

Teil E Die obligatorische Krankenpflegeversicherung

15 Wer gehört zu den versicherten Personen?

15.1 Versicherungspflichtig sind Personen mit Wohnsitz in der Schweiz

Alle Personen mit **Wohnsitz** in der Schweiz sind verpflichtet, eine obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen. Versicherungspflichtig ist also die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz

- von der **Geburt** bis zum **Tod** bzw.
- bis zum Zeitpunkt, in dem jemand die **Schweiz dauerhaft** verlässt.
- Der Wohnbevölkerung gleichgestellt sind **Asylsuchende**.

Eltern müssen ihre Kinder **innert 3 Monaten** nach der Geburt versichern. Ebenfalls innert 3 Monaten müssen sich Personen versichern, die aus dem Ausland in die Schweiz ziehen.

Nicht versichert und grundsätzlich auch **nicht versicherbar** sind Personen, die ihren Wohnsitz im Ausland haben. Allerdings gibt es dazu einige Ausnahmen, insbesondere auch im Zusammenhang mit den bilateralen Verträgen zwischen der Schweiz und der EU/EFTA. Auf Details gehen wir nicht ein.

15.2 Freie Wahl des Versicherers

Das KVG garantiert die freie Wahl des Versicherers. Jede versicherungspflichtige Person kann also wählen, bei welcher der zugelassenen Krankenkassen sie sich versichern will. Vorausgesetzt ist nur, dass der betreffende Versicherer am Wohnort der versicherungspflichtigen Person tätig ist.

- Die Krankenkassen müssen **jede** versicherungspflichtige Person in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufnehmen, wenn sie an ihrem Wohnort tätig sind.
- Die **Ablehnung** von Personen wegen hohen Alters oder schlechten Gesundheitszustands und **Vorbehalte** wegen bestehender Krankheiten sind **verboten**.

Beispiele

- Herr Ruder wohnt in Zürich. Er möchte einer kleinen Krankenkasse beitreten, die ihm von Freunden empfohlen wurde. Diese Krankenkasse ist aber nur in den französischsprachigen Kantonen tätig. Deshalb kann Herr Ruder nicht verlangen, dass er aufgenommen wird.
 - Frau Seeler wohnte in den letzten Jahren im Ausland. Sie wird schwer krank und entscheidet sich, in die Schweiz zurückzukehren. Da sie keinen Wohnsitz mehr in der Schweiz hatte, ist sie auch nicht mehr durch eine schweizerische Krankenkasse versichert. Sie muss deshalb bei ihrer Rückkehr eine neue obligatorische Krankenpflegeversicherung abschliessen. Trotz ihrer schweren Krankheit darf sie von jeder Krankenkasse den Abschluss einer obligatorischen Krankenversicherung verlangen und muss sich auch keine Vorbehalte gefallen lassen.
-

15.3 Kündigung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und Wechsel des Versicherers

Wegen der Aufnahmepflicht kann der Versicherte für die obligatorische Krankenpflegeversicherung ohne Probleme seine Krankenkasse wechseln und von günstigeren Konkurrenzangeboten profitieren. Das KVG sieht folgende Kündigungsmöglichkeiten vor:

- Im **Normalfall**: Kündigung mit Kündigungsfrist von 3 Monaten jeweils auf Ende Juni oder Ende Dezember.
- Bei Mitteilung der **neuen Prämien** durch die Krankenkasse: Kündigung mit Kündigungsfrist von 1 Monat auf das Ende des Monats, der der neuen Prämie vorangeht. Ob die Prämie höher, tiefer oder gleich hoch ist, spielt keine Rolle.

Achtung – Keine Aufnahmepflicht und kein Verbot von besonderen Ausschlüssen bei der Zusatzversicherung

Die Aufnahmepflicht und das Verbot besonderer Ausschlüsse gilt nur für die **obligatorische Krankenpflegeversicherung** und nicht für die privaten Zusatzversicherungen, mit denen der Versicherungsschutz ausgebaut werden kann. Wer Zusatzversicherungen kündigt, kann nicht verlangen, dass die neue Krankenkasse auch die Zusatzversicherungen automatisch abschliesst. Diese wird in der Regel eine Gesundheitsprüfung vornehmen und eventuell den Antrag für die gewünschte Zusatzversicherung ablehnen oder ihn nur mit Vorbehalten annehmen.

Deshalb sollte man Zusatzversicherungen erst kündigen, wenn man die Deckungszusage der neuen Krankenkasse hat. Falls diese verweigert wird oder die Krankenkasse den Antrag nur mit Vorbehalten annimmt, kann man immer noch entscheiden, die Zusatzversicherungen bei der alten Krankenkasse zu belassen und nur die obligatorische Krankenpflegeversicherung beim neuen Versicherer abzuschliessen.

16 Der Umfang des Versicherungsschutzes

16.1 Pflegeleistungen und Heilungskosten bei Krankheiten, Unfällen, Geburtsgebrechen und Mutterschaft

16.1.1 Versichert sind Pflegeleistungen und Heilungskosten

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung versichert nur **Pflegeleistungen und Heilungskosten**. Ausfälle des Erwerbseinkommens sind nicht enthalten.

16.1.2 Versichert sind Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen und Mutterschaft

Was unter einer Krankheit, einem Unfall, einem Geburtsgebrechen oder der Mutterschaft zu verstehen ist, ist im Gesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) definiert. Einige dieser Definitionen kennen Sie bereits aus den Kapiteln über die IV oder die obligatorische Unfallversicherung nach UVG. In der folgenden Grafik sind sie nochmals zusammengestellt:

[16-1] Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen und Mutterschaft

Krankheit	Eine Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
Unfall	<p>Die Definition des ATSG für einen Unfall kennen Sie bereits aus Kapitel 11.2, S. 117: Unfall ist</p> <ul style="list-style-type: none"> • die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors • auf den menschlichen Körper, • die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. <p>Unfallversicherung nach UVG und Unfallversicherung nach KVG: Wenn ein Arbeitnehmer durch die berufliche Unfallversicherung (UV) für Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert ist, geht die UV der Krankenversicherung vor. Der Versicherte kann deshalb verlangen, dass die obligatorische Unfalldeckung der Krankenversicherung sistiert (gestoppt) und die Krankenversicherungsprämie entsprechend reduziert wird. Sobald aber der Versicherungsschutz der UV erlischt (z. B. wegen Aufgabe der Stelle oder wegen Pensionierung), ist die betroffene Person verpflichtet, die Unfalldeckung nach KVG wieder zu aktivieren. Der Arbeitgeber muss einen ausscheidenden Mitarbeitenden schriftlich auf diese Pflicht aufmerksam machen.</p>
Geburtsgebrechen	<p>Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.</p> <p>Hinweis zur Abstimmung von IV und Krankenversicherung bei Kindern und Jugendlichen: Bei Versicherten bis zum Alter 20 übernimmt die IV medizinische Massnahmen, soweit diese der beruflichen Eingliederung dienen und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit dauernd bedeutend zu verbessern oder Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern. Bei als Geburtsgebrechen anerkannten Leiden zahlt die IV bis zum 20. Altersjahr notwendige medizinische Behandlungen auch dann, wenn diese keine unmittelbare Wirkung auf die künftige Erwerbsfähigkeit haben.</p>
Mutterschaft	<p>Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter.</p> <p>Mutterschaftsentschädigung und Krankenversicherung im Zusammenhang: Die Mutterschaftsentschädigung und die Krankenversicherung bestehen unabhängig voneinander. Sie haben ja verschiedene Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Mutterschaftsentschädigung richtet nach der Geburt für eine bestimmte Zeitdauer ein Taggeld aus und ersetzt so den geburtsbedingten Ausfall des Erwerbseinkommens. • Die Krankenversicherung übernimmt dagegen die Pflegekosten, die während der Schwangerschaft und wegen der Geburt entstehen.

16.2 Versicherungsschutz in der Schweiz und nur ausnahmsweise im Ausland

16.2.1 Grundsatz: Versichert sind die Pflege- und Heilungskosten in der Schweiz

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung gilt grundsätzlich nur in der Schweiz.

16.2.2 Ausnahme: Medizinische Behandlungen eines Versicherten im Ausland

Behandlungskosten eines Versicherten im Ausland sind nur ausnahmsweise eingeschlossen. Wichtig sind folgende beiden Fälle:

- Kosten für medizinische **Notfallbehandlungen im Ausland**, wenn sich der Versicherte vorübergehend dort aufhält (z. B. in den Ferien). Die Krankenkassen übernehmen **maximal den doppelten Betrag**, der in der Schweiz für die gleiche Behandlung vergütet würde. Kostenanteile, die diese Limite übersteigen, muss der Versicherte selbst tragen, wenn er nicht anderweitig dafür versichert ist.
- Kosten für Behandlungen, die in der **Schweiz nicht möglich** sind. Auch hier sind die Leistungen der Krankenkassen betragsmässig begrenzt.

Hinweis zu Behandlungen in den EU- und EFTA-Staaten

Im Verkehr mit den EU- und EFTA-Staaten bestehen spezielle Regeln. Wenn sich eine Person aus der Schweiz in einem dieser Staaten behandeln lassen muss, läuft die Abrechnung der Kosten grundsätzlich über das Krankenversicherungssystem des betreffenden ausländischen Staates. Dieses rechnet dann mit der zuständigen schweizerischen Krankenkasse ab. Bei Reisen in EU-/EFTA-Staaten sollte man die Krankenversicherungskarte KVG mitführen. Auf deren Rückseite ist die Europäische Versicherungskarte vorhanden.

17 Die Versicherungsleistungen

Die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind gesetzlich detailliert geregelt. Es gibt einen Leistungskatalog. Die Krankenkassen dürfen dessen Umfang weder reduzieren noch ausbauen.

Dank dem vorgeschriebenen **Leistungskatalog** garantiert die obligatorische Krankenpflegeversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz eine **einheitliche und qualitativ hoch stehende medizinische Grundversorgung**. Personen, die einen umfassenderen Versicherungsschutz haben möchten, müssen sich privat mit den entsprechenden Zusatzversicherungen versichern.

17.1 Der Leistungskatalog der oblig. Krankenpflegeversicherung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung erbringt nur die Leistungen, die im **vorgeschriebenen Leistungskatalog** enthalten sind. Allgemein gilt dabei Folgendes:

- Die Leistungen müssen **wirksam, zweckmässig** und **wirtschaftlich** sein. Im Einzelfall entscheidet der Arzt, welche Behandlung angebracht ist. Er muss sich aber an die verschiedenen gesetzlichen Vorgaben halten, die für den Einsatz von Behandlungsmethoden gelten. Ausserdem sind die Preise für erbrachte Leistungen gesetzlich festgelegt (Tarmed-Katalog).
- Versicherte, die eine nicht im Leistungskatalog enthaltene medizinische Leistung in Anspruch nehmen, müssen diese **selbst bezahlen**, sofern sie sich nicht mit einer entsprechenden privaten Zusatzversicherung versichert haben. Das gilt zum Beispiel für viele Behandlungsmethoden der Komplementärmedizin.

[17-1] Auszug aus dem Leistungskatalog der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Allgemeine Leistungen (bei Krankheit, Unfall und Geburtsgebrechen)	<p>Dazu gehören unter anderem:</p> <ul style="list-style-type: none">• die Kosten für anerkannte Diagnosen und Behandlungen, die von Ärzten durchgeführt werden;• die Kosten für ärztlich verschriebene Medikamente, die auf der Medikamentenliste sind;• die Kosten für ärztlich verschriebene Therapiemassnahmen (z. B. Physiotherapie);• der Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung;• der Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik;• Beiträge an Hilfsmittel, die in der Liste «Mittel und Gegenstände» aufgeführt sind (z. B. Prothesen)• usw.
Medizinische Prävention	<p>Prävention heisst Vorsorge. In der Medizin versteht man darunter Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten oder Massnahmen zur Verhinderung von Krankheiten.</p> <p>Die obligatorische Krankenversicherung übernimmt bestimmte solcher Vorsorgeuntersuchungen, z. B. die gynäkologische Vorsorge oder Kinderimpfungen.</p>
Mutterschaft und legaler Schwangerschaftsabbruch	<p>Bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft/Geburt übernimmt die Krankenkasse</p> <ul style="list-style-type: none">• eine bestimmte Anzahl von Kontroll- und Ultraschalluntersuchungen;• die Entbindung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, zu Hause oder in einer ambulanten Einrichtung (Geburtshaus);• die notwendige Stillberatung. <p>Bei Komplikationen während der Schwangerschaft und bei einem legalen Schwangerschaftsabbruch werden die gleichen Leistungen erbracht wie bei einer Krankheit.</p>
Zahnärztliche Behandlungen	<p>Zahnarztbehandlungen sind nur ausnahmsweise versichert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none">• sie durch eine schwere, nicht vermeidbare Erkrankung des Kausystems bedingt sind,• sie die Folge einer schweren Allgemeinerkrankung sind oder• sie zur Behandlung einer Krankheit notwendig sind. <p>Sofern die Unfalldeckung in der Krankenversicherung nicht sistiert ist, sind unfallbedingte Schäden am Kausystem ebenfalls versichert.</p>

17.2 Vorleistungspflicht der oblig. Krankenpflegeversicherung

Manchmal ist unklar, ob die oblig. Krankenpflegeversicherung oder eine andere Versicherung (z.B. UVG) für die Heilungskosten aufzukommen hat. In solchen Fällen hat die oblig. Krankenpflegeversicherung eine **Vorleistungspflicht**. Das heisst: Sie muss im Zweifel zahlen und kann dann im Falle der Nichtzuständigkeit die erbrachten Leistungen beim zuständigen Träger einfordern.

17.3 Kostenbeteiligung des Versicherten (Franchise und Selbstbehalt)

Ein Teil der Behandlungskosten muss der Versicherte selbst übernehmen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus einer Franchise kombiniert mit einem Selbstbehalt.

Die Höhe der Franchise und des Selbstbehalts sind gesetzlich geregelt. Das KVG lässt es aber in bestimmten Grenzen zu, dass der Versicherte freiwillig eine höhere Franchise wählt. In diesem Fall profitiert er von tieferen Prämien. In der folgenden Tabelle sind die gesetzlich festgelegten Beträge zusammengestellt. Auf die Möglichkeiten, die Kostenbeteiligung zugunsten einer reduzierten Prämie zu erhöhen, kommen wir in Kapitel 18.2, S. 157 zu sprechen.

Die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) gilt für alle Leistungen. Einige wenige Leistungen sind aber ausgenommen (z. B. eine normal verlaufende Schwangerschaft).

[17-2] Minimale Franchise und Selbstbehalt

Zahlen für das Jahr 2022		Zahlen für das Jahr
Franchise		
• Erwachsene	300 Franken pro Jahr	
• Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag	Keine Franchise	
Selbstbehalt		
• Erwachsene	10%, bis max. 700 Franken pro Jahr	
• Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag	10%, bis max. 350 Franken pro Jahr	
Beteiligung an Kosten von Spitalaufenthalten		
• Erwachsene ab 18. Geburtstag	15 Franken pro Tag	
• Kinder und Jugendliche bis zum 18. Altersjahr bzw. in Ausbildung bis zum 25. Altersjahr • Frauen für Leistungen bei Mutterschaft	Keine Kostenbeteiligung	

Die Kombination von Franchise und Selbstbehalt funktioniert wie folgt:

- Bis zum Betrag der Franchise trägt der Versicherte die Behandlungskosten eines Jahres selbst. Für alle darüber hinausgehenden Kosten dieses Jahres muss er den Prozentbetrag des Selbstbehalts bezahlen, bis der Maximalbetrag des Selbstbehalts erreicht ist.
- Da Kinder und Jugendliche keine Franchise haben, besteht bei ihnen nur der Selbstbehalt bis zum vorgesehenen Maximum.

Beispiel

Frau Strebel muss regelmässig zum Arzt. Der folgende Auszug zeigt die ersten drei Rechnungen eines Jahres. Diese bezahlt Frau Strebel jeweils sofort mit dem Einzahlungsschein und sendet dann die Rechnung an die Krankenkasse zur Rückvergütung.

Behandlung	Rechnungs- betrag	Franchise	Selbstbehalt	Vergütung der Krankenkasse
Rheumatologe wegen Gelenkschmerzen im Knie	370,-	300,-	7,- (10% von 70.-)	63,-
Vom Arzt verordnete Physiotherapie	600,-	0,-	60,- (10% von 600.-)	540,-
Behandlung einer Grippe	120,-	0,-	12,-	108,-
usw.				

Für die weiteren Rechnungen des betreffenden Jahres muss Frau Strebel nun jedes Mal den Selbstbehalt bezahlen, bis dieser Posten 700 Franken erreicht hat. Für weitere Rechnungen entfällt dann der Selbstbehalt und die Krankenkasse muss den ganzen Betrag übernehmen.

17.4 Das Prinzip der freien Wahl des Leistungserbringers und seine Grenzen

Jeder Versicherte hat das Recht, den Leistungserbringer für eine nötige medizinische Behandlung frei auszuwählen. Dazu gibt es aber verschiedene Einschränkungen:

- Nicht alle Personen, die Gesundheitsdienstleistungen erbringen, sind vom KVG als Leistungserbringer anerkannt. Das Gesetz enthält eine [Liste der Leistungserbringer](#). Nur die Behandlungskosten dieser Personen werden von der obligatorischen Krankenversicherung übernommen. Dazu gehören Ärzte, Chiropraktoren, Spitäler, Physiotherapeuten, Apotheken, Krankenpflegepersonal usw.
- Medizinische Leistungen werden nur vergütet, wenn sie für die Behandlung eines Gesundheitsproblems wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sind. Ob dies der Fall ist, muss vom [Arzt](#) oder vom [Chiropraktor](#) entschieden werden. Nur sie können entsprechende Behandlungen verfügen, in dem sie z.B. ein [Rezept](#) für ein Medikament oder eine [Verordnung](#) für eine physiotherapeutische Behandlung ausstellen oder den Patienten zur Behandlung in ein Spital einweisen. Gestützt auf das Rezept oder die Verordnung kann dann der Versicherte wählen, bei welcher Apotheke er die Medikamente einkauft oder bei welchem Physiotherapeuten er sich behandeln lassen will.
- Bei Behandlungen in einem Spital übernimmt die Krankenversicherung die Kosten nur dann automatisch, wenn das gewählte Spital auf der [Spitalliste](#) aufgeführt ist, die für den Wohnsitzkanton des Versicherten gilt.

- Muss der Patient sich notfallmässig in einem Spital ausserhalb seines Wohnsitzkantons behandeln lassen, übernimmt die **Krankenkasse** die Kosten, wenn das Spital auf der Spitalliste des Behandlungskantons aufgeführt ist.
- Will der Patient sich in einem Spital ausserhalb seines Kantons behandeln lassen, übernimmt die Krankenversicherung maximal den Betrag, den die Operation im Wohnsitzkanton gekostet hätte. Hier ist es unumgänglich, eine **Kostengutsprache der Krankenkasse** einzuholen.

18 Versicherungsbeiträge (Prämien)

18.1 Die vier Einflussgrössen auf die Krankenversicherungsprämien

In der obligatorischen Krankenversicherung muss **jede versicherte Person Prämien** bezahlen. Die Höhe der Prämie hängt von vier Einflussgrössen ab:

- **Alter.** Die Krankenkassen dürfen in der obligatorischen Krankenversicherung drei altersmässige Abstufungen vorsehen:
 - **Kinder** (Geburt bis 18. Geburtstag) haben die geringsten Prämien.
 - Bei **jungen Erwachsenen** (ab 18. Geburtstag bis 25. Geburtstag) sind die Prämien bereits höher.
 - **Erwachsene** (ab 25. Geburtstag bis Tod) haben die höchsten Prämien.
- **Wohnort.** Die regional unterschiedlichen Gesundheitskosten werden berücksichtigt. Deshalb zahlen Versicherte je nach ihrem Wohnort mehr oder weniger Krankenversicherungsprämien.
- **Höhe der Franchise.** Das KVG sieht die bereits besprochene minimale Kostenbeteiligung vor (Franchise plus Selbstbehalt). Es gewährt den Versicherten aber einen Spielraum für die Erhöhung ihrer Franchise. So können sie Prämien sparen.
- **Gewähltes Versicherungsmodell.** Prämieneinsparungen sind auch möglich, wenn der Versicherte ein kostengünstiges Versicherungsmodell wählt.

18.2 Prämienvergünstigungen

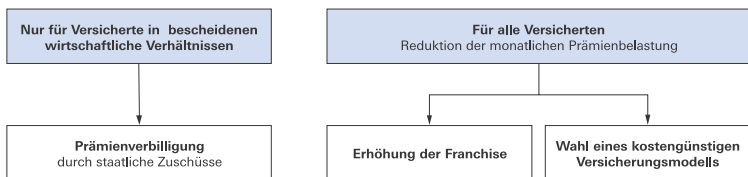
18.2.1 Prämienverbilligung

Nach dem KVG können **Versicherte in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen Prämienverbilligungen** durch Zuschüsse verlangen. Zuständig sind die Kantone. Deshalb sind die Einkommensgrenze für diese Verbilligungen und die zuständigen Behörden in jedem Kanton anders geregelt. Finanziert werden sie aus Mitteln des Bundes und der Kan-

tone. Wer eine Prämienverbilligung will, muss diese bei der zuständigen kantonalen Behörde beantragen.

Die eben beschriebenen Prämienverbilligungen durch staatliche Unterstützung sind für Personen mit sehr geringen Einkommen gedacht. Weil die Versicherungsprämien in den letzten Jahren stark angestiegen sind, werden aber auch die Budgets von Normalverdienern immer stärker belastet. Sie können die monatliche Prämienbelastung durch eine **Erhöhung der Franchise** oder durch die **Wahl eines kostengünstigen Versicherungsmodells** senken.

[18-1] Die Möglichkeiten der Prämienvergünstigungen



18.2.2 Die Erhöhung der Franchise

Wie Sie bereits wissen, schreibt das KVG für Erwachsene (nach vollendetem 18. Altersjahr) eine Minimalfranchise von 300 Franken vor. Das KVG erlaubt den Krankenkassen, ihren Versicherten auch höhere Franchisen gegen eine Prämienvergünstigung anzubieten. Weil der Versicherte sie wählen kann, spricht man auch von **Wahlfranchisen**. Der Bundesrat legt fest, welche Beträge gewählt werden können, und er passt seine Vorgaben periodisch den gegebenen Umständen an.

[18-2] Wahlfranchisen

Jahr 2022	Jahr
Erwachsene	Erwachsene

Möglich ist die Erhöhung der vorgeschriebenen Franchise (300 Franken) auf 500, 1 000, 1 500, 2 000 oder 2 500 Franken.

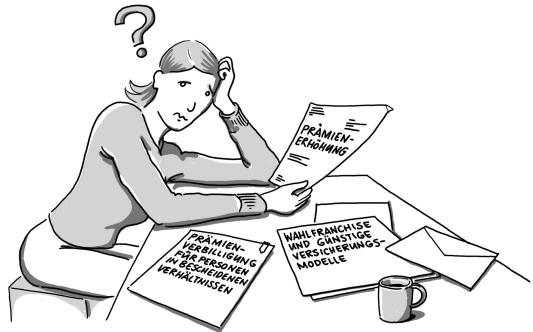
Die Rabatte sind je nach Kasse verschieden und gesetzlich beschränkt. Bei Wahl der Maximalfranchise von 2 500 Franken kann sich ein Rabatt von etwa 40% bis maximal 50% der Prämie ergeben.

Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag	Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag
--	--

Die vorgeschriebene Franchise ist hier Null. Es kann aber eine Franchise von 100 bis max. 600 Franken gewählt werden. Die Rabatte schwanken je nach Krankenkasse.

Der Versicherte kann seine Franchise jeweils auf den Beginn eines neuen Jahres senken oder erhöhen. Eine Senkung der Franchise muss er der Krankenkasse spätestens bis Ende November mitteilen und eine Erhöhung spätestens bis Ende Dezember.

Welche Franchise für den Versicherten sinnvoll ist, lässt sich nur im Einzelfall entscheiden. Massgebend sind dabei vor allem der allgemeine Gesundheitszustand, die finanziellen Möglichkeiten für den Fall einer Behandlung und die Höhe des Rabatts. Im Internet gibt es Rechenhilfen, die einem Versicherten helfen, die für ihn optimale Franchise zu ermitteln. Ein Beispiel dafür ist www.comparis.ch.



18.2.3 Wahl eines kostensparenden Versicherungsmodells

Das KVG bietet einen Spielraum für kostensparende Versicherungsmodelle. Verbreitet sind das HMO-Modell, das Hausarzt-Modell, das Light-Modell, das Telmed-Modell und das Bonus-Modell. All diese Modelle zielen darauf ab, die Kosten der medizinischen Versorgung zu senken. Der Versicherte soll möglichst gezielt ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen. Beachten Sie, dass die Krankenkassen für ihre kostensparenden Versicherungsmodelle verschiedene Bezeichnungen verwenden und zum Teil auch nicht alle Modelle anbieten.

[18-3] Verbreitete kostensparende Versicherungsmodelle

Das HMO-Modell

HMO heisst Health Maintenance Organization (Gesundheitserhaltungsorganisation).

- Der Versicherte wählt aus einer Liste seiner Krankenkasse einen Arzt oder eine Praxisgemeinschaft aus und verpflichtet sich, im Krankheitsfall immer zuerst diese aufzusuchen. Diese entscheiden dann bei ernsthafteren Krankheiten, ob ein Spezialist beigezogen oder eine Einweisung ins Spital vorgenommen werden muss. Nur in Notfällen, wenn der HMO-Arzt oder die Praxisgemeinschaft nicht zur Verfügung stehen, kann der HMO-Patient direkt zu einem anderen Arzt oder ins Spital gehen.
- Der Arzt/die Praxisgemeinschaft erhalten vom Versicherer für einen eingeschriebenen HMO-Patienten eine monatliche Fallpauschale ausbezahlt. Dank dieser Pauschale haben sie keinen Anreiz, teure, aber vielleicht nicht unbedingt notwendige Behandlungen durchzuführen.

Mit dem HMO-Modell lassen sich je nach Krankenkasse bis zu 20% Prämien einsparen.

Das Hausarzt-Modell	<p>Es funktioniert ähnlich wie das HMO-Modell:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Versicherte wählt einen Hausarzt aus und verpflichtet sich, diesen im Krankheitsfall immer zuerst aufzusuchen. Der Hausarzt entscheidet dann, ob ein Spezialist beigezogen oder eine Spitaleinweisung vorgenommen werden muss. Nur in Notfällen darf der Versicherte von sich aus zu einem anderen Arzt gehen. • Im Unterschied zum HMO-Modell stellt der Hausarzt für jede geleistete Behandlung Rechnung. Deshalb ist der Kosteneinsparungseffekt etwas geringer. <p>Beim Hausarzt-Modell gewähren die Krankenkassen Prämienrabatte in der Grössenordnung von 5% bis 15%.</p>
Das Light-Modell (auch Preferred Provider Organization, PPO)	<ul style="list-style-type: none"> • Hier verpflichtet sich der Versicherte, im Krankheitsfall einen Arzt aufzusuchen, der auf einer Ärzteliste seiner Krankenkasse verzeichnet ist. Innerhalb der Liste kann er frei wählen. Je nach Kasse verpflichtet sich der Versicherte ausserdem zu weiteren Einschränkungen (z.B. Wahl von Generika* anstelle der Originalmedikamente oder Einholen einer Zweitmeinung durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse vor Operationen). • Kosteneinsparungen erzielen die Krankenkasse hier, weil sie nur Ärzte auf die Ärzteliste nehmen, die besonders kostengünstig arbeiten. <p>Beim Light-Modell gewähren die Krankenkassen Prämienrabatte in der Grössenordnung von etwa 10%.</p>
Das Telmed-Modell	<p>Hier verpflichtet sich der Versicherte, immer zuerst eine Telefonhotline der Krankenkasse anzurufen, bevor er einen Arzt aufsucht. Am Telefon wird der Versicherte von Fachpersonen beraten. So können unnötige Arztbesuche vermieden werden. Beim Telmed-Modell gewähren die Krankenkassen Prämienrabatte in der Grössenordnung von etwa 5% bis 10%.</p>
Das Bonus-Modell	<p>Grössere Krankenkassen bieten ihren Kunden Bonusmodelle an. Im ersten Jahr bezahlt man zum Beispiel einen Zuschlag von 10% auf die Prämie mit einer Franchise von 300 Franken.</p> <p>Danach sinkt die Prämie mit jedem Jahr ohne Leistungsbezug (z.B. auf 85% im zweiten, auf 75% im dritten, auf 65% im vierten und auf 55% im fünften Jahr). Nimmt der Versicherte Leistungen in Anspruch, wird er um eine Rabattstufe zurückgestuft.</p> <p>Der Versicherte verpflichtet sich bei Bonusmodellen zu einer Vertragsdauer von über einem Jahr. Die Kündigungsfrist beträgt in der Regel drei Monate.</p>

*Generika sind billigere Kopien von Originalmedikamenten mit den gleichen Wirkstoffen. Sie dürfen erst erstellt werden, wenn der Patentschutz des Originals abgelaufen ist.

19 Finanzierung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

19.1 Finanzierung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach dem **Bedarfsdeckungsverfahren** finanziert. Um zahlungsfähig zu bleiben, müssen die **Krankenkassen Schwankungs- und Sicherheitsreserven** bilden.

Die Einnahmen der Krankenkassen bestehen im Wesentlichen aus den **Prämien** ihrer Versicherten **und** den **Zuschüssen des Staates für die Prämienverbilligung** von einkommensschwachen Versicherten. Indirekt fliessen also Subventionen an die Krankenkassen.

19.2 Finanzierungsprobleme

Das Bedarfsdeckungsverfahren ist ein schmerzhaftes und gleichzeitig auch heilsames Finanzierungsverfahren für die obligatorische Krankenversicherung. Es zeigt uns nämlich jedes Jahr, wie viel mehr wir für die medizinische Grundversorgung ausgegeben haben, und zwar in Form von zum Teil massiv **steigenden Prämien**. Würden nämlich die Krankenkassen die Kostensteigerungen nicht jedes Jahr in ihre Prämien einrechnen, könnten sie im darauf folgenden Jahr die Leistungen nicht mehr bezahlen.

Tatsächlich steigen die Kosten für die medizinische Grundversorgung seit Jahren. Heute haben die Krankenversicherungsprämien eine Höhe erreicht, die von vielen als schwere finanzielle Belastung empfunden wird. Über die Ursachen und die möglichen Massnahmen zur Verbesserung der Situation wird seit Jahren gestritten. Je nach Blickwinkel behaupten die einen, das medizinische System produziere zu teuer und sei ineffizient. Andere sehen das Problem vor allem darin, dass wir **alle** immer mehr medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Deshalb wird auch darüber diskutiert, **welche medizinischen Leistungen zur Grundversorgung** gehören und welche davon ausgeschlossen werden sollen.

Fassen wir zusammen:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung auf einen Blick

Versicherte Personen	<p>Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz, von der Geburt an bis zum Tod bzw. bis zum endgültigen Verlassen der Schweiz. Ebenfalls versicherungspflichtig sind Asylsuchende.</p> <p>Es gilt die freie Wahl des Versicherers. Die Krankenkassen müssen jede versicherungspflichtige Person in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufnehmen. Die Ablehnung von Anträgen oder Ausschlüsse wegen bestehender Krankheiten sind nicht zulässig.</p>
Versicherungsschutz	<p>Versichert sind Pflegeleistungen und Heilungskosten bei Krankheit, Unfall, Geburtsgebrechen und Mutterschaft. Nicht versichert sind Ausfälle des Erwerbseinkommens.</p> <p>Die obligatorische Krankenpflegeversicherung gilt in der Schweiz. Behandlungen im Ausland sind eingeschlossen in Notfällen und wenn eine Behandlung in der Schweiz nicht möglich ist. Vergütet wird aber höchstens das Doppelte des Betrags, der in der Schweiz bezahlt würde.</p>

Versicherungsleistungen

Die obligatorische Krankenversicherung erbringt nur Leistungen, die im Leistungskatalog enthalten sind. Es gilt eine Selbstbeteiligung aus Franchise und Selbstbehalt.

Zahlen für das Jahr 2022

Zahlen für das Jahr

Franchise

• Erwachsene	300 Franken pro Jahr Beteiligung an Kosten von Spitalbehandlungen 15 Franken pro Tag	
• Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag	Keine Franchise Keine Beteiligung an den Kosten von Spitalbehandlungen	

Selbstbehalt

• Erwachsene	10%, bis max. 700 Franken pro Jahr	
• Kinder und Jugendliche bis zum 18. Geburtstag	10%, bis max. 350 Franken pro Jahr	

Prämien

Die Höhe der Prämien hängt von vier Einflussgrössen ab:

- **Alter** (zulässig ist nur die Abstufung in Kinder (bis 18. Geburtstag), junge Erwachsene (bis 25. Geburtstag) und Erwachsene).
- **Wohnort** (Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Gesundheitskosten).
- **Höhe der Franchise** (wer von der gesetzlichen Möglichkeit, die Franchise zu erhöhen, Gebrauch macht, erhält als Gegenleistung tiefere Prämien).
- **Gewähltes Versicherungsmodell** (wer ein kostensparendes Versicherungsmodell wählt, erhält als Gegenleistung tiefere Prämien – gängige Modelle sind: das HMO-Modell, das Hausarzt-Modell, das Light-Modell (PPO), das Telmed-Modell und das Bonus-Modell).

Wer in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen lebt, kann Prämienverbilligungen beantragen. Zuständig sind die kantonalen Behörden. Finanziert werden die Prämienverbilligungen aus Mitteln der Kantone und des Bundes.

Finanzierung

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Die Prämienzuschüsse des Staates an die Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen wirken als Subventionen.

Repetitionsfragen

36

Ergänzen Sie die folgenden Aussagen jeweils mit dem zutreffenden Stichwort / den zutreffenden Stichworten:

A) Versicherte Personen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung sind sowie

B) Beitragspflichtig sind Personen in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen können beantragen.

C) Versicherte Leistungen sind die
, nicht aber der

D) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung wird nach dem
 finanziert.

Alle der folgenden Behauptungen sind falsch. Finden Sie den Fehler und stellen Sie die Aussage in der rechten Spalte der Tabelle richtig.

Behauptung	Richtigstellung
A) Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt nur Pflegeleistungen und Behandlungskosten in der Schweiz.	
B) 60-Jährige zahlen höhere Prämien als 40-Jährige.	
C) Ein 60-Jähriger in Genf zahlt die gleichen Prämien wie ein 60-Jähriger in Zürich.	
D) Erwachsene Versicherte tragen für jede Behandlung einen Selbstbehalt.	

Ein Gespräch unter Kollegen dreht sich unter anderem auch um die ständig steigenden Prämien der Krankenpflegeversicherung. Dabei fragt ein Beteiligter, unter welchen Voraussetzungen man eigentlich Prämien sparen könne.

A) Erklären Sie mit eigenen Worten, welche Möglichkeiten es grundsätzlich gibt. Beachten Sie, dass Ihr Gesprächspartner kein Versicherungsprofi ist.

B) Ein anderer Beteiligter sagt darauf, dass er letztes Jahr in das HMO-Modell gewechselt habe und nun ca. 20 Prozent weniger Prämien bezahlen müsse. Was versteht man unter einem HMO-Modell?

C) Nennen Sie zwei weitere Versicherungsmodelle, die viele Krankenkassen ihren Kunden mit Prämienvergünstigung anbieten.
