankenkassenerhöhungen und die damit verbundenen Leistungsanpassungen der Versicherten zur allgemeinen Abteilung nicht allzu sehr auf die zukünftigen Betriebsergebnisse niederschlagen.»