

## Wohnen in der EU – krankenversichert in der Schweiz

Seit dem 1. Juni 2002 können sich IV- und AHV-Rentnerinnen und -Rentner auch dann bei einer schweizerischen Krankenkasse versichern, wenn sie in einem Land der Europäischen Union (EU) leben. Grundsätzlich gilt gemäss dem Abkommen zwischen der Schweiz und der EU, dass die Krankenversicherung in jenem Land abzuschliessen ist, in welchem ein Rentenanspruch erworben wurde. In einigen Ländern (Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Österreich, Portugal und Spanien) besteht das Recht, sich auch im Land des Wohnsitzes für Heilbehandlung zu versichern. Auffallend ist: In der Schweiz gibt es riesige Prämienunterschiede. Ein Rentenbezüger mit einer schweizerischen Rente, der in Griechenland wohnt, bezahlt je nach Kasse zwischen 115 und 372 Franken im Monat. (von Hans Schmidt, Rechtsanwalt, Küssnacht)

Weitere Details finden Sie unter: [www.comparis.ch](http://www.comparis.ch) (Prämienvergleiche) und [www.kvg.org](http://www.kvg.org) (Internationale Koordination Krankenversicherung).

## Für oder gegen Flüssigkeitszufuhr?

«Nahrung und Flüssigkeit sind zweifellos wichtige Bestandteile im Leben jedes Menschen. Es ist allerdings ein natürlicher Prozess, dass Menschen ab einem gewissen Alter nicht mehr so viel essen und trinken möchten. ... Für sterbende Patienten ist es wichtig, die quälenden Beschwerden gelindert zu wissen. Dabei tritt die Lebensaktivität Essen und Trinken in den Hintergrund. ... Manches spricht dafür, dass die im Rahmen des natürlichen Sterbeprozesses eintretende Dehydratation einen Beitrag zur Komfortsteigerung leisten kann ... » Dies schreiben Bettina Majerčák-Rüegg und Nicole Wilken in der Zeitschrift «Krankenpflege». Im Spitalalltag stehe man oft vor der Entscheidung für oder gegen Flüssigkeitszufuhr. Dabei sei die Bereitschaft der Ärzte, Flüssigkeit zu geben, generell gross, während die Pflegenden tendenziell auf der anderen Seite stünden und Wert darauf legten, die Angehörigen in die Entscheidung einzubeziehen (da der Pa-

tient selber meist nicht mehr ansprechbar sei). Die Autorinnen empfinden es als nicht gerechtfertigt, dass immer noch der Arzt endgültig für oder gegen die Dehydratation entscheidet. ÄrztInnen seien nur dann zu weiteren Therapien verpflichtet, wenn es unsicher sei, ob der Sterbeprozess bereits begonnen habe – nicht aber, wenn der Patient bereits im Sterben liege. (rs)

Bettina Majerčák-Rüegg und Nicole Wilken: *Dehydratation in der Terminalphase. Den natürlichen Sterbeprozess zulassen. Krankenpflege* 11/2002: 12-15.

## Zufriedenheit der Leistungserbringer

Die Beziehung zwischen Kostenträgern und Ärzten in Managed-Care-Modellen ist oft nicht ungetrübt. Als David Scrase 1998 die medizinische Leitung des «Presbyterian Health Plan» – einer Managed-Care-Organisation im US-amerikanischen Bundesstaat New Mexico – übernahm, setzte er sich deshalb zum Ziel, die Beziehung des Health Plans zu den vertraglich verbundenen Ärzten zu verbessern. Er bemühte sich, den eigenen Mitarbeitenden klar zu machen, wie wichtig die Ärzte als eigentliche Erbringer der Gesundheitsleistungen für den Erfolg des Health Plans sind. Er erklärte ihnen auch, dass sie als Laien nicht versuchen sollten, die Leistungserbringer zu kontrollieren oder ihnen zu sagen, wie sie die Leistungen zu erbringen haben. Vielmehr gehe es darum, Instrumente zu entwickeln, die den Ärzten *nach deren eigener Einschätzung* helfen könnten bei der gesundheitlichen Versorgung der Patienten. Zuerst aber müssten die Managed-Care-Organisationen die Probleme der Ärzte mit dem Health Plan erkennen und nach Lösungen suchen. So veranlasste Scrase im Rahmen des «Paycheck projects», dass sein eigener Lohn jeweils erst nach einer Zeitdauer ausbezahlt wird, die der durchschnittlichen Zeitdauer bis zur Begleichung einer Arztrechnung durch den Health Plan entspricht. Zudem wurde die Zahl der Massnahmen, für welche die Ärzte eine Überweisungserlaubnis einholen müssen, drastisch reduziert. Und der

## VORSCHAU

**Schwerpunktthema:  
MANAGED CARE UND DIE  
LETZTEN LEBENSTAGE**

**Sterben und Tod – Vorstellungen,  
Tabus und Aberglauben**

**Wann beginnen die letzten  
Lebenstage?**

**Pflegende als ManagerInnen  
der letzten Lebenstage**

**Kosten der letzten und der vor-  
letzten Lebenstage**

**Sterben als Thema in der Medi-  
zinausbildung**

**Patientenverfügung als Vorbe-  
reitung auf die letzten Lebens-  
tage**

**Hausärztliche Begleitung in den  
letzten Lebenstagen**

**Sterbebegleitung zu Hause aus  
Sicht der Angehörigen**

**Spieltheoretische Analyse der  
Beziehungen zwischen Arzt,  
Patient und Versicherer**

**Die «HausArztModell-Studie  
Aarau»**

**Decision making: Verständliche  
Zahlen als Entscheidungs-  
grundlage**

Health Plan stellte Ärzte an, welche die Korrespondenz des Health Plans mit den Ärzten auf allfällige unbeabsichtigte Beleidigungen prüfen. Eine Befragung des Health Plans ergab, dass die Zufriedenheit der Leistungserbringer innert zweier Jahre von 30 Prozent (1999) auf 67 Prozent (2001) gestiegen ist. David Scrase gibt an, dass die Tatsache, dass er nach wie vor einen halben Tag pro Woche in der Praxis arbeite, sein Verständnis für die Ärzte sehr gefördert habe. (rs)

Quelle: Carl Peterson: *Gaining Credibility with Providers. Interview with David Scrase. Healthplan* 43 (4): 40-42. American Association of Health Plans, 2002. Internet: [www.aahp.org/Content/NavigationMenu/Inside\\_AAHP/Healthplan\\_Magazine/Gaining\\_Credibility\\_with\\_Providers.htm](http://www.aahp.org/Content/NavigationMenu/Inside_AAHP/Healthplan_Magazine/Gaining_Credibility_with_Providers.htm)