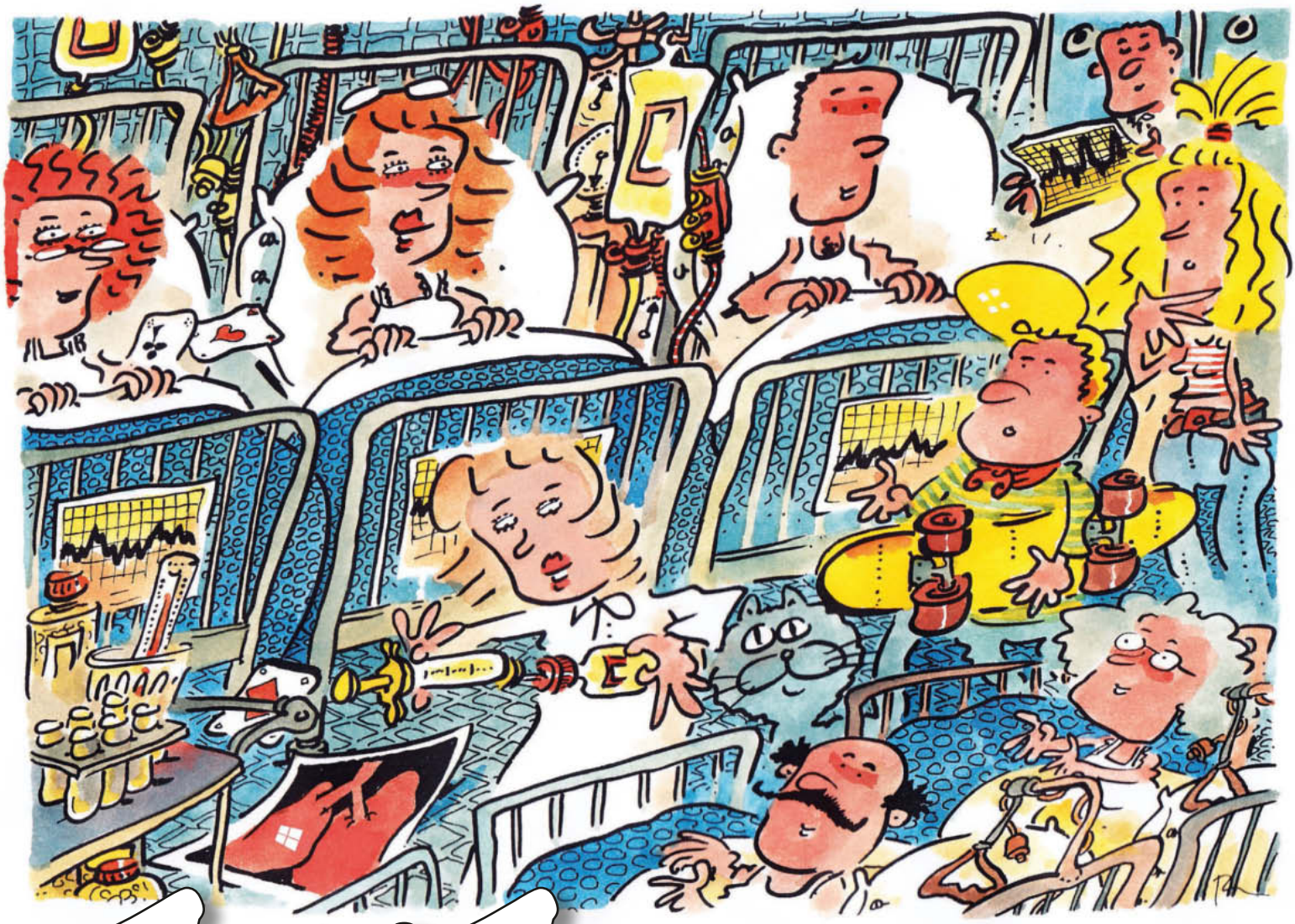


1x1 der Krankenversicherung

Der Ratgeber
zu den wichtigsten Krankenversicherungsfragen
mit der Familie Santi

santésuisse
Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

Inhalt

Die Familie Santi stellt sich vor 4
Wie gut soll ich mich versichern? 6
Welchen Krankenversicherer soll ich wählen? 12
Wie senke ich meine Prämie? 16
Stimmt die Rechnung? 22
Wie bleibe ich gesund? 28
Wichtige Kontakte und Adressen im Gesundheitswesen 31

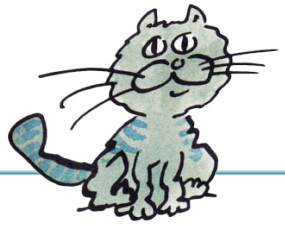
Das 1x1 der Krankenversicherung mit der Familie Santi

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ist eine der herausragenden sozialen Errungenschaften der Schweiz. Die gesamte Bevölkerung hat dank der umfassenden Grundversicherung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung.

Die Publikation «1x1 der Krankenversicherung» richtet sich an alle Versicherten und will Basisinformationen zur Krankenversicherung vermitteln. Im Zentrum steht die versicherte Person – aus diesem Grund tritt im «1x1 der Krankenversicherung» die Familie Santi auf. Die Präsenz der Familie Santi stellt dar, wie die Krankenversicherung uns über alle Generationen und Lebenssituationen hinweg begleitet.

Viel Vergnügen bei der Lektüre des «1x1 der Krankenversicherung». Hoffentlich trägt die Broschüre etwas zum besseren Verstehen des Gesundheitswesens bei.

Auf dem santésuisse-Blog monsieur-sante.ch finden Sie interessante Informationen zu unserem Gesundheitswesen. Haben Sie Fragen? Monsieur Santé beantwortet sie.



Gut zu wissen

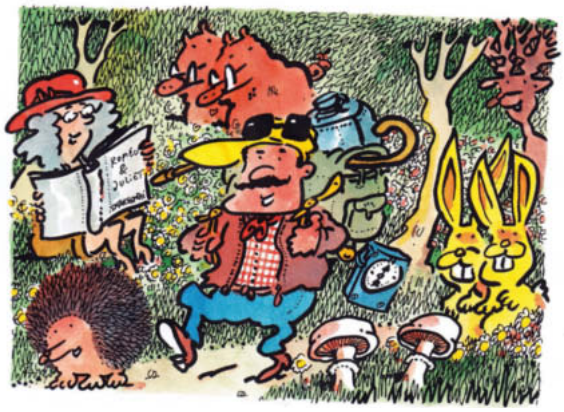
Auf dem Blog **monsieur-sante.ch** finden Sie weitere interessante Informationen zu unserem Gesundheitswesen. Haben Sie Fragen? Monsieur Santé beantwortet sie an seinem Auskunftsschalter. Sie finden ihn unter: **www.monsieur-sante.ch/auskunftsschalter**.

Die Familie Santi stellt sich vor

Claudine Santi-Favre

Alter: 69 Jahre
Beruf: Pensionierte Verkäuferin
Hobbys: Kochen, Mode, Walking

Vorbeugen statt heilen ist auch für uns ältere Versicherte eine wichtige Aufgabe. Mit Gesundheitsförderungsmassnahmen, die durch die Krankenversicherung mitfinanziert werden, kann ein wichtiger Anreiz geschaffen werden, dass wir in unserem Alter noch aktiv etwas für die Gesundheit unternehmen.



Sepp Santi

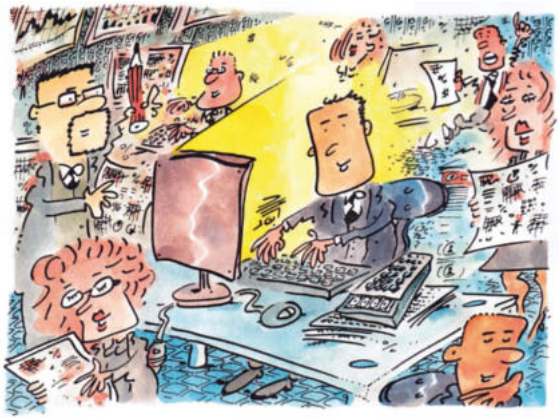
Alter: 74 Jahre
Beruf: Pensionierter Schreiner
Hobbys: Wandern, Jassen

Früher wurden die Grosseltern ganz selbstverständlich in der Familie gepflegt. Heute sind viele Seniorinnen und Senioren auf die familienexterne Pflege und Betreuung angewiesen. Diesem Umstand wird in der Krankenpflegeversicherung zwar genügend Rechnung getragen, doch kann eine Betreuung in den eigenen vier Wänden sehr teuer werden. Gut informiert zu sein ist deshalb wichtig.

Samira Santi

Alter: 17 Jahre
Beruf: Auzubildende Floristin
Hobbys: Kollegen, Rock, Punk, Tiere

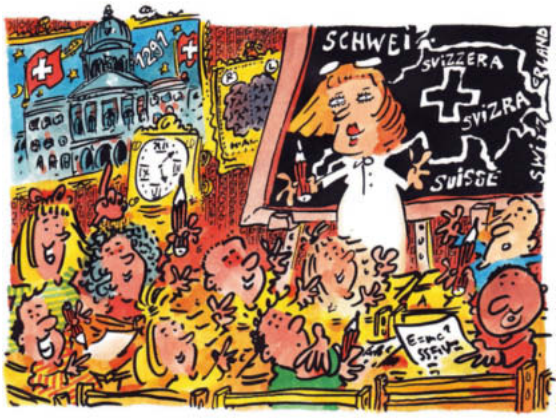
Demnächst werde ich mich selbstständig um meine Krankenversicherung kümmern müssen. Viele junge Erwachsene gehen nach der Ausbildung ins Ausland und sind darauf angewiesen, dass sie auch in anderen Ländern einen genügenden Schutz geniessen, den sie sich leisten können.



Peter Santi

Alter: 42 Jahre
Beruf: Bankangestellter
Hobbys: Biken, Krafttraining

Die Krankenkassenprämien können das Familienbudget stark belasten. Es ist wirklich vorteilhaft, dass ich in der Grundversicherung, wo Anspruch auf identische Leistungen besteht, trotzdem aus verschiedenen Anbietern einen günstigen auswählen kann und somit ein gewisser Wettbewerb besteht. Dank der Wahl eines alternativen Versicherungsmodells kann ich eigenverantwortlich zusätzlich Kosten vermeiden.



Michela Santi

Alter: 40 Jahre
Beruf: Lehrerin
Hobbys: Lesen, Musik, Yoga

Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft führen dazu, dass Frauen einen höheren Bedarf an Vorsorgeleistungen haben. Das Solidaritätsprinzip in der Krankenpflegeversicherung stellt sicher, dass wir Frauen dies nicht allein bezahlen.

Yanik Santi

Alter: 8 Jahre
Beruf: Schüler
Hobbys: Kickboard, Games, Smartphone

Im Moment mache ich mir noch keine Gedanken über die Krankenversicherung. Ich bin froh, wenn mich der Arzt bei hohem Fieber wieder gesund macht. Aber nicht zu schnell, denn wenn ich krank bin, kann ich den ganzen Tag gamen.

Elisabeth Santi

Alter: 80 Jahre
Beruf: Grosstante von Yanik und Samira
Hobbys: Kartenspiele, Kreuzfahrten, Psychologie

Zu meiner Blütezeit – die lag leider vor der Einführung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung im Jahr 1996 – musste man sich nicht versichern. Das konnte schwere finanzielle Folgen für eine unversicherte Person haben, falls sie krank wurde. Das jetzige System ist demgegenüber besser und solidarischer. So zahlen zum Beispiel Gesunde für Kranke und Junge für Alte.

Kater Santi

Alter: 5 Jahre
Beruf: Hauskatze
Hobbys: Mäuse jagen, dösen und schlafen

«Meine sieben Leben sind mir Versicherung genug». (Es gibt zwar Krankenversicherer, die in der Zusatzversicherung auch Leistungen für Tiere versichern. Doch handelt es sich dabei um keine obligatorischen Leistungen aus der Grundversicherung.)

Wie gut soll ich mich versichern?

Sepp Santi

Wie gut soll ich mich versichern? Mir ist für meine Hüftgelenkoperation ein Spital ausserhalb meines Wohnkantons empfohlen worden. Wird mir die Grundversicherung alle Kosten decken?

In der Schweiz herrscht seit dem 1. Januar 2012 die freie Spitalwahl. Patienten können grundsätzlich jedes Spital schweizweit wählen, das auf einer kantonalen Spitalliste aufgeführt ist. Die Krankenversicherer und der Wohnkanton des Patienten teilen sich die Kosten für einen Spitalaufenthalt auf. Allerdings bezahlen sie nur denjenigen Betrag an die Kosten, den die Behandlung im Wohnkanton des Patienten kosten würde. Die Differenz deckt entweder die Zusatzversicherung oder der Patient. Dies gilt, sofern der Eingriff auch ohne Weiteres in einem Spital des Wohnkantons durchgeführt werden könnte. Ist der Eingriff nur ausserhalb des Wohnkantons möglich oder handelt es sich um einen Notfall, bezahlen Wohnkanton und Versicherung alles. Mit der Zusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» können finanzielle Risiken aus allfälligen Deckungslücken vermieden werden.

Claudine Santi-Favre

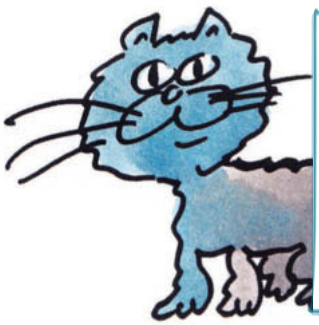
Ich bin «Spital Privat» versichert. Was bietet mir diese Zusatzversicherung?

In der Grundversicherung wird nur der Aufenthalt im Mehrbettzimmer allgemein bezahlt. Mit der Zusatzversicherung «Spital private Abteilung» hat Claudine Santi Anspruch auf ein Einzelzimmer und die Behandlung durch den Chefarzt oder einen Arzt ihrer Wahl.

Peter Santi

Der Schulzahnarzt hat bei Yanik festgestellt, dass die Kieferstellung korrigiert werden muss. Wir erhielten einen Kostenvoranschlag über 12 100 Franken. Zahlt die Krankenversicherung mindestens einen Teil an die Kosten?

Die zahnärztliche Behandlung ist grundsätzlich keine Pflichtleistung. Ausnahmen gelten nur für schwere, nicht vermeidbare Kausystemerkrankungen. Die Behandlungskosten werden von der Grundversicherung nur soweit übernommen, wie es der Krankheitswert des Leidens erfordert. Die Kosten für Zahnbehandlungen können über eine Zusatzversicherung gedeckt werden.



Gut zu wissen

Unter Solidaritätsprinzip versteht man:

- Ein Mensch ist nicht auf sich allein gestellt.
- Die Solidargemeinschaft hilft sich gegenseitig.
- Solidarität besteht zwischen Jung und Alt, Kranken und Gesunden, Mann und Frau.
- Solidarität besteht auch zwischen Ärmeren und Reicheren.
- Die Grundversicherung ist solidarisch.

Wie gut soll ich mich versichern?

Michela Santi

Ich gehe regelmässig zur Frauenärztin und sie hat mir als Vorsorgemassnahme eine Mammografie (Röntgenuntersuchung der Brust) vorgeschlagen. Werden alle Vorsorgeuntersuchungen von der Grundversicherung bezahlt?

Unter bestimmten Voraussetzungen (Häufung von Brustkrebs in der Familie, Alter) übernimmt die Grundversicherung alle zwei Jahre die Kosten einer Mammografie. Gewisse Kantone zahlen die Mammografie auch ohne Vorbelastung ab einem gewissen Alter der Frau. Welche Vorsorgeuntersuchungen von der Grundversicherung übernommen werden, ist im Gesetz abschliessend geregelt. Im Rahmen von Zusatzversicherungen vergüten Krankenversicherer noch weitere Vorsorgeuntersuchungen.

Samira Santi

Nach dem Lehrabschluss möchte ich im Ausland Sprachen lernen. Bin ich mit der Grundversicherung ausreichend versichert?

Bei einem Krankheitsfall im Ausland zahlt die Grundversicherung die Arzt- und Spitalkosten für Notfall-Behandlungen zu den in der Schweiz geltenden Tarifen. In Ländern ausserhalb der EU – darunter die USA und Japan – genügt der Versicherungsschutz möglicherweise nicht und die nicht gedeckten Kosten müssen vom Versicherten übernommen werden. Eine Reise-Zusatzversicherung schliesst diese Lücke.

Elisabeth Santi

Dass der Captain mein Dinner bezahlen wird, ist ja wohl klar. Wer bezahlt den Rest der Kreuzfahrt?

Die Grundversicherung zahlt einen Teil an die Pflegeleistungen – beispielsweise durch die Spitex – wenn sie vom Hausarzt oder einweisenden Arzt verordnet wurden. Dabei werden Handlungen bezahlt, die der Pflege dienen, also etwa eine Wunde reinigen und neu verbinden. Diese Pflegeleistungen müssen in der Schweiz durch gesetzlich anerkannte Leistungserbringer erbracht werden. Die Grundversicherung zahlt also nichts an diese Kreuzfahrt. Die Frage stellt sich, wie viel Elisabeth Santi an Land für Haushaltversorgung, Essdienst und Gesellschafterin privat bezahlt. Da kann eine Kreuzfahrt durchaus günstiger kommen.

Wer in der Schweiz wohnt, muss bei einem Krankenversicherer grundversichert sein. Die Wahl des Krankenversicherers ist frei. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) gewährt allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht und Wohnort Leistungen im Falle von Krankheit, Unfall (sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt) und Mutterschaft. Zusatzversicherungen ergänzen die Grundleistungen entsprechend den Bedürfnissen der Kunden.

Grundversicherung

Die Grundversicherung gewährleistet eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung für alle. Diese Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch. Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für ambulante Behandlungen beim Hausarzt oder im Spital sowie ihren Anteil für Behandlungen im Spital stationär (ab 2017 sind dies 45 Prozent).

Die Leistungen der Grundversicherung sind durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und seine Verordnungen genau festgelegt. Die Leistungen der Krankenversicherer sind identisch. Bestehen Zweifel, ob die Grundversicherung für eine Leistung aufkommt, beispielsweise für eine bestimmte Therapie für seltene Krankheiten, ist mit dem behandelnden Arzt und dem Krankenversicherer rechtzeitig die Kostenübernahme abzuklären.

Die Grundversicherung deckt die Kosten für Krankheit und Mutterschaft sowie Unfall, sofern kein anderer Versicherer dafür aufkommt. Die Leistungen werden in der Regel im Wohnkanton oder allenfalls am Arbeitsort erbracht, falls dies möglich ist oder nicht anders gewünscht wird.

Auch notfallmässige Behandlungen im Ausland sind versichert, so lange eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist. Dank der bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU erhalten Versicherte bei einem Aufenthalt in einem EU-Land (z. B. Ferienreise) die gleiche medizinisch notwendige Behandlung wie die Bewohner dieses Landes.

Zusatzversicherungen sind freiwillig und können von den Versicherten nach ihren Bedürfnissen individuell ausgewählt werden. Im Unterschied zur Grundversicherung muss der Versicherer nicht alle Interessierten aufnehmen. Er kann Antragsteller zurückweisen oder Vorbehalte anbringen. Häufig gewählte Zusatzversicherungen sind: halbprivate oder private Spitalabteilung, Zahnbehandlung, Taggeldversicherungen, alternative ambulante Behandlungen und auch die allgemeine Spitalabteilung in der ganzen Schweiz ist für Versicherte aus Kantonen mit tiefen Tarifen nach wie vor nützlich.

Die Zusatzversicherungen unterscheiden sich von Krankenversicherer zu Krankenversicherer

- Die Leistungen sind verschieden.
- Die Prämien dafür sind verschieden (abgestuft nach Alter, Geschlecht und Region).
- Die Versicherer dürfen Vorbehalte anbringen und Ausschlüsse vornehmen.
- Es herrscht uneingeschränkte Wahlfreiheit, wie dies in der Grundversicherung der Fall ist. Versicherer und Versicherte können im Schadenfall die beanspruchte Zusatzversicherung kündigen (vgl. die allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB). Die meisten Versicherer verzichten jedoch auf dieses Recht.

«Spital allgemeine Abteilung ganze Schweiz»
Sie deckt die fehlenden Kosten, die entstehen, wenn ein Patient ein Spital in einem Kanton wählt, der höhere Tarife als der Wohnkanton aufweist. Denn Kanton und Krankenversicherer bezahlen den Teil an die Behandlungen, den sie im Wohnkanton des Patienten übernehmen müssten. Nur wenn es sich um einen Notfall oder eine Behandlung handelt, die nicht im Wohnkanton ausgeführt werden kann, übernehmen Kanton und Versicherer die Differenz. Immer gilt, dass das gewählte Spital auf der Spitalliste des Kantons aufgeführt sein muss. Durch die Zusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» kann der Versicherte allfällige Deckungslücken vermeiden.

Zusatzversicherungen für ambulante Behandlung

- Nichtärztliche Therapeutinnen und Therapeuten
- Schutzimpfungen
- Brillen und Kontaktlinsen
- Zahnstellungskorrekturen bei Kindern
- Alternativmedizin usw.

Gut zu wissen

- Versicherte können ihr Spital (Allgemeine Abteilung) schweizweit frei wählen.
- Das Spital muss sich auf einer Spitalliste des Kantons befinden.
- Die Zusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» deckt allfällige Lücken ab.

Zusatzversicherungen für ambulante Behandlung sind allen zu empfehlen, die das gesamte Spektrum der Alternativmedizin in Anspruch nehmen wollen.

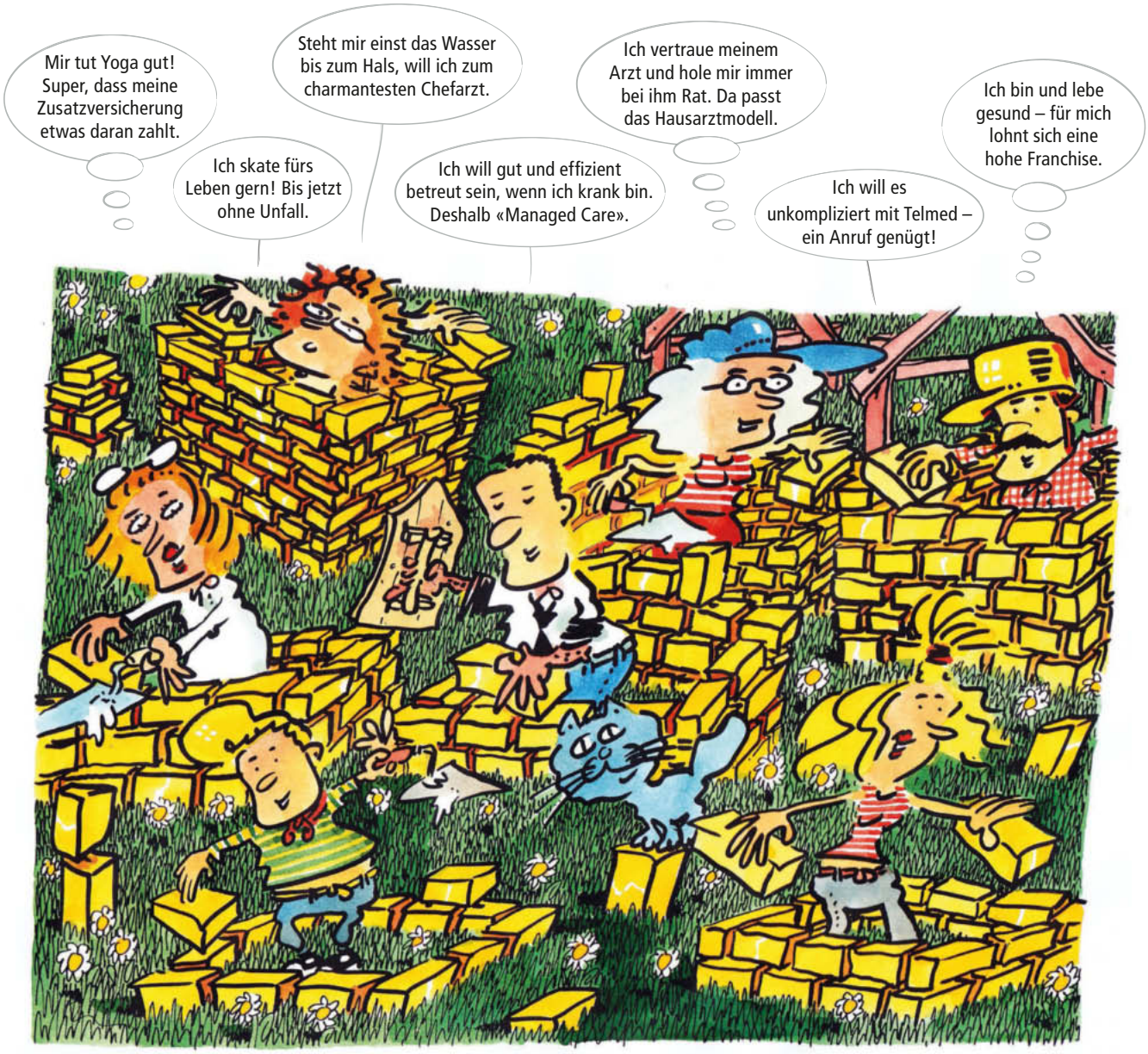
«Spital private Abteilung»
Damit werden versicherte Personen im Spital ihrer Wahl in einem Einzelzimmer untergebracht. Hier ist in der Regel der Chefarzt oder die Chefärztin bzw. der Arzt ihrer Wahl für die Behandlung zuständig.

«Spital halbprivate Abteilung»
Mit dieser Versicherung können Versicherte ihren Aufenthalt im Spital in einem Zweibettzimmer verbringen. Auch hier ist der Chefarzt oder die Chefärztin für ihre Behandlung zuständig. In Belegarzt-Spitälern garantiert die Spital-Zusatzversicherung den Patienten, dass sie den Arzt frei wählen können, der sie behandelt.

Weitere Zusatzversicherungen

Reisezusatzversicherung
Sie ist vor allem bei Reisen in Länder mit hohen Gesundheitspreisen und Transportkosten (z. B. USA) sinnvoll. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.

Taggeldversicherung
Sie ist sinnvoll, wenn Versicherte im Krankheitsfall ihren Lohn nur während beschränkter Zeit ausbezahlt bekommen. Klären Sie dies bei jedem Stellenwechsel bei Ihrem Arbeitgeber ab.



Welche ambulanten Behandlungen werden von der Grundversicherung übernommen?

- Ärzte (primär schulmedizinische Leistungen)
- Chiropraktoren
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von Ärzten Leistungen erbringen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Spitex-Personal usw.)
- Ärztlich verordnete Analysen (z. B. Laboruntersuchungen)
- Behandlung und zeitlich unbegrenzter Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals, das sich auf einer kantonalen Liste befindet
- Pflege zu Hause (Spitex) oder im Pflegeheim
- Vom Arzt verordnete Medikamente
- Zahnbehandlungen, die wegen schwerer Krankheit nötig sind
- Beitrag an ärztlich verordnete Badekuren
- Beitrag an medizinisch notwendige Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten
- Unfälle: Gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt
- Bei Mutterschaft werden Kontrolluntersuchungen, Entbindung usw. bezahlt

Welchen Krankenversicherer soll ich wählen?

Claudine Santi-Favre

Ich habe Grund- und Zusatzversicherung beim gleichen Krankenversicherer. Nun möchte ich die Grundversicherung bei einem anderen Versicherer.

Es ist möglich, Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Anbietern zu wählen. Bei einem Wechsel der Grundversicherung darf der neue Krankenversicherer keine Vorbehalte anbringen oder Bedingungen stellen. Sie werden ohne Wenn und Aber aufgenommen. Bei einem Wechsel der Zusatzversicherung muss Claudine Santi Fragen zum Gesundheitszustand beantworten. Die Leistungen der Zusatzversicherungen können eingeschränkt oder die Aufnahme verweigert werden. Auch das Alter kann bei Zusatzversicherungen ein Ablehnungsgrund sein.

Sepp Santi

Soviel ich weiss, sind die Leistungen bei allen Krankenversicherern gleich, also spielt es keine Rolle, wo ich versichert bin.

Für die Wahl eines bestimmten Anbieters ist die Prämienhöhe meistens nicht das einzige Kriterium. Die freie Wahl des Krankenversicherers fördert die Servicequalität und spornt zur kostengünstigen Abwicklung an. Unterschiede bestehen auch bei besonderen Angeboten im Rahmen der Grundversicherung, zum Beispiel bei den sogenannten Managed Care-Modellen.

Michela Santi

Ich habe gelesen, dass Migräne mit Akupunktur gelindert werde. Übernimmt meine Krankenversicherung die Kosten dafür?

Unter Komplementärmedizin versteht man alte und neue alternative medizinische Methoden, die sich dem ganzen Menschen widmen, nicht bloss körperlichen Symptomen. Akupunktur wird von der Krankenversicherung übernommen. Einige andere Methoden werden ebenfalls übernommen. Ausserdem werden zahlreiche komplementärmedizinische Arzneimittel von der Grundversicherung bezahlt. Die Zusatzversicherung deckt die Kosten weiterer komplementärmedizinischer Behandlungen.

Elisabeth Santi

Ich bin viel unterwegs in der Schweiz oder im Ausland – etwa auf Kreuzfahrten. Welche Krankenversicherung garantiert mir, dass ich mich unkompliziert informieren kann, wenn ich das Gefühl habe, dass etwas nicht stimmt?

Das hängt weniger von einer bestimmten Krankenversicherung ab, als von den Modellen, die eine Versicherung anbietet. Bei telemedizinischen Modellen etwa wird via Telefon abgeklärt, was der Versicherte als nächstes unternehmen kann. Bei Hausarztmodellen meldet sich der Versicherte zuerst bei seinem ausgewählten Arzt. Unabhängig davon gibt Ihnen Ihre Versicherung jederzeit Auskunft. Für Anrufe aus dem Ausland haben die Versicherer häufig spezielle Dienstleistungsnummern. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Versicherung.

Samira Santi

Wenn ich auf eigenen Beinen stehen will, muss ich aufs Budget achten. Wo gibt es für mich die günstigste Krankenversicherungsprämie?

Samira kann aufgrund der verschiedenen Angebote denjenigen Krankenversicherer auswählen, der ihren Bedürfnissen entspricht. Die Wahlfreiheit ist in der Grundversicherung garantiert. Der Wechsel der Versicherung ist an bestimmte Termine und Kündigungsfristen gebunden.

Peter Santi

Ich habe gehört, dass es einige sehr kleine und kostengünstige Krankenversicherer gibt. Kommen diese für uns auch in Frage?

Die Mehrheit der Krankenversicherer ist in der ganzen Schweiz tätig. Einige Krankenversicherer nehmen nur Versicherte auf, die in bestimmten Kantonen oder Regionen wohnen.

Welchen Krankenversicherer soll ich wählen?

Die Leistungen der Grundversicherung sind gesetzlich vorgeschrieben und bei allen Anbietern gleich gut. Unterschiedlich sind die zu bezahlenden Prämien. Sie hängen primär von den jeweiligen Kosten ab, die der Krankenversicherer für die Versicherten übernimmt. Mit der Wahl von Hausarzt-, HMO- oder anderen Modellen und der Franchise kann der Versicherte die Prämien senken. Wer mindestens 18 Jahre alt ist, darf einen Vertrag mit einer Krankenversicherung abschliessen.

Für Preisvergleiche können der offizielle Prämienrechner des Bundesamtes für Gesundheit (www.priminfo.ch) oder die Vergleichsangebote von Privatunternehmen genutzt werden. Auch der Branchenverband santésuisse bietet jeweils nach Bekanntgabe der Prämien im Herbst einen Franchisenrechner an (www.monsieur-sante.ch/de/franchisenrechner). Informationen liefern auch Konsumentinnenschutz- und andere Organisationen.

Braucht es in der Grundversicherung überhaupt verschiedene Anbieter für identische Leistungen von Krankenversicherern?

Das Krankenversicherungsgesetz sieht den Wettbewerb unter mehreren Anbietern vor. Der Wettbewerb unter den Anbietern schafft Anreize für innovative Lösungen, die den Versicherten zugute kommen. Die Versicherten profitieren von der garantierten Wahlfreiheit. Der Konkurrenzdruck unter den Krankenversicherern fördert die Qualität der Dienstleistungen und führt zu einer effizienteren und kostengünstigeren Abwicklung. Wenn am Ende des Geschäftsjahres ein Überschuss aus den Prämieneinnahmen nach Abzug der bezahlten Leistungen und nach Abzug der Verwaltungskosten resultiert, werden die Prämien für das Folgejahr angepasst. Da die Krankenversicherer von Gesetzes wegen keinen Gewinn erzielen dürfen, kommen Überschüsse dadurch den Versicherten in vollem Umfang zu Gute.

Zusatzversicherungen

Die Angebote der Krankenversicherer unterscheiden sich in den Leistungen, beim Preis und im Service. Diese unterstehen wie andere Privatversicherungen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Krankenversicherer sind frei in der Ausgestaltung der Leistungen und es können Vorbehalte ausgesprochen oder die Aufnahme ganz verweigert werden.

Sowohl für Grund- und Zusatzversicherungen gilt, dass die Prämienhöhe nicht das einzige Kriterium für die Wahl des Versicherers sein kann. Auch ein guter Service kann ein Grund dafür sein, dass man einem – vielleicht sogar etwas teureren – Krankenversicherer den Vorzug gibt.

Kündigung bei Wechsel des Versicherers

Besteht die Absicht, den Versicherer zu wechseln, sind die Kündigungstermine und -fristen zu beachten. Die Fristen der Grundversicherung erlauben grundsätzlich eine Kündigung auf Ende Juni oder Ende Dezember mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten. Dies gilt nur für Versicherte mit einer Franchise von 300 Franken (Kinder: 0 Franken) und einer Standard-Grundversicherung (nicht für alternative Modelle wie z. B. HMO oder Telmed). Für alle übrigen Varianten gilt im Prinzip die dreimonatige Kündigungsfrist auf Ende Jahr.

Wegen der jährlichen Bekanntgabe der neuen Prämien können Versicherte allerdings stets jedes Jahr bis 30. November auf den 31. Dezember ihre Versicherung kündigen und wechseln. Das gilt für alle Modelle und Franchisen und auch, wenn sich die Prämien nicht erhöhen oder sogar sinken.

Ausnahme: Will man die Franchise erhöhen und bei seinem Krankenversicherer bleiben, kann man ihm bis am 31. Dezember die neue Franchise für das kommende Jahr mitteilen.

Kündigung bei Mitteilung der neuen Prämien

Der Versicherer teilt den Versicherten in der Regel im Oktober die neue Prämie für das nächste Jahr mit. In diesem Fall gilt eine verkürzte Kündigungsfrist von einem Monat, unabhängig davon, ob die Prämie steigt, sinkt oder gleich bleibt. Die Kündigung erfolgt auf den 31. Dezember. Das Kündigungsschreiben muss am 30. November beim Versicherer eingetroffen sein (am besten eingeschrieben). Internet-Vergleichsdienste, das Bundesamt für Gesundheit und santésuisse bieten vorbereitete Kündigungsschreiben an.

Gut zu wissen

Es gilt die volle Wahlfreiheit:

- Jeder gesamtschweizerisch tätige Krankenversicherer ist verpflichtet, eine in der Schweiz wohnhafte Person in die Grundversicherung aufzunehmen.
- Gesundheitliche Vorbehalte zur Einschränkung oder Verweigerung von Leistungen dürfen in der Grundversicherung keine angebracht werden.

Warum sind die Prämien in der Grundversicherung nicht für alle gleich?

Die Höhe der Prämie hängt ab vom Wohnkanton, vom Versicherer und davon, ob die Versicherten bereits das 18. oder 25. Lebensjahr haben feiern können. Innerhalb eines Kantons sind je nach Kantonsgrösse mehrere Prämienregionen mit unterschiedlichen Prämien möglich.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der neue Versicherer dem früheren mitgeteilt hat, dass er die Person versichern will. Der Versicherungsschutz bleibt in jedem Fall erhalten.

Bei einem Wechsel der Grundversicherung können die Zusatzversicherungen beim bisherigen Krankenversicherer behalten werden. Der Abschluss der Grundversicherung darf nicht von einer Zusatzversicherung abhängig gemacht werden. Die Kündigungsfristen sind bei den Zusatzversicherungen unterschiedlich.

Massgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Der Krankenversicherer muss die Prämienerhöhung mindestens zwei Monate im Voraus ankündigen. Erfolgt diese Mitteilung verspätet, verschiebt sich die Prämienerhöhung entsprechend. Beispiel: Mitteilung im November = Prämienerhöhung erst ab 1. Februar.

Wie senke ich meine Prämie?

Peter Santi

Die monatlichen Prämien für meine Familie gehen ganz schön ins Geld. Ich will, dass wir gut und günstig versichert sind.

Mit 95 Prozent den Prämien bezahlen die Krankenversicherer die von den Leistungserbringern (Spitälern, Ärzten, Physiotherapeuten, Apothekern für Medikamente usw.) geschriebenen Rechnungen; mit dem Rest werden die Verwaltungskosten der Krankenversicherer von fünf Prozent gedeckt. Jeder Versicherte und jede Versicherte kann die eigene Prämie direkt durch eine höhere freiwillige Franchise oder den Anschluss an ein spezielles Versicherungsmodell wie Hausarztmodell, Managed Care, Telmed und weitere senken.

Michela Santi

Ich werde demnächst wieder Teilzeit arbeiten. Hat das einen Einfluss auf meine Krankenversicherungsprämie?

Wer mehr als acht Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeitet, ist gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Deshalb empfiehlt es sich, Unfälle bei der Krankenversicherung auszuschliessen.
Die Prämie reduziert sich dadurch um maximal sieben Prozent. Wird die Anstellung wieder aufgegeben, muss der Unfallschutz wieder in Kraft gesetzt werden.

Sepp Santi

Mein Hausarzt kennt mich am besten und ich bin noch nie bei einem anderen gewesen. Kann ich davon finanziell profitieren?

Sofern der Arzt über ein sogenanntes Hausarztmodell mit dem Krankenversicherer verbunden ist und der Versicherte dieses Modell wählt, sinkt die Prämie. Im Gegenzug verpflichtet sich die versicherte Person, für eine ärztliche Behandlung zuerst immer den Hausarzt aufzusuchen.

Samira Santi

Kann ich auch Mitte Jahr die Franchisenhöhe ändern? Finanziell würde das bis Ende Jahr noch eine schöne Einsparung ergeben.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist jeweils auf Ende eines Jahres möglich. Bis zum 30. November muss die gewünschte tiefere Franchise dem Krankenversicherer schriftlich mitgeteilt werden (Eintreffen des Briefs beim Versicherer). Die Wahl einer höheren Franchise kann jeweils nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen. Bis spätestens 31. Dezember (Feiertage beachten) muss die gewünschte höhere Franchise dem Krankenversicherer schriftlich mitgeteilt werden.

Claudine Santi-Favre

Kann ich in meinem Alter meine Zusatzversicherungen noch zu einem anderen Krankenversicherer verlegen?

Für die Zusatzversicherungen sind die Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes VVG massgebend. Durch die darin gegebene Vertragsfreiheit kann ein Krankenversicherer den Abschluss einer Zusatzversicherung von einer Gesundheitsüberprüfung abhängig machen, Vorbehalte anbringen oder den Abschluss ablehnen. Bei einigen Zusatzversicherungen muss deshalb auch damit gerechnet werden, dass ab einem bestimmten Alter kein Abschluss mehr möglich ist.

Elisabeth Santi

Ich habe gehört, dass alle Ü-50-iger, die am Morgen ohne Schmerzen aufstehen, tot sind. Was passiert mit den Prämien, wenn eine Person stirbt?

Zuerst einmal sind Sie ja das beste Gegenbeispiel Ihres Spruches, Frau Santi! Oder sind Sie in den vergangenen 30 Jahren noch nie schmerzfrei aufgestanden? Zurück zum ernsten Thema: Stirbt eine Person, erlischt die Pflicht, Prämien zu zahlen am Ende des Monats, in den der Todestag fällt. Dafür muss der Todesfall mit beigelegtem Totenschein dem Versicherer gemeldet werden.

Wie senke ich meine Prämie?

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist auf einem qualitativ hohen Stand. Das hohe Niveau hat aber auch seinen Preis. Als Folge davon kann die Krankenversicherungsprämie gerade bei tiefen Einkommen das private Budget erheblich belasten. Es liegt im Interesse aller Versicherten und Steuerzahler, dass die Kosten in der Grundversorgung im Griff behalten werden können.

Die Versicherten können einerseits durch ihr persönliches Verhalten einen Beitrag zur Kostensenkung leisten.

Das kann in Form von Zurückhaltung bei Arztbesuchen geschehen. Eine gesunde Lebensweise mit ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung fördert das eigene Wohlbefinden und verringert die Anfälligkeit für Wohlstandskrankheiten.

Direkt spürbar im Portemonnaie sind persönliche Entscheide, welche die eigene Prämie senken können. Möglich ist dies durch:

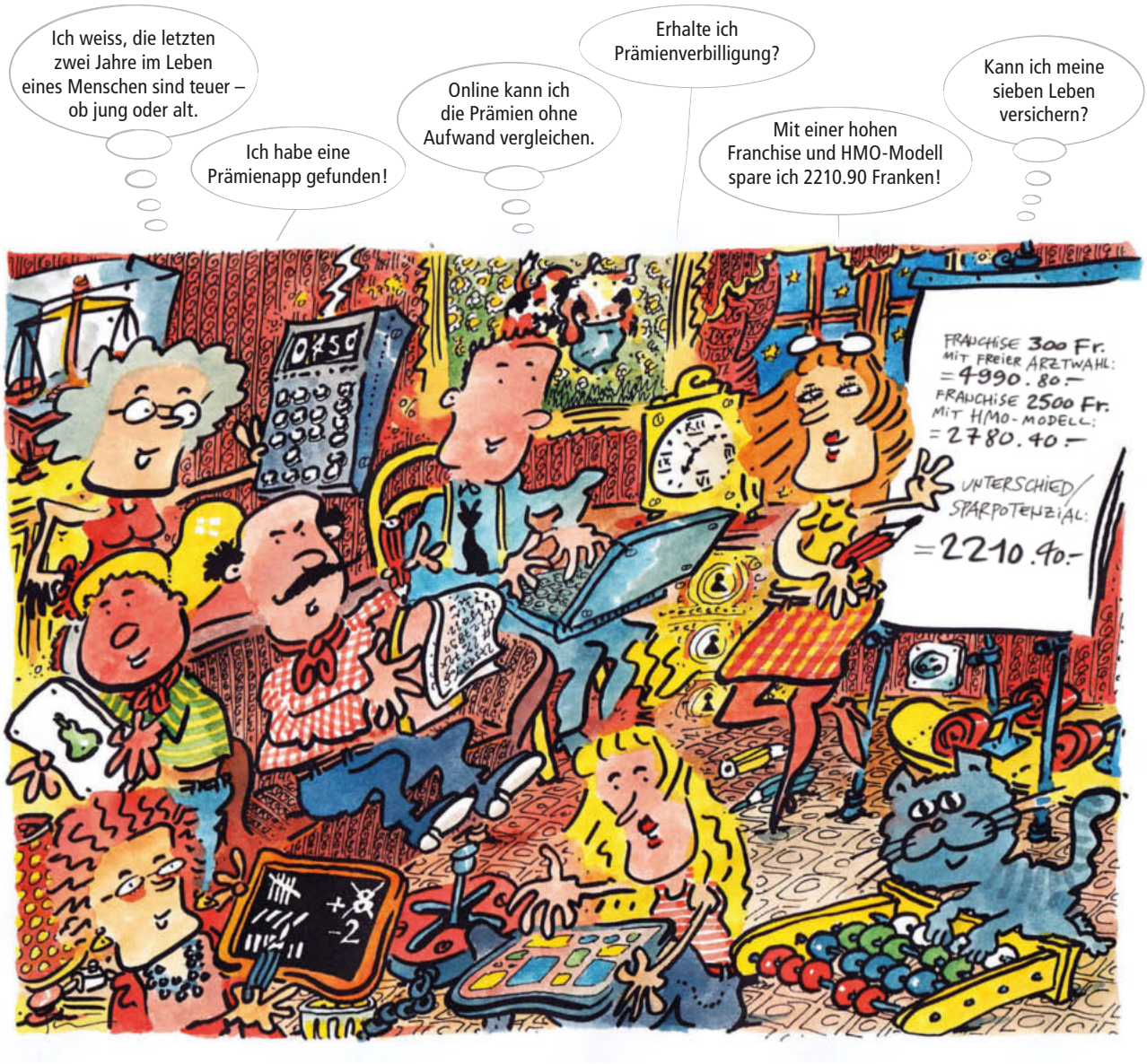
- Wahl eines speziellen Arztmodelles (sogenannte Managed Care-Modelle, z. B. Hausarztmodell, HMO-Modell)
- Erhöhung der Franchise
- Kündigung von Zusatzversicherungen
- Sistierung der Versicherung (z. B. Militärdienst über 60 Tage oder Verzicht auf Unfalldeckung sofern vom Arbeitgeber bereits versichert)
- Verpflichtung zum Einholen einer Zweitmeinung («Second Opinion»)
- Wechsel des Krankenversicherers
- Beantragen einer Prämienverbilligung (nicht in allen Kantonen nötig).

Ist die Höhe der Krankenversicherungsprämie angemessen?

Die Krankenversicherungsprämie wird als sogenannte Kopfprämie erhoben. Das heisst, dass die Prämienhöhe nicht vom persönlichen Einkommen abhängig ist. Der soziale Ausgleich erfolgt bei den tiefen Einkommen über die Auszahlung von Prämienverbilligungen. Weil rund 40 Prozent der Gesundheitskosten über Steuergelder finanziert werden, leisten Personen mit höherem Einkommen auch einen höheren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Managed Care- und HMO-Modelle

Einige Krankenversicherer arbeiten mit Gesundheitszentren zusammen, in denen fest angestellte Ärzte und Ärztinnen arbeiten. Im Krankheitsfall wird die versicherte Person immer durch dieses Gesundheitszentrum betreut. Der behandelnde Arzt erhält für seine medizinische Betreuung eine monatliche Pauschale. Davon werden alle von ihm selbst oder von externer Stelle erbrachten Leistungen bezahlt. Auch in Notfällen ist immer der HMO-Arzt erste Anlaufstelle. Wenn er nicht erreichbar ist oder der Versicherte sich nicht am Wohn- oder Arbeitsort befindet, ist der nächste Notfallarzt zu kontaktieren. Auch dann ist der Versicherte aber verpflichtet, so bald als möglich Kontakt mit dem HMO-Arzt aufzunehmen. Ähnlich funktionieren Managed Care-Modelle für den Patienten. Der Unterschied liegt in der Finanzierung des Modelles. Versicherer und Ärzte erstellen ein Budget pro Kopf, der Arzt trägt Budgetmitverantwortung (Prämienreduktion bis 20 Prozent).



Hausarzt-Modell
Es handelt sich um einen Zusammenschluss frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte, die mit der Krankenversicherung einen Vertrag abgeschlossen haben. Der Versicherte wählt aus einer Liste seinen persönlichen Hausarzt aus und verpflichtet sich, zuerst immer zu seinem Hausarzt zu gehen. Erst wenn es die Behandlung erfordert, wird an den Spezialisten überwiesen. Wie beim HMO-Modell übernimmt der Arzt die Rolle des Pförtners (Gatekeeper), der verhindert, dass die Patienten zu schnell oder überflüssigerweise bei einem oder mehreren teuren Spezialisten landen (Prämienreduktion bis 20 Prozent).

Telefonische Beratung (Telmed-Modell)
Bei der Wahl des sogenannten Telmed-Modells verpflichtet sich die versicherte Person, vor dem ersten Arztbesuch eine telefonische Beratung einzuholen. Medizinische Fachpersonen nehmen aufgrund der Angaben eine erste Beurteilung vor, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten den Patienten an einen Arzt oder ein Spital weiter (Prämienreduktion bis 20 Prozent).

Weiter gibt es auch Modelle, bei denen sich die versicherte Person verpflichtet, nur von der Krankenversicherung bezeichnete Ärzte oder Spitäler aufzusuchen. Im Unterschied zum Hausarztmodell kann der Arzt von Fall zu Fall gewählt werden.

Erhöhung der Franchise

Die Franchise ist eine jährliche, in der Maximalhöhe festgelegte Kostenbeteiligung des Versicherten. Der Versicherte kann die Franchise freiwillig über die ordentliche Höhe von 300 Franken bis auf maximal 2500 Franken erhöhen. Dafür erhält er eine Reduktion der Prämien.

Bedürfnis für Zusatzversicherung abklären

Mit Zusatzversicherungen können die Versicherten Risiken entsprechend den persönlichen Bedürfnissen abdecken. Informieren Sie sich oder lassen Sie sich beraten, ob und welche Zusatzversicherungen für Sie sinnvoll sind.

Gut zu wissen

Sistierung bei längerem Militärdienst: Wer mindestens 60 aufeinanderfolgende Tage Dienst leistet (Militär-, Zivil-, Rotkreuzdienst, Zivilschutz), kann für diese Zeit die Sistierung der Prämienzahlung verlangen. Dafür braucht der Krankenversicherer eine Kopie des Marschbefehles (Militärdienstleistende) oder des Aufgebotes (Zivildienstleistende). Trifft diese Meldung mindestens acht Wochen vor Dienstbeginn beim Versicherer ein, erhebt dieser für die Dauer der Sistierung keine Prämien. Weitere Informationen erteilen die für den Dienst zuständigen Behörden.

Sistierung der Versicherung

Ausschluss der Unfalldeckung: Wer mehr als acht Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeitet, wird durch diesen gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Der Unfallschutz beim Krankenversicherer kann während der Dauer des Arbeitsverhältnisses sistiert werden. Die Prämie reduziert sich dadurch um fünf bis zehn Prozent. Ist der Versicherte nicht mehr über einen Betrieb gegen Unfall versichert, so ist diese Tatsache dem Krankenversicherer sofort zu melden. Der Unfallschutz tritt dann umgehend in Kraft.

Zweitmeinung (Second Opinion)

Einige Versicherer gewähren ihren Versicherten bei halbprivaten und privaten Zusatzversicherungen einen Rabatt, wenn diese sich verpflichten, vor bestimmten Operationen eine Zweitmeinung beim Vertrauensarzt des Krankenversicherers einzuholen. Auch wenn der zweitbeurteilende Arzt die Empfehlung abgibt, die Operation nicht durchzuführen, kann der Versicherte frei entscheiden, ob er sich operieren lassen will oder nicht.

Es handelt sich dabei um folgende Operationen:

- Mandeloperation
- Bandrekonstruktion an Knie- und Sprunggelenk
- Bandscheibenoperation
- Gelenkspiegelung
- Einsetzen künstlicher Gelenke
- Geplanter Kaiserschnitt
- Halluxoperation
- Entfernung der Gebärmutter
- Entfernung der Prostata
- Entfernung der Gallenblase
- Operation des grauen Stars

Wohin fliesst das Prämiengeld? Die Familie Santi zeigt es:

- Von 100 Franken landen 42 Franken bei Sepp Santi, der die Spitäler (ambulant und stationär) repräsentiert.
- 23 Franken gehen an Michela Santi bzw. an die Ärzte für Behandlungen.
- 17 Franken werden für Medikamente ausgegeben, die wir bei Ärzten oder Apotheken beziehen. Peter Santi stemmt diese Tranche in die Höhe.
- 10 Franken erhält Elisabeth Santi stellvertretend für Spitex und Pflegeheime.
- 3 Franken von Yanik bleiben für Übriges wie Labor und Hilfsmittel und
- nur 5 Franken von Samira werden für die Verwaltungskosten der Krankenversicherer ausgegeben.

- Operation von Krampfadern
- Hornhauttransplantation

Wechsel des Krankenversicherers

(Vgl. dazu die Seite 14.)

Prämienverbilligung

Personen mit bescheidenem Einkommen erhalten vom Kanton Verbilligungsbeiträge. Diese gehen direkt an den Versicherer, der den Betrag von der Prämienrechnung abzieht. Der Versicherte erhält dann eine tiefere Prämienrechnung. Es gibt Kantone und Gemeinden, welche die Verbilligung automatisch gewähren und solche, die dies nur auf Anfrage des Versicherten tun. Erkundigen Sie sich deshalb bei Ihrer Wohngemeinde.

Prämienreduktion für junge Erwachsene

Wenn Versicherte zwischen 18 und 25 Jahre alt sind, erhalten sie im Normalfall bei ihrem Versicherer eine Prämienermässigung. Es lohnt sich nachzufragen.

Zurückhaltung bei Arztbesuchen

Wer nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt rennt, verursacht weniger Kosten und entlastet damit sein Portemonnaie und dasjenige seiner Mitmenschen.

Gesund leben

Wer gesund lebt, ist in der Regel weniger krank und spart Geld. Ausserdem trägt er dazu bei, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz nicht noch mehr ansteigen.

Stimmt die Rechnung?

Samira Santi

Ich verdiene noch nicht viel und hätte es deshalb viel lieber, dass meine Arztrechnungen zur Bezahlung direkt an den Krankenversicherer gehen.

Samira Santi kann ihre Rechnungen auf diese Weise bezahlen lassen, sofern ihre Versicherung mit dem Arzt eine entsprechende Vereinbarung getroffen hat. Die versicherte Person erhält dann jeweils eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.

Peter Santi

In der Grundversicherung geht es um Milliarden. Da werden entsprechend wohl auch die Gewinne bei den Krankenversicherern sprudeln.

Die Krankenversicherer dürfen von Gesetzes wegen keinen Gewinn machen. Allfällige von Jahr zu Jahr erzielte Überschüsse werden für die Versicherten eingesetzt – und für nichts anderes. Positive Abschlüsse dienen der Bildung von Reserven, die als Polster gegen Schwankungen bei den zu bezahlenden Rechnungen wirken. Sie gewährleisten die Zahlungsfähigkeit der Krankenversicherer. Von jedem Prämienfranken werden 95 Rappen für die Bezahlung der medizinischen Leistungen verwendet. Fünf Rappen decken die Kosten der Administration der Krankenversicherer.

Michela Santi

Die Arztrechnungen sind voll von unverständlichen Angaben. Kann ich als Laie die Rechnung trotzdem kontrollieren?

Als Patient kann man auch ohne Fachkenntnisse die Rechnung darauf hin überprüfen, ob die aufgeführten Leistungen korrekt erfasst sind. Unstimmigkeiten können die Patienten dem Krankenversicherer oder dem Rechnungssteller mitteilen. Der Patient kann auch überprüfen, ob er tatsächlich so lange beim Arzt war, wie es auf der Rechnung steht (Konsultationen zusammenzählen). Arztrechnungen werden nach einheitlichen Vorgaben des Einzelleistungstarifs TARMED schweizweit grundsätzlich gleich geschrieben. Zu allen TARMED-Positionen sind Detailangaben öffentlich zugänglich.

Elisabeth Santi

Eine Frau, die mit einem Archäologen verheiratet ist, darf sich glücklich schätzen, denn je älter sie wird, desto interessanter wird sie für ihren Mann. Das ist schön, doch nehmen leider auch Beschwerden zu und damit Arztbesuche. Wie viele Behandlungen und Medikamente darf mir mein Arzt verschreiben?

Die ärztliche Tätigkeit muss wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Anhand von Vergleichswerten innerhalb einer Ärztegruppe überprüfen die Krankenversicherer, ob bei einem Arzt, der höhere Kosten ausweist, allenfalls eine Überarztung der Patienten vorliegt. Auffällige Abweichungen können auch auf Besonderheiten bei den Patienten und speziellen Behandlungen beruhen.

Sepp Santi

Solange ich mich erinnern kann, sind die Prämien immer nur gestiegen. Lässt sich das nicht ändern?

Für die Kostendämpfung muss bei den grossen Kostenblöcken angesetzt werden. Das sind die Arztbehandlungen, die Spitäler, die Medikamente und die Pflege. Eine Rolle spielen schliesslich die Versicherten mit ihren steigenden Ansprüchen. Die Kostenentwicklung wird aber auch beeinflusst durch den wachsenden Anteil älterer Menschen und den medizintechnischen Fortschritt.

Gut zu wissen

Was bedeutet «WZW-Kriterien»? Die ärztliche Tätigkeit muss sich nach dem Grundsatz der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit richten. Das heisst: Eine Behandlung ist dann wirksam, wenn sie Abhilfe bringt oder das Leiden lindert. Zweckmässigkeit: Ist die Behandlung für das vorliegende Leiden die richtige? Physiotherapie bei einem frischen Armbruch ist als Erstmassnahme sicher nicht zweckmässig, ein Gips dagegen schon. Ein wichtiger Punkt ist die Wirtschaftlichkeit. Sie schliesst die beiden anderen Punkte ein: Gibt es zur gewählten Behandlung eine qualitativ ebenbürtige Behandlung, die günstiger ist und dem Patienten den gleichen Nutzen bringt? Ein Beispiel ist hier der Kreuzbandriss: Braucht es eine Operation oder bringt die Physiotherapie die gleichen gewünschten Resultate ohne einen für den Patienten unangenehmen, teuren Eingriff?

Einnahmen und Ausgaben: Stimmt die Rechnung?

In den meisten Fällen schickt der Arzt die Rechnung dem Patienten. Die versicherte Person bezahlt die Rechnung und schickt das Original an den Versicherer, welcher seinerseits die Rechnung kontrolliert und dem Patienten das bereits bezahlte Arzthonorar vergütet.

Diese Zahlweise wird als «Tiers garant» bezeichnet. Geht die Arztrechnung direkt an den Krankenversicherer, erhält die versicherte Person eine Rechnungskopie. Diese Zahlweise wird als «Tiers payant» bezeichnet.

Gleich wie bei anderen Rechnungen empfiehlt es sich, die Arztrechnung zu kontrollieren.

Darauf ist zu achten:
- Stimmt die Anzahl Konsultationen (Kontakte mit dem Arzt)?
- Stimmen die aufgeführten Medikamente in Art und Menge?
- Stimmen die übrigen Punkte (z. B. speziell aufgeführte Behandlungen) aus Sicht des Patienten?

Unstimmigkeiten sind mit Bleistift direkt auf der Rechnung beziehungsweise der Rechnungskopie zu markieren. Die beanstandete Rechnung ist von der versicherten Person an denjenigen Versicherer zu leiten, bei dem sie zum Zeitpunkt der Behandlung versichert war.

Es ist selbstverständlich auch möglich, direkt beim Rechnungssteller zu reklamieren und eine bereinigte Rechnung zu verlangen.

TARMED erleichtert und fördert den elektronischen Datentransfer zwischen den Versicherern und den Ärzten bzw. Spitälern. Dazu gehört auch das standardisierte Rechnungsformular. Vieles auf der Rechnung ist für den Laien unverständlich. Einige Dinge kann er indes kontrollieren:

1–6 **Personalien**: Betrifft die Rechnung überhaupt Sie? Ist sie von Ihrem Arzt ausgestellt?

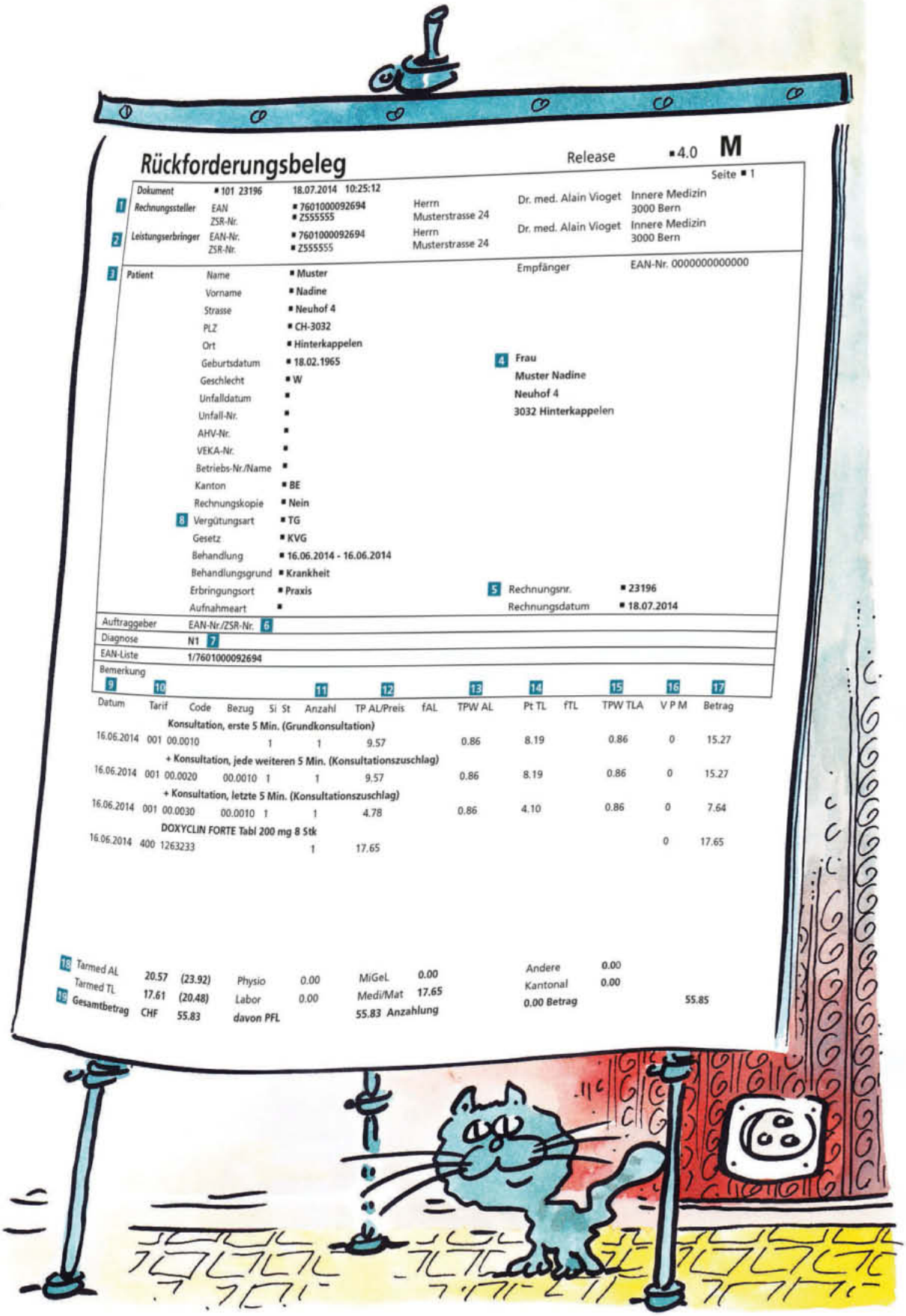
7 **Diagnose**: Die Diagnose ist im sogenannten «Tessiner Code» angegeben. Er setzt sich aus einem Grossbuchstaben und einer Zahl zusammen. «N1» auf der abgebildeten Rechnung steht für allergische Hauterkrankung/Ekzem. Dieses Beispiel zeigt, dass unter Diagnose nur ein sehr breit gefasstes Krankheitsbild angegeben wird.

8 **«TG» steht für Tiers garant** und meint, dass der Versicherte die Rechnung bezahlt und danach dem Krankenversicherer den Rückforderungsbeleg einreicht. «TP» steht für Tiers payant und bedeutet, dass die Rechnung direkt an den Krankenversicherer geht.

9 **Daten der Behandlungen**: Kontrollieren Sie, ob Sie zu den angegebenen Daten wirklich beim Arzt oder bei der Therapeutin waren. Beachten Sie dabei, dass auch telefonische Konsultationen verrechnet werden.

TARMED

TARMED ist der Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital, in der freien Praxis und beim Patienten daheim Gültigkeit hat. Die Abrechnung dieser Leistungen ist in rund 4600 Tarifpositionen geregelt.



Rückforderungsbeleg

Release ▪4.0 **M**

Seite ▪ 1

Dokument	▪ 101 23196	18.07.2014 10:25:12			
1 Rechnungssteller	EAN ZSR-Nr.	▪ 7601000092694 ▪ Z555555	Herrn Musterstrasse 24	Dr. med. Alain Vioget Dr. med. Alain Vioget	Innere Medizin 3000 Bern Innere Medizin 3000 Bern
2 Leistungserbringer	EAN-Nr. ZSR-Nr.	▪ 7601000092694 ▪ Z555555	Herrn Musterstrasse 24		

3 Patient	Name	▪ Muster	Empfänger	EAN-Nr. 0000000000000
	Vorname	▪ Nadine		
	Strasse	▪ Neuhof 4		
	PLZ	▪ CH-3032		
	Ort	▪ Hinterkappelen		
	Geburtsdatum	▪ 18.02.1965	4 Frau	
	Geschlecht	▪ W	Muster Nadine	
	Unfalldatum	▪	Neuhof 4	
	Unfall-Nr.	▪	3032 Hinterkappelen	
	AHV-Nr.	▪		
	VEKA-Nr.	▪		
	Betriebs-Nr./Name	▪		
	Kanton	▪ BE		
	Rechnungskopie	▪ Nein		
	8 Vergütungsart	▪ TG		
	Gesetz	▪ KVG		
	Behandlung	▪ 16.06.2014 - 16.06.2014		
	Behandlungsgrund	▪ Krankheit		
	Erbringungsort	▪ Praxis	5 Rechnungsnr.	▪ 23196
	Aufnahmeart	▪	Rechnungsdatum	▪ 18.07.2014

Auftraggeber	EAN-Nr./ZSR-Nr. 6
Diagnose	N1 7
EAN-Liste	1/7601000092694
Bemerkung 9	

Datum	Tarif	Code	Bezug	Si	St	Anzahl	TP AL/Preis	fAL	TPW AL	Pt TL	fTL	TPW TLA	V P M	Betrag
		10				11	12		13	14		15	16	17
		Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)												
16.06.2014	001	00.0010		1		1	9.57		0.86	8.19		0.86	0	15.27
		+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)												
16.06.2014	001	00.0020	00.0010	1		1	9.57		0.86	8.19		0.86	0	15.27
		+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)												
16.06.2014	001	00.0030	00.0010	1		1	4.78		0.86	4.10		0.86	0	7.64
		DOXYCLIN FORTE Tabl 200 mg 8 Stk												
16.06.2014	400	1263233				1	17.65						0	17.65

18 Tarmed AL	20.57	(23.92)	Physio	0.00	MiGeL	0.00	Andere	0.00	
Tarmed TL	17.61	(20.48)	Labor	0.00	Medi/Mat	17.65	Kantonal	0.00	
19 Gesamtbetrag	CHF	55.83	davon PFL		55.83	Anzahlung	0.00 Betrag		55.85

10 Nummer des angewendeten Tarifs 001 = TARMED, 316 = Analysenliste, 400 = Spezialitätenliste (SL): Die SL enthält alle Medikamente, die von der Grundversicherung bezahlt werden. Daneben gibt es eine Reihe weiterer Tariflisten. Stimmt das Verrechnete? Stimmen bei den Medikamenten (Doxyclin forte, 200mg, 8 Tabletten) die Angaben mit dem überein, was auf der Packung steht (Name, Dosierung, Anzahl Tabletten usw.)? Die Preise der von der Grundversicherung bezahlten Medikamente befinden sich unter www.galinfo.net.

11 Anzahl = Verrechnete Menge pro Tarifposition: Hier steht, wie oft eine Leistung erbracht wurde. Am einfachsten zu überprüfen ist die Zahl der Medikamente. Die Dauer der Konsultation entschlüsseln Sie folgendermassen: «00.0010» steht für die ersten fünf Minuten, «00.0020» für jede weiteren fünf Minuten und «00.0030» für die letzten fünf. Beim Rechnungsbeispiel dauerte die gesamte Konsultation also höchstens 15 Minuten.

12 Taxpunkt der ärztlichen Leistung: Für jede Leistung (Taxpunkt) werden schweizweit gleich viele Taxpunkte verrechnet. Für Konsultationen, erste fünf Minuten, zum Beispiel 9,57 Taxpunkte. Der TARMED (www.santesuisse.ch – Service – TARMED) listet rund 4600 ärztliche Leistungen auf, die je mit einem Taxpunkt bewertet sind, und ist damit wohl weltweit das detaillierteste Inventar des medizinischen Handwerks.

13 Taxpunktwert der ärztlichen Leistung: Der Taxpunktwert (TPW AL) unterscheidet sich im Unterschied zum Taxpunkt von Kanton zu Kanton. Multipliziert man den Taxpunkt (im Beispiel 9,57) mit dem Taxpunktwert (im Beispiel 0,86) erhält man den Preis der zugrunde liegenden ärztlichen Leistung (AL).

14 Taxpunkt der technischen Leistung (TL): Sie vergütet die Infrastruktur (Miete, Strom, Reinigung) und das nichtärztliche Personal (Praxisassistenten). Im Beispiel ist der schweizweit gleich hohe Taxpunkt (TL) 8,19.

15 Taxpunktwert der technischen Leistung (TL): Er muss mit 0,86 gleich hoch sein wie für die AL.

16 Pflichtleistungscode: Wichtig ist hier die Spalte «P». Der Arzt hält hier fest, ob es sich aus seiner Sicht um eine Pflichtleistung handelt oder nicht. Eine 0 an dieser Stelle bedeutet, dass die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) die Kosten übernehmen muss; eine 1 dagegen markiert eine Nicht-Pflichtleistung.

Gut zu wissen

- Die Krankenversicherer sparen durch ihre Rechnungskontrolle jährlich eine Milliarde Franken.
- Dadurch tragen sie aktiv zu tieferen Prämien für die Versicherten bei.

Was muss ich selber bezahlen?

Die versicherte Person muss einen bestimmten Teil der Kosten selber tragen über die sogenannte Franchise und den Selbstbehalt. Ausnahme: Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Franchise
Wurden Leistungen in Anspruch genommen, muss die versicherte Person beispielsweise 300 Franken pro Jahr selber zahlen (ordentliche Franchise). Die Krankenversicherung übernimmt nur den Kostenanteil, der die Franchise übersteigt. Für Kinder wird keine ordentliche Franchise erhoben. Die Franchise kann freiwillig höher gewählt werden – gegen eine entsprechende Prämienermässigung. Erwachsene und junge Erwachsene können eine Franchise von maximal 2500 Franken wählen (weitere Stufen: 500, 1000, 1500, 2000), Kinder von maximal 600 Franken (weitere Stufen: 100, 200, 300, 400, 500).

Selbstbehalt
Wenn die Franchise ausgeschöpft ist, vergütet die Krankenversicherung die über der Franchise liegenden Kosten zu 90 Prozent. Der Patient trägt die verbleibenden 10 Prozent der Abrechnung, allerdings nur bis zum Höchstbeitrag von 700 Franken pro Jahr. Für Kinder liegt die Obergrenze bei 350 Franken. Bei Medikamenten beträgt der Selbstbehalt dann 20 Prozent, wenn ein gleichwertiges, günstigeres Generikum vorhanden wäre, der Patient aber ohne medizinische Notwendigkeit das teurere Originalpräparat wünscht.

Beitrag an den Spitalaufenthalt
Alleinstehende Personen müssen sich mit 15 Franken pro Tag an den Kosten eines Spitalaufenthaltes beteiligen – ungeachtet der Franchise und des Selbstbehalts. Für Leistungen bei Mutterschaft wird kein solcher Beitrag erhoben.

17 **Gesamtbetrag einer einzelnen Leistung (Tarifposition)**: Sie setzt sich zusammen aus: Taxpunkt der ärztlichen Leistung x Taxpunktwert der ärztlichen Leistung plus Taxpunkt der technischen Leistung x Taxpunktwert der technischen Leistung. Im Beispiel also: 9,57 x 0,86 plus 8,19 x 0,86 = 15.27.

18 **Totalbeträge der einzelnen Bereiche wie AL, TL, Medi/Mat oder MiGeL**: Die Abkürzung MiGeL steht für die Liste der Mittel und Gegenstände. Sie enthält vom Blutzuckerstreifen über Beatmungsgeräte, bis hin zu Krücken alles, womit sich der Patient zuhause selbst untersuchen, behandeln oder unterstützen kann. Alles auf der Liste Aufgeführte wird von der Grundversicherung bezahlt.

19 **Gesamttotal der Rechnung**

Das kostet die Grundversicherung

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) sind seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes am 1. Januar 1996 die Kosten von Jahr zu Jahr angestiegen. Das Kostenwachstum betrug im Jahr 2013 pro versicherte Person 4,4 Prozent. Seit 1997 sind die Gesamtkosten von 12,9 auf 27,9 Milliarden Franken gestiegen (Bruttokosten, d.h. die Gesamtkosten ohne Abzug von Franchisen und Selbstbehalten). Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Kostenwachstum von fünf Prozent. Vier Fünftel der Kosten in der Grundversicherung werden durch die Spitäler, die Medikamente und die Ärzte verursacht. Alleine die Spitalkosten ambulant und stationär schlagen 2013 mit rund 11,9 Milliarden Franken zu Buche.

Reserven und Rückstellungen ja – Gewinn nein!

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) ist nicht gewinnorientiert. Wenn die Einnahmen die Ausgaben für die Bezahlung der Leistungen und Verwaltungskosten übertreffen, muss der Überschuss vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, jederzeit ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Dafür bilden sie Reserven, welche eine gesetzliche Mindesthöhe erreichen müssen. Betriebswirtschaftlich betrachtet, sind Reserven Eigenkapital der Versicherer. Einen anderen Charakter haben die Rückstellungen. Sie werden für die Deckung bereits erbrachter, aber noch nicht bezahlter Leistungen gebildet und gehören damit zum Fremdkapital.

Wie bleibe ich gesund?

Peter Santi

Ich sollte wieder mehr Sport machen, aber mir fehlt die Zeit dazu.

Schon mit 30 Minuten aktiver Betätigung pro Tag lässt sich Übergewicht vorbeugen. Treppensteigen oder Arbeiten im Garten genügen bereits als Einstieg.

Claudine Santi-Favre

Wenn ich gesund lebe, sinkt meine Prämie nicht. Warum?

Eine gesundheitsbewusste Lebensweise unterstützt das Wohlbefinden und hilft gegen Stress. Wer weniger häufig krank ist, profitiert persönlich und finanziell davon – er wählt eine höhere Franchise und spart Prämien.

Sepp Santi

Ist es richtig, dass ich mit meiner Krankenversicherungsprämie einen Beitrag an die Gesundheitsprävention zahlen muss?

Die Krankenversicherer betreiben zusammen mit den Kantonen «Gesundheitsförderung Schweiz» zur Verhütung von Krankheiten und zur Förderung der Gesundheit. Jede versicherte Person beteiligt sich über einen Prämienbeitrag an deren Finanzierung.

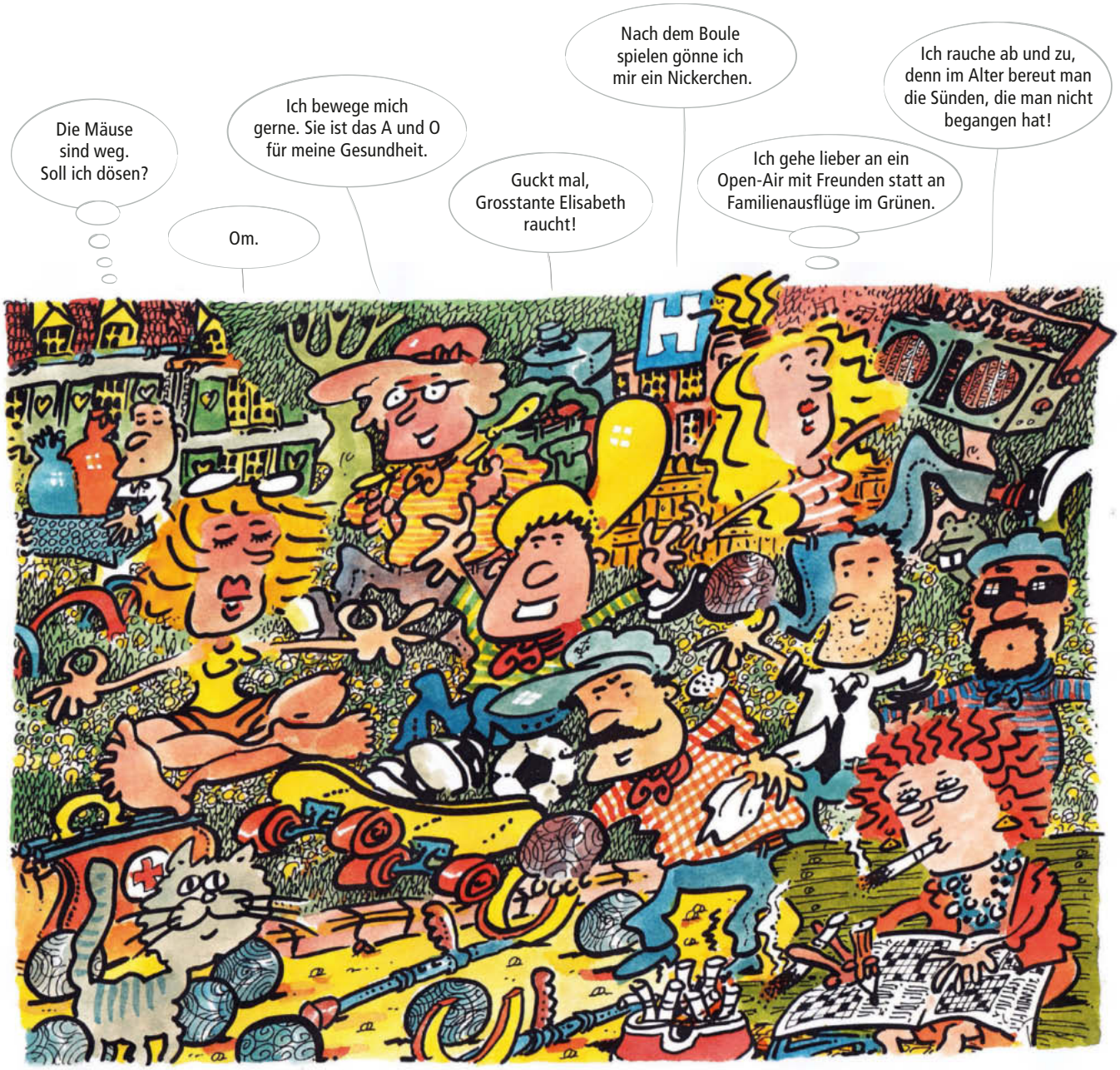
Michela Santi

Zahlt mir der Krankenversicherer einen Beitrag ans Yoga?

Einige Krankenversicherer übernehmen auf freiwilliger Basis einen Teil der Kurskosten aus der Zusatzversicherung.

Elisabeth Santi

Das Alter hat zwei grosse, gesundheitsfördernde Vorteile: Die Zähne tun nicht mehr weh und man hört nicht all das dumme Zeug, das ringsum gesagt wird.



Gut zu wissen

Was ist Gesundheitsförderung Schweiz?

- Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird.
- Sie koordiniert und evaluiert Massnahmen zur Förderung der Gesundheit. Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes.
- Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von Fr. 2.40 an die Gesundheitsförderung Schweiz.
- Jede und jeder leistet damit einen Beitrag für die Gesundheit aller.
- Der Betrag wird von den Krankenversicherern für die Stiftung eingezogen.

Wie bleibe ich gesund?

In unserem Gesundheitswesen ist die Gesundheitsförderung eine Aufgabe, die weitgehend in der persönlichen Verantwortung jedes Einzelnen liegt. Wie regelmässige Umfragen zeigen, steigt aber auch die Unterstützung von Behördenmassnahmen, welche auf ungesundes Verhalten einwirken wollen. Ein Beispiel dafür ist die rasch gestiegene Akzeptanz von Rauchverboten in öffentlichen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln und Restaurants.

Gesundes Körpergewicht

Insgesamt ist unsere Gesellschaft mobiler geworden, doch der Anteil derer, die selber keinen Sport betreiben, liegt über die letzten Jahrzehnte konstant bei einem Viertel. Erfreulich: 1970 trieben noch 22 Prozent mindestens zweimal pro Woche Sport, heute beträgt der Anteil bereits 52 Prozent. Auch Kinder und Jugendliche erhöhten ihre sportliche Aktivität seit 2002. Dies widerspricht der weit verbreiteten Annahme, dass sich die Bevölkerung zunehmend weniger bewege. Übergewicht und Bewegungsmangel werden für die Entstehung zahlreicher Erkrankungen mitverantwortlich gemacht.

Auch ohne Schwitz-Sport können Sie der Gesundheit dienen: Schon 30 Minuten tägliche Bewegung mit Alltagsaktivitäten unterstützen das Erreichen und Halten eines gesunden Körpergewichts. Dazu müssen Sie sich nicht unbedingt ins Sporttenue stürzen. Steigen Sie einfach eine Tram- oder Bushaltestelle früher aus und gehen Sie zu Fuss. Nehmen Sie die Treppe statt den Lift! Und wenn Sie sich lieber in einer Gruppe bewegen, so gibt es sicher in Ihrer Nähe Angebote von Gemeinden oder Sportvereinen für Wasserjogging, Nordic Walking, Lauftreff, und vieles mehr.

Gesund mit Gemüse und Früchten

«5 mal am Tag»: Essen Sie fünfmal am Tag in einer abwechslungsreichen Mischung Früchte und Gemüse nach Lust und Laune. Je farbenfroher, desto besser! Legen Sie zu Hause und am Arbeitsplatz die Früchte in Griffweite bereit. Übrigens: In der Schweiz erreicht unser Trinkwasser aus dem Hahnen in vielen Ortschaften gar Mineralwasserqualität – ein Grund mehr, auf gesüsste Getränke zu verzichten.

Psychische Gesundheit dank Ausgleich

Schaffen Sie einen Ausgleich zu Stressphasen mit sinnvoller Freizeitbeschäftigung und viel Bewegung. Achten Sie auf genügend Schlaf. Pflegen Sie Kontakte zu Ihren Mitmenschen. Anerkennung und Wertschätzung sind wichtige Elemente zur Steigerung der Lebensfreude. Ein Lob oder Kompliment im richtigen Moment kann Wunder wirken. Und: schaffen Sie sich regelmässig Momente der Musse, sei es mit einem Spaziergang oder einer Lektüre.

Adressen im Gesundheitswesen

santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer
Römerstrasse 20, 4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41, mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Schwarzenburgstrasse 165, 3079 Liebefeld
Postadresse: Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern
Tel. +41 58 462 21 11, info@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Bundesamt für Sozialversicherungen
Effingerstrasse 20, 3003 Bern
Tel. +41 58 462 90 11
Postadresse: Bundesamt für Sozialversicherungen,
3003 Bern
www.bsv.admin.ch

RVK – Verband der kleinen und
mittleren Krankenversicherer
Haldenstrasse 25, 6006 Luzern
Tel. +41 41 417 05 00, info@rvk.ch
www.rvk.ch

Gemeinsame Einrichtung KVG
Gibelinstrasse 25, 4503 Solothurn
Tel. +41 32 625 30 30
www.kvg.org

Ombudsman Krankenversicherung
Postfach 3565, 6002 Luzern
Tel. (D) +41 41 226 10 10,
Tel. (F) +41 41 226 10 11
Tel. (I) +41 41 226 10 12
info@om-kv.ch
www.ombudsman-kv.ch

Gesundheitsförderung Schweiz
Dufourstrasse 30, Postfach 311,
3000 Bern 6
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch
www.gesundheitsfoerderung.ch

Herausgeberin
santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer
Abteilung Politik und Kommunikation
Römerstrasse 20, Postfach 1561, 4502 Solothurn
Tel. +41 32 625 41 41, Fax +41 32 625 41 51
redaktion@santesuisse.ch, www.santesuisse.ch
Blog: www.monsieur-sante.ch

Zeichnungen
Pécub, Lausanne

Druck
Ast & Fischer AG, Wabern

2. vollständig überarbeitete Auflage 2015

Bezug der Broschüre

Die Broschüre kann bei santésuisse bezogen
oder heruntergeladen werden: www.santesuisse.ch