

Bundesamt für Gesundheit BAG
Abteilung Übertragbare Krankheiten
3003 Bern

Bern, 27. März 2008 / bw/lr/Lo

Stellungnahme der FMH zur Totalrevision des Epidemien-gesetzes

Sehr geehrte Damen und Herren

Die FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte bedankt sich für die Möglichkeit der Stellungnahme zur Totalrevision des Epidemien-gesetzes. Das Epidemien-gesetz hat eine zentrale Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung und deshalb auch für die gesamte Ärzteschaft.

Allgemeines

Insgesamt betrachten wir die Totalrevision des Epidemien-gesetzes als ein weitgehend gelungenes Werk, das wir fast vorbehaltlos unterstützen können. Insbesondere die klaren Regelungen, wann Eingriffe in die persönliche Freiheit des Individuums erfolgen können, mit ebenso klaren Limiten zum Schutz vor Willkür, sowie die Zielorientierung des Gesetzes sind zu begrüssen. Nachstehend gehen wir auf einige Punkte im Detail ein und stützen uns dabei auch auf die Stellungnahmen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie, der Fachärzte für Prävention und Gesundheit, des KHM und der Schweizerischen Gesellschaft für Spitalhygiene.

Der Gesetzesentwurf bringt auch für das Gebiet der Spitalhygiene wesentliche Verbesserungen gegenüber dem bestehenden Gesetz. Insgesamt legt der Entwurf mehr Gewicht auf die Prävention, dies zum Beispiel durch die Förderung einer landesweit koordinierten Erfassung von wichtigen Daten zu multiresistenten und anderen epidemiologisch relevanten Keimen, die in Gesundheitseinrichtungen übertragen werden. Auch wird neu eine gesetzliche Grundlage zur gängigen Praxis der Isolation von Patienten mit diesen Keimen geschaffen.

Auf dem Hintergrund der globalen epidemiologischen Situation von infektiösen Gefahren, die durch die zunehmende Mobilität der Bevölkerung bestimmt wird, macht eine zu kleinräumige Organisation

von präventiven und kurativen Massnahmen wenig Sinn. Wir plädieren deshalb dafür, die Zuständigkeit des Bundes, soweit innerhalb unseres föderalistischen Systems möglich, voll auszuschöpfen. Im Weiteren ist uns sehr wichtig, dass im Krisenfall rasch (und in erster Linie) die Ärzteschaft sowie die weiteren „blauen Berufe“ miteinbezogen werden und seitens politischer Organe auf eine klare Kommunikation geachtet wird.

Es dürfen keine Zweifel darüber aufkommen, dass auch mit dem neuen Epidemiengesetz medizinische Zwangsbehandlungen und Zwangsimpfungen ausgeschlossen bleiben. Die Ablehnung von Zwangsbehandlungen urteilsfähiger Personen bildet einen wichtigen Pfeiler der medizinischen Ethik, weshalb wir entsprechende Klarstellungen im Gesetzestext erwarten.

Stellungnahme zu einzelnen Artikeln und Textteilen mit besonderer Relevanz

Art. 4 Begriffe

Art. 4c: Sollte die Formulierung nicht so erweitert werden, damit künstlich hergestellte “infektiöse” Einheiten wie z.B. in Zukunft hergestellte sich selbst reproduzierende Nanoroboter eingeschlossen werden können?

Art. 13 Meldepflicht

Absatz 5: Es wäre aus spitalhygienisch-epidemiologischer Sicht wünschenswert, wenn der Bund eine aktivere Rolle übernimmt, als die “kann” Formulierung impliziert, damit national die Datenlage über bestimmte Infektionen und Infektionserreger und das Greifen von Gegenmassnahmen verbessert wird.

Art. 15 Freiwillige Meldungen

Die Auflage bei freiwilligen epidemiologischen Überwachungen die Meldungen in anonymisierter Form zu gestalten, bedeutet eine schwerwiegende und oft unverhältnismässige Einschränkung. Freiwillige Überwachungen tragen heute wesentlich zur Öffentlichen Gesundheit in der Schweiz bei und sollten deshalb nicht mit unverhältnismässigen Auflagen behaftet werden. Wir schlagen vor, dass hier eine Regelung gefunden wird, die eine Pseudoanonymisierung (die die Identifizierung des Betroffenen ausschliesst oder wesentlich erschwert) zulässt.

Art. 20 Allg. Verhütungsmassnahmen

Während dem Abs. 2a entsprechende Verordnungen bereits existieren, wäre eine Ausdehnung der Verpflichtung zur Information über Verhaltensregeln (Abs. 2b und 2c) auf Spitäler und ähnliche Institutionen des Gesundheitswesens vorzusehen, da in diesen intrinsisch Gefahren der Krankheitsübertragung vorhanden sind.

Art. 21 Abs. 2 Bst. d Förderung von Impfungen

Wir halten es für sinnvoll, für gefährdete Bevölkerungsgruppen und v. a. für besonders exponierte Personen Impfungen für obligatorisch zu erklären. Die Rechtmässigkeit der einzelnen Anordnungen (Freiheitsbeschränkungen, Einschränkung von Tätigkeiten, etc.) wäre mit einer derart offen formulierten Vorschrift immer im Einzelfall zu prüfen. Zu präzisieren ist, dass Zwangsimpfungen ausgeschlossen sind.

Art. 23 Überwachung der Impfungen

Dieser Artikel ist von Bedeutung. Dieser Artikel könnte, falls er unverändert im Gesetz verbleibt, zu einem erheblichen Mehraufwand an Datenerhebung führen, der in Missproportion zum unmittelbaren

Nutzen steht. Es ist sicherlich sinnvoll, die Durchimpfungsrate der Bevölkerung zu kennen. Es stellt sich die Frage, ob diese Information nicht "billiger" mit Stichproben beschafft werden könnte.

Art. 24 ff Biologische Sicherheit

Abschnitt 3 Biologische Sicherheit: Dieser Abschnitt bringt keine wesentlichen Neuerungen, die für Spitäler Konsequenzen haben. Die Einschliessungsverordnung regelt bereits sehr viel.

Art. 29 Grundsatz

Im Grundsatzartikel sollten die Anforderungen an die Rechtmässigkeit der möglichen Massnahmen (Beschränkungen) vollständig aufgezählt werden. Es fehlt das Erfordernis der Verhältnismässigkeit im engeren Sinne, also die Abwägung öffentlicher und privater Interessen im Einzelfall. Art. 29 sollte mit dem kumulativen Erfordernis der *Zumutbarkeit* ergänzt werden.

Art. 33 Quarantäne und Absonderung

Dies ist für die Betreuung von Patienten im Spital von Relevanz. Dieser Artikel bildet somit die gesetzliche Grundlage für etwas, was bereits seit vielen Jahren getan wird, nämlich Patienten mit multi-resistenten Infektionserregern oder anderen ansteckenden Erregern zu isolieren. Dieser Artikel ist aus unserer Sicht sowie aus der Sicht der Schweiz. Gesellschaft für Spitalhygiene sehr zu begrüßen. Der vom Gesetz geforderte Schutz ist jedoch nur möglich, wenn der Bund die nötigen Voraussetzungen schafft. Zum Beispiel, verfügt heute kein Spital der Schweiz über die gesetzlich notwendige Voraussetzung, einen Patienten mit einem Infektionserreger der Biosicherheitsstufe 4 (Beispiel Ebolavirus) gemäss der Einschlussverordnung zu betreuen.

Art. 35 und 37 Ärztliche Behandlung / Durchsetzung der Massnahmen

Die ärztliche Behandlung (Art. 35) gehört zwar nicht zu den in Art. 37 genannten zwangsweise durchsetzbaren Massnahmen. Im Bericht wird zudem präzisiert, dass die ärztliche Behandlung explizit ausgenommen ist und dass auf der Grundlage des EpG keine Zwangsmedikation erfolgen darf. Wir halten es für nötig, diese Präzisierung nicht nur im Bericht, sondern im Gesetz selber (Ergänzung von Art. 35 oder 37) anzubringen. Aus ärztlicher Sicht sind Zwangsbehandlungen ausgeschlossen. Die Alternative wäre, Art. 35 ersatzlos zu streichen.

Art. 42 Bekämpfung nosokomialer Infektionen und resistenter Erreger

Dieser Artikel wird sehr begrüsst. Vor allem mit Abs. 2 erhält dieses für die Spitalhygiene wichtige Anliegen endlich die notwendige Unterstützung. Die Bezeichnung der betroffenen Institutionen scheint noch überarbeitungsbedürftig. Es gibt Gesundheitsinstitutionen ausserhalb der genannten, die wegen der Anfälligkeit ihrer Patienten und den invasiven Therapiemethoden mit einem hohen nosokomialen Infektionsrisiko behaftet sind, wie z.B. ambulante onkologische Einrichtungen, die zentralvenöse Langzeitkatheter benützen. Ausserdem können Langzeiteinrichtungen wie Rehabilitationszentren und Pflegeheime wesentlich zur Ausbreitung von behandlungsresistenten Keimen beitragen. Diese sind unserer Meinung nach, evtl. nach Beurteilung des BAG ebenfalls in eine Überwachungsverpflichtung einzubinden.

Art. 43 Aufzeichnungs- und Meldepflicht

Auch dieser Artikel ist sehr zu begrüßen. Wir brauchen in der Schweiz eine systematische Erfassung der Infektionsrate der wichtigsten nosokomialen Infektionen und auch der medikamentenresistenten Krankheitserreger. Viele Spitäler führen solche Datenerhebungen bereits seit Jahren durch. Dieser Artikel wird dazu beitragen, dass Anstrengungen auf nationaler Ebene besser koordiniert werden. Mit Abschnitt 2 und der Verpflichtung, die Überwachungsdaten periodisch dem BAG zu melden, wird das BAG zur Überwachungszentrale von nosokomialen Infektionen. Es fragt sich, ob das BAG diese Aufgabe durch Schaffung einer entsprechenden neuen Abteilung wahrnehmen will oder gedenkt zu delegieren (Finanzierung?).

Art. 53 Kantonsärztin oder Kantonsarzt

Absatz 1 / Erläuternder Bericht

Der Satz "Während in grossen Kantonen ein Kantonsarztamt eine grosse Anzahl von Mitarbeitern/innen hat,...." soll umformuliert werden in "Während in grossen Kantonen ein Kantonsarztamt einige Mitarbeiter/innen umfassen kann,.."

Nicht alle grossen Kantone verfügen im Kantonsarztamt über eine grosse Anzahl Mitarbeiter/innen. Eher ist davon auszugehen, dass in vielen Kantonen die personellen Ressourcen knapp sind. Zudem sind die Kantonsärztlichen Dienste nicht nur für epidemiologische Aufgaben zuständig, sondern für vielfältige weitere Bereiche des öffentlichen Gesundheitswesens.

Absatz 3 / Erläuternder Bericht

Wir halten es ebenfalls für wünschenswert, dass bei den Kantonsärztlichen Diensten/bei der Kantonsärztenschaft betreffend dem fachlichen Hintergrund eine gemeinsame Basis vorhanden ist. Im erläuternden Bericht ist festgehalten, dass die von der FMH verliehenen Spezialarztstitel (**die korrekte Formulierung lautet "Facharzttitel"**) keinen Garant bieten für eine genügende Ausbildung in Public Health. Das müsste korrigiert werden, da dies wohl für die meisten klinischen Facharzttitel zutreffen mag, nicht aber für den Titel "Prävention und Gesundheitswesen". Für diesen Titel wird im Weiterbildungsprogramm der FMH eine fachspezifische theoretische Weiterbildung auf dem Gebiet der Prävention und des öffentlichen Gesundheitswesens mit entsprechendem Diplom (in der Regel Master of Public Health MPH) verlangt.

Wir sind damit einverstanden, dass der Bund die erforderlichen fachlichen Voraussetzungen für die Erfüllung der kantonsärztlichen Aufgaben festlegt, jedoch sind wir der Ansicht, dass der Bund im Rahmen des Epidemiegesetzes lediglich diejenigen Anforderungen bestimmen soll, welche die Erfüllung der epidemiologischen Aufgaben betreffen.

Die Kantone sollen ausserdem die Freiheit behalten können, die Kantonsärztin oder den Kantonsarzt nach den eigenen Erfordernissen und in eigener Kompetenz zu wählen. Da in einem Kantonsarztamt nebst der Epidemiologie vielfältige weitere Aufgaben zu bewältigen sind, sollen allenfalls auch qualifizierte Mitarbeiter des Kantonsarztes oder der Kantonsärztin epidemiologische Aufgaben erfüllen können bzw. sollen solche Aufgaben an entsprechende Mitarbeiter delegiert werden können.

Art. 55 Krisenausschuss

Gemäss Art. 55 setzt der Bundesrat bei Bedarf, insbesondere zur Bewältigung einer besonderen oder ausserordentlichen Lage, einen Krisenausschuss ein, der ihn berät und den Bund und die Kantone bei der Koordination der notwendigen Massnahmen unterstützt.

Im Krisenausschuss sollen vertreten sein: die Departemente, die Bundeskanzlei, die Kantone und die Wirtschaft sowie bei Bedarf weitere sachkundige Personen.

Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Wirtschaft explizit erwähnt wird, derweil die Ärzteschaft und die Apotheker fehlen und allenfalls erwarten dürfen, als sachkundige Personen beigezogen zu werden. *Ärztenschaft* und *Apotheker* spielen bei der Bewältigung von besonderen und ausserordentlichen Lagen eine wichtige Rolle. Ihr Einbezug in den Krisenausschuss ist deshalb ausdrücklich zu erwähnen.

Art. 59 Grundsätze

In Art. 59, Absatz 3 ist vorgesehen, dass Behörden und beauftragte Institutionen Daten mit Personenidentifikation höchstens zwei Jahre lang aufbewahren dürfen, sofern nicht wegen Besonderheiten der Krankheit eine längere Aufbewahrung notwendig ist. Diese kurze Aufbewahrungsfrist geht weit über

die Bedürfnisse des Datenschutzes hinaus und verhindert in vielen Fällen die epidemiologische Forschung. Für epidemiologische Untersuchungen sind der **Wohnort** und das **Geburtsdatum** wichtig, anonymisierte Daten genügen oft nicht.

Art. 61 Datenbekanntgabe

Art. 61 regelt die Datenbekanntgabe unter Behörden und weiteren Organisationen des Gesundheitswesens. Hier fehlen Bestimmungen zum Datenschutz, ausser bei einer allfälligen automatisierten Datenübertragung. Es ist aber wichtig, dass Daten aus epidemiologischen Studien oder infolge einer gemeldeten Erkrankung oder eines Verdachtes, speziell bei behördlich verordneten Untersuchungen, in jedem Fall nur für im Epidemiengesetz genannte Zwecke ausgetauscht werden dürfen. Daten dürfen z.B. nicht von Krankenkassen oder Versicherern für die Beurteilung eines Versicherungsrisikos zum Nachteil eines Antragstellers verwendet werden. Dies gilt auch für eine Selbstdeklaration vor Versicherungsabschlüssen. Eine Person darf nicht verpflichtet werden, Daten, welche beispielsweise bei einer epidemiologischen Untersuchung oder im Rahmen von Abklärungen erhoben wurden, an einen Versicherer weiterzuleiten. Der Schutz vor Diskriminierung Betroffener ist wichtig und muss im Gesetz ausdrücklich festgehalten werden. Eine entsprechende Bestimmung könnte lauten: ⁵ Persönliche Daten, welche bei epidemiologischen Untersuchungen erhoben wurden, dürfen nicht an Versicherungen weitergeleitet werden. Sie dürfen insbesondere bei einem Versicherungsantrag nicht für eine individuelle Risikoabschätzung verwendet werden.

Art. 64 Entschädigung für den Schaden aus Impffolgen

In Abs. 3 heisst es: „Entsteht bei behördlich angeordneten oder empfohlenen Impfungen ein Schaden aus Impffolgen, so leisten die Kantone vollständigen Schadenersatz, soweit der Schaden nicht anderweitig gedeckt wird.“

Der mit dieser Vorschrift in Aussicht gestellte vollständige Schadenersatz erweist sich beim Lesen der Erläuterungen als leere Hülle; er wird in der Praxis kaum möglich sein, einen solchen zu erwirken.

Gemäss Erläuterungen handelt es sich um eine Ausfallhaftung, welche erst zum Tragen kommt, wenn keine ausreichende Deckung von primär Ersatzpflichtigen erlangt werden kann. Weiter wird präzisiert, was vom Geschädigten erwartet wird, bevor er überhaupt den in Art. 64 in Aussicht gestellten Schadenersatz geltend machen kann. Man mutet ihm nicht weniger zu, als zuerst gegen den behandelnden Arzt (Haftpflicht), den Hersteller (Produktehaftpflicht) oder den Krankenversicherer vorzugehen und den rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren durchzustehen, bevor Bund und Kantone belangt werden können.

Bemerkenswert ist auch die im Bericht gewählte Reihenfolge der vorgängig zu Belangenden, welche möglicherweise zufällig ist (Arzt, Hersteller, Krankenversicherer). Schaden aus Impffolgen wird regelmässig ein Gesundheitsschaden sein und Heilungskosten verursachen. Es ist klar, dass der Krankenversicherer auch in diesem Fall Heilungskosten nach KVG übernimmt; dies bedürfte keiner besonderen Erwähnung. Ausgerechnet der Krankenversicherer wird jedoch als letzter erwähnt, während der behandelnde Arzt an erster Stelle figuriert. Zwar sind auch bei der Vornahme von Impfungen ärztliche Fehler grundsätzlich möglich. Es ist aber nicht akzeptabel, dass in der bekannten Konstellation (Arzt impft aufgrund behördlicher Anordnung oder Empfehlung vorgegebenen Impfstoff), der Arzt als erster ins Visier genommen werden soll.

Im Bericht wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die Glaubwürdigkeit der Gesundheitsbehörden und der Impfeempfehlungen sehr stark vom behördlichen Umgang mit Fällen von Impfschäden abhängen. Die Ausgestaltung einer strengen Ausfallhaftung, deren absolut subsidiärer Charakter in

BGE 129 II 353 ff beschrieben wird, kann dieser Glaubwürdigkeit nur schaden. Es entsteht der Eindruck, die Impfungen empfehlenden Behörden liessen Geschädigte im Stich.

Im Falle von BGE 129 II 353 ff war gemäss ärztlichem Privatgutachten die verabreichte Impfung die wahrscheinlichste Ursache für die 100%ige, dauernde Invalidität eines vormals gesunden Kleinkindes. Das Bundesgericht erachtete es als gerechtfertigt, dass zunächst festzustellen sei, ob ein allfälliger Impfschaden nicht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler zurückzuführen sei. Die Eltern wurden somit angehalten, zuerst einen Haftpflichtprozess gegen den behandelnden Arzt anzustrengen. Ein zusätzliches rechtskräftiges Urteil gegen den Impfstoffhersteller wäre wohl weitere Voraussetzung, bevor die Haftung gemäss Art. 64 EpG überhaupt in Frage kommt.

Art. 64 spricht zwar neu von *vollständigem* Schadenersatz (gegenüber lediglich *Entschädigungen* im geltenden Art. 23 Abs. 3 EpG). Im Ergebnis ändert sich voraussichtlich nichts, es bleibt wohl dasselbe: *vollständig* nichts.

Wir schlagen stattdessen vielmehr die Schaffung einer zentralen Stelle vor, welche sich mit diesen Fällen befasst. Die bisherige Ausfallhaftung für Impfschäden ist durch eine Staatshaftung für den nicht von den Sozialversicherungen gedeckten Schaden zu ersetzen. Auf keinen Fall darf vom Geschädigten verlangt werden, dass er mehrere Haftpflichtprozesse gegen Dritte zu Ende bringt, bevor sein Fall von den Gesundheitsbehörden geprüft wird.

Dabei könnte aber sehr wohl zwischen schweren und geringfügigen Schäden unterschieden werden. Die zu erwartenden Impfreaktionen sollten keine Abklärungs- und Entschädigungswelle auslösen können. Wichtig ist hingegen eine verfahrensmässige Unterstützung und Entschädigung im Falle von schweren Schäden.

Eine derartige Neuregelung wäre geeignet, Vertrauen in die Massnahmen und die Empfehlungen der Gesundheitsbehörden zu fördern. Sie ist auch deshalb zu fordern, weil der Impfschutz erklärermassen nicht nur im Interesse des Einzelnen liegt, sondern vor allem auch im öffentlichen Interesse.

Art. 79 Aufhebung bisherigen Rechts

Mit Einführung des neuen Epidemiengesetzes soll das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose aufgehoben werden.

Tuberkulosegesetz

Art. 6

¹ Die Kantone sorgen dafür, dass in Schulen, Erziehungs-, Pflege-, Bewahrungs- und ähnlichen Anstalten die Kinder und Zöglinge sowie das Lehrpersonal und das Pflegepersonal, d.h. die Personen, die unmittelbar und regelmässig mit den Kindern verkehren, einer ärztlichen Beobachtung unterworfen werden.

Art. 19

¹ Die Kantone erlassen die zur Durchführung dieses Gesetzes auf ihrem Gebiete erforderlichen Bestimmungen.

² Sie bezeichnen die kantonale Aufsichtsbehörde sowie die übrigen mit der Durchführung betrauten Stellen (Kantonsarzt, Amtsarzt, Schularzt, Fürsorgestelle usw.). Sie bestimmen deren Befugnisse und Obliegenheiten.

Mit der Aufhebung dieser Bestimmungen verlieren die schulärztlichen Dienste ihre bundesrechtliche Grundlage. Der Kommentar zum neuen Epidemiengesetz behauptet, der Gegenstand dieses Gesetzes

erlaube es nicht, eine Gesetzesgrundlage für schulärztliche Dienste aus dem Tuberkulosegesetz zu übernehmen. Dieser Meinung können wir uns nicht anschliessen.

Zum Fragenkatalog

Frage 1 grundsätzlich ja

Die „besondere Lage“ wird soweit möglich definiert. Aber was ist eine „ausserordentliche Situation“? Im erwähnten Artikel 185 der VE ist von „eingetretener oder unmittelbar drohender schwerer Störung der öffentlichen Ordnung“ die Rede – ist das damit gemeint? Der Begriff sollte also klar definiert werden.

Frage 2 ja

Es scheint logisch und zielführend, dass bei schnell nötiger Entscheidung kantonale Interessen hinter den nationalen zurückzustehen haben.

Frage 3a ja

Die Gewährleistung der Koordination auf nationaler Ebene scheint wichtig, da die föderalistische Organisation dem Trend zur schnellen geographischen Ausbreitung infektiologischer Probleme nicht genügend Rechnung trägt.

Vertreter: BAG, GDK, Kantonsärzte, Infektiologen. Die Kommission sollte nicht zu gross sein, ansonsten die Entscheidungsfindung zu lange dauert.

Alternativen zu einem neuen Gremium wäre eine Integration dieser Aufgabe in bestehende Gremien wie z.B. in die Gesundheitsdirektorenkonferenz, in der das Bundesamt für Gesundheit ja vertreten ist.

Frage 3b ja

Betreffend Zusammensetzung siehe oben zu Art. 55. Auf die Entscheidungsgeschwindigkeit ist zu achten.

Frage 4 grundsätzlich ja

Art. 29 sollte jedoch mit dem kumulativen Erfordernis der *Zumutbarkeit* ergänzt werden. (siehe oben).

Frage 5

Siehe obige Ausführungen zu Art. 35 / 37

Frage 6 ja

Frage 7 ?

Wir begrüssen die Philosophie mit Betonung von präventiven Anstrengungen, die hinter diesem Zweckartikel und den weiteren Massnahmen-Artikeln steht. N.B. Art. 8 ist gestrichen.

Frage 8 grundsätzlich ja

Anmerkung zu Art. 31: Warum KANN identifiziert und benachrichtigt werden, und nicht MUSS?

Frage 9a grundsätzlich ja

Jedoch sieht das KHM hier eine Verschleppungsgefahr aus Kostengründen – der Bund wäre somit in die finanzielle Pflicht zu nehmen

Frage 9b ja

Frage 10

Wir sind der Auffassung, dass diese Kosten durch die Allgemeinheit zu tragen sind und zwar mit einer Regelung, welche das angestrebte Ziel, nämlich eine hohe Durchimpfungsrate, nicht durch Franchise- und Selbstbehalt-Überlegungen gefährdet.

Die Erfahrung zeigt, dass bei weitem nicht nur jene Versicherten die höchsten Franchisen wählen, welche problemlos innert kurzer Frist ärztliche Leistungen im entsprechenden Umfang selber finanzieren können, sondern oftmals jene, die mit niedrigerer Krankenkassenprämie ihr Budget entlasten wollen. Gerade diese Personen werden zurückhaltend sein, wenn es darum geht, die für sich selber nicht unbedingt als nötig erachtete Impfung selber zu bezahlen oder bei entsprechenden Krankheitssymptomen den Arzt aufzusuchen.

Es wäre wünschenswert, im Rahmen dieser Gesamtrevision zur Beseitigung finanzieller Hürden zur Erreichung von Präventionszielen beizutragen und die Lösung dieser Fragen nicht auf später zu verschieben.

Besten Dank für die Kenntnisnahme.

Freundliche Grüsse

FMH



Dr. med. Jacques de Haller
Präsident



Dr. med. René Raggenbass
Verantwortlicher Ressort
Gesundheit und Prävention