

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Arbeitsauftrag	Die LP erläutert das System Krankenversicherung mit Hilfe einer PPT. Die SuS fassen die wichtigsten Informationen in einem Arbeitsblatt zusammen. SuS kontrollieren mit Text (Anhang zum Arbeitsblatt) die Inhalte Lückentext lösen
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • System durchschauen • Zusammenfassen ab Erläuterungen • Selbstkontrolle
Lehrplanbezug	<p>WAH 1.3 Die Schülerinnen und Schüler ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • b können ökonomische, ökologische und soziale Überlegungen in der Güterproduktion bzw. der Bereitstellung von Dienstleistungen aus Sicht des Produzenten bzw. Anbieters beschreiben und Interessens- und Zielkonflikte erklären. <p>WAH 2.1 Die Schülerinnen und Schüler ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • b können am Beispiel der Preisbildung das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage beschreiben. • c können Einflüsse auf die Preisbildung sowie Auswirkungen von Preisveränderungen erklären (z.B. Schwankungen in Produktion und Absatz, Wettbewerb). • d können Einflussmöglichkeiten des Staates auf Märkte an Beispielen erklären (z.B. Steuern, Subventionen, Umweltabgaben). <p>WAH 5.2 Die Schülerinnen und Schüler können soziale, rechtliche und ökonomische Aspekte im Alltag und im Zusammenleben recherchieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • e können Versicherungsangebote im Hinblick auf Versicherungsleistung und Vertragsbedingungen untersuchen und vergleichen (z.B. Abstimmung von Situationsanforderung und Umfang der Versicherung, Rechte und Pflichten durch Vertragsunterzeichnung; bei Haushalt- und Privathaftpflichtversicherung, Unfall- und Krankenversicherung, Fahrzeugversicherung, Reiseversicherung)
Material	<ul style="list-style-type: none"> • PPT 03^a • Arbeitsblätter
Sozialform	EA
Zeit	30'

Zusätzliche Informationen:

- Die SuS erarbeiten mit den Erläuterungen und den Texten im Anschluss das Grundwissen selbst.
- Wie könnte man eine Krankenversicherung anders finanzieren?

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Hintergrundinformation für die Lehrperson

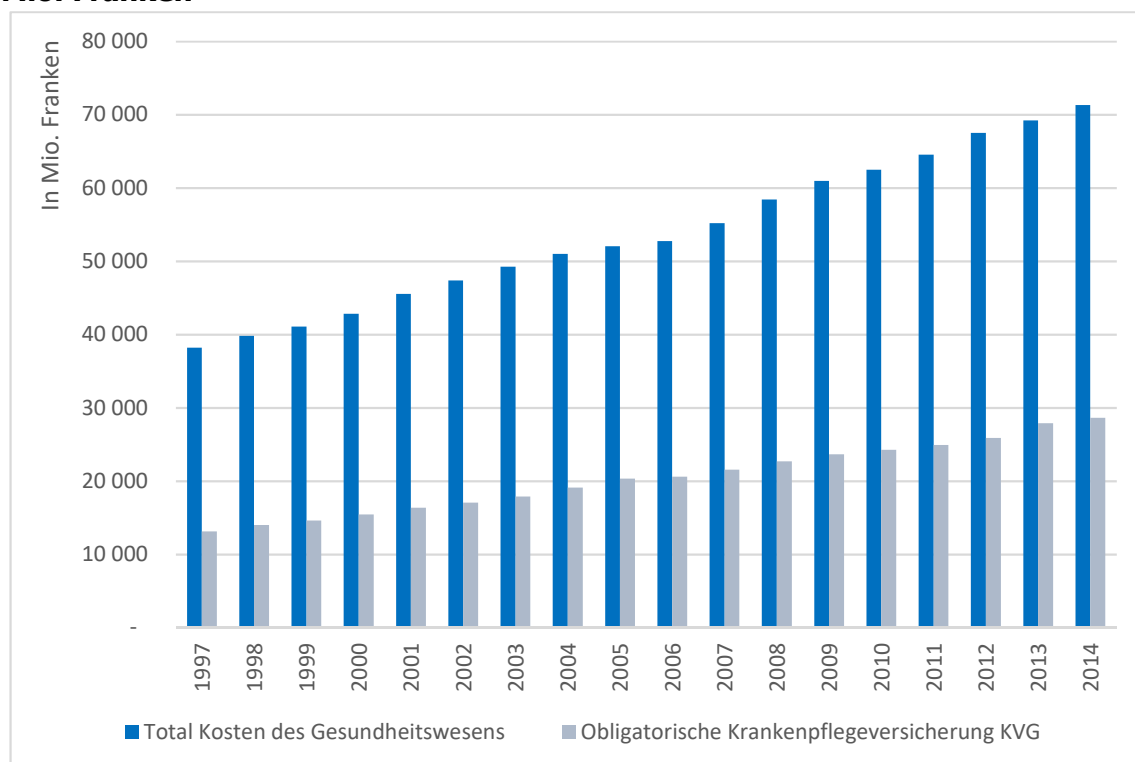
Krankenversicherungen in der Schweiz

(Entwicklung, Organisation, Kosten, Finanzierung, Ausblick)

Krankenversicherung und Krankenversicherer sind seit Jahren in einem ständigen Wandel begriffen. Dies manifestiert sich im rasanten Rückgang der Anzahl Versicherer von rund 1000 in den sechziger Jahren auf 250 bis Anfang der neunziger Jahre und 53 im Jahre 2017. Davon zeugen auch die vor 20 Jahren in Kraft getretene Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG mit ihren zahlreichen neuen Verordnungen, die inzwischen erfolgten kleinen Gesetzesrevisionen, die seither revidierten Verordnungen, die seit Jahren laufenden Revisionsbemühungen von Bundesrat und Parlament, die Abstimmungen über zahlreiche Volksinitiativen zur Krankenversicherung, die Einführung des Arzttarifs Tarmed in der obligatorischen Grundversicherung auf Anfang 2004, der Übergang von Tagespauschalen auf Fallpauschalen bei der Spitalfinanzierung und nicht zuletzt die ungebrochene Leistungs- und Mengenausweitung und damit auch Kostensteigerung im Gesundheitswesen.

Seit 1997 – ein Jahr nach der Einführung des KVG – bis 2014 sind die Gesamtkosten in der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) um mehr als 118 Prozent von 13,1 auf 28,6 Mrd. Franken gestiegen.

Grafik 1: Entwicklung der Kosten in der Grundversicherung und im Gesundheitswesen, in Mio. Franken



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Die gesamten Kosten des Gesundheitswesens haben in der gleichen Zeitspanne von 38,2 auf rund 71,3 Mrd. Franken im Jahr 2014 oder um 87 Prozent zugenommen.

Sie werden (gemäss Zahlen für 2014) wie folgt finanziert:

Krankenversicherung KVG (ohne Kostenbeteiligung)	26,0 Mrd. Fr. (37 %)
Zusatzversicherungen	5,2 Mrd. Fr. (7 %)
Haushalte (direkt und via Kostenbeteiligung)	17,5 Mrd. Fr. (25 %)
Öffentliche Hand (Bund, Kantone, Gemeinden)	14,2 Mrd. Fr. (20 %)
Andere Sozialversicherungen (Unfall, AHV, IV, MV)	4,5 Mrd. Fr. (6 %)
Andere	3,9 Mrd. Fr. (5 %)

1. Die Krankenversicherer

a) Von den Hilfskassen zum KVG

Die ersten Krankenversicherungen, gegründet als Hilfskassen von Gewerkschaften und Handwerksverbänden, sind bereits im frühen 19. Jahrhundert entstanden. In der zweiten Jahrhunderthälfte setzte dann unter dem Einfluss der industriellen und sozialen Entwicklung eine wahre Flut von Gründungen ein. Sowohl der Bundesverfassungs-Artikel von 1890 als auch das erste Krankenversicherungsgesetz aus dem Jahre 1911 sahen denn auch die zahlreichen bestehenden Krankenversicherer als Durchführungsorgane der Versicherung vor.

Das hat sich mit dem geltenden Krankenversicherungsgesetz (KVG) aus dem Jahre 1994 nur insofern geändert, als neben den Krankenversicherer auch private Versicherungsgesellschaften die inzwischen obligatorische Versicherung betreiben können. Sie haben aber bisher darauf verzichtet. Einige Krankenversicherer sind jedoch mit privaten Versicherungsgesellschaften verbunden.

Die Krankenversicherer können in der Form von Vereinen, Stiftungen, Genossenschaften oder neu auch als Aktiengesellschaften organisiert sein. Das KVG gewährt den Versicherern im Prinzip finanzielle Autonomie. Es schreibt ihnen aber für die obligatorische Grundversicherung das Ausgabenumlageverfahren mit der Bildung von Reserven und Rückstellungen vor. Zudem dürfen die Einnahmen nicht für andere Zwecke verwendet und damit auch keine Gewinne ausgeschüttet werden.

b) Von der Krankenversicherung zur modernen Versicherung

Der Konzentrationsprozess in der Krankenversicherungsbranche zeigt sich auch darin, dass heute die grössten acht Krankenversicherer bzw. Krankenversicherungsgruppen mehr als vier Fünftel der Bevölkerung versichern.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Tabelle 1: Die sechs grössten Versicherer bzw. Versicherungsgruppen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP 2014

Versicherer	Mitglieder
CSS	1 287 351
Groupe Mutuel	1 235 674
Helsana	1 179 771
Assura	932 575
Swica	684 069
Visana	572 800
CONCORDIA	537 862
Sanitas	517 823

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung. Eigene Berechnungen santésuisse.

Der rasche Konzentrationsprozess ist vor allem die Folge der zunehmenden Dichte an gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften und Auflagen, aber noch mehr der wachsenden Anforderungen in den Bereichen Informatik, Statistik und der steigenden Ansprüche bei Beratung und Dienstleistungen. Hinzu kommt der Wettbewerb unter den Versicherern, der mit der Einführung der vollen Freizügigkeit durch das KVG verschärft worden ist. Zudem hat sich im Verlauf der letzten Jahre, insbesondere seit der Einführung des KVG, der Schwerpunkt der Aufgaben der Krankenversicherer verlagert. Die Zeiten sind längst vorbei, in denen sich die Krankenversicherer vor allem als Finanzmittelverwalter verstanden und Leistungen beglichen, ohne sie zu hinterfragen. Es geht heute primär darum, die rasch wachsenden Kosten in den Griff zu bekommen. Mehr Gewicht erhalten deshalb Aufgaben, die eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der bezahlten Leistungen zum Ziel haben, nämlich Tarifpolitik, Kostenkontrollen und Förderung des Managed-Care-Instrumentariums.

Noch weisen aber die **Managed-Care-Modelle** einen eher bescheidenen Marktanteil auf (12 Prozent), sie verzeichnen in jüngster Zeit aber eine starke Zunahme. Ein Optimierungspotenzial besteht vor allem bei den Hausarztmodellen (37% im Jahr 2014), wo es gelingen muss, die Ärzte in die Kostenverantwortung einzubinden. Die Weiterentwicklung, die von den Krankenversicherern unterstützt wird, läuft in Richtung integrierte Netzwerke. Es liegt nun an der Politik, diese Entwicklung mit entsprechenden gesetzlichen Grundlagen zu fördern.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Grafik 2: Wahl von besonderen Versicherungsmodellen



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

Voraussetzung für eine effizientere Kostenkontrolle ist die Verbesserung der administrativen Abläufe durch den Auf- und Ausbau der elektronischen Leistungsabwicklung. Bei rund 102 Millionen Abrechnungen, die pro Jahr zwischen Leistungserbringern und Versicherern und zwischen Versicherern und Kunden zirkulieren, liegt in der Automatisierung der Leistungsabwicklung ein gewaltiges Einsparpotenzial.

Immer neue Kategorien von Leistungserbringern, zunehmend komplexere Behandlungsabläufe, der Übergang zu leistungsbezogenen Pauschalen im stationären Bereich und die Festlegung der Taxpunktwerte beim ambulanten Arzttarif TARMED konfrontieren die Krankenversicherer auch im Bereich der Tarifpolitik mit grossen Herausforderungen.

c) Der Branchenverband santésuisse

Die Mehrheit der Krankenversicherer sind dem Branchenverband santésuisse angeschlossen, der die Interessen der Branche gegenüber der Politik und Verwaltung wahrnimmt. Zudem tritt santésuisse gegenüber den Leistungserbringern als Tarif- und Verhandlungspartner auf, leistet einen wichtigen Beitrag bei der Erhebung und Auswertung von statistischen Daten und erbringt für seine Mitglieder weitere Dienstleistungen.

Unter der Leitung des Branchenverbandes santésuisse treten die Krankenversicherer heute vermehrt als gestaltende Kraft im Gesundheitswesen in Erscheinung. Das zeigt sich auch in der Forderung nach

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Aufhebung des Zwangs, mit allen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschliessen (Kontrahierungszwang). Allerdings besteht ein Widerspruch zwischen der notwendigen Autonomie, um gestaltend in Gesundheitswesen und Krankenversicherung eingreifen zu können, und dem zunehmend enger werdenden Korsett von Verordnungen und Vorschriften, in dem die Krankenversicherer als Ausführungsorgane des Bundes in der obligatorischen Krankenversicherung stecken.

2. Grund- und Zusatzversicherung

Das KVG gestattet den Krankenversicherern, neben der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) und der freiwilligen Taggeldversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten. Diese werden allerdings nach den Regeln des Privatrechts (des Versicherungsvertragsgesetzes, VVG) durchgeführt. Während das KVG und die dazugehörige Leistungsverordnung KLV die Leistungen abschliessend umschreiben, können die Krankenversicherer die Leistungen in den Zusatzversicherungen individuell zusammenstellen und die Prämien nach Risikogruppen festsetzen. Im Weiteren sind die Versicherer hier frei, Vorbehalte anzubringen oder die Aufnahme ganz zu verweigern.

Bei den Zusatzversicherungen gilt es zu unterscheiden zwischen den zahlreichen ambulanten Zusatzversicherungen beispielsweise für Komplementärmedizin, Zahnbehandlungen, Psychotherapie, nicht kassenpflichtige Medikamente, Brillen, Auslandsreisen usw. mit einem relativ geringen Prämienvolumen und - auf der anderen Seite - den Spitalzusatzversicherungen. Die Statistik des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zeigt, dass der gesamte Zusatzversicherungsbereich in den letzten 15 Jahren an Bedeutung verloren hat.

Die folgende Tabelle zeigt die wichtigsten Unterschiede zwischen der Grundversicherung und den Zusatzversicherungen.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Tabelle 2: Unterschiede zwischen Grund- und Zusatzversicherung

Grundversicherung nach KVG	Zusatzversicherung nach VVG
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlage sind Gesetz und Verordnung. ▪ Obligatorium und Aufnahmepflicht durch die Versicherer. ▪ Es besteht ein fest definierter gesetzlicher Leistungskatalog mit Einschluss der Mutterschaft. ▪ Finanzierung nach Bedarfsdeckungsverfahren (die Ausgaben werden laufend durch Einnahmen – Prämien und Kostenbeteiligung – gedeckt). ▪ Einheitsprämie pro Versicherer und Region. Gesetzliche Prämienrabatte für Kinder und freiwillige Rabatte für Jugendliche Prämienrabatte für höhere Franchisen, Einschränkung bei der Wahl des Leistungserbringers oder bei Bonusversicherungen. ▪ Die Versicherten können den Versicherer mit einer Kündigungsfrist von einem Monat auf Jahresende ohne Nachteile wechseln. Der Versicherer kann dem Versicherten nicht kündigen. Verbot des Kassenwechsels bei ausstehenden Prämien, bis die Schulden bezahlt sind. ▪ Keine Vorbehalte bei Versicherungswechsel. ▪ Unbeschränkte Versicherungsdauer. ▪ Prinzip der Gegenseitigkeit und Gleichbehandlung. ▪ Verjährung von Leistungsansprüchen nach fünf Jahren. ▪ Kollektivversicherungen nicht zugelassen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundlage ist der Vertrag mit den allgemeinen Versicherungsbedingungen. ▪ Keine Aufnahmepflicht. ▪ Der Versicherer bestimmt, welche ergänzenden Leistungen zur Grundversicherung er anbieten will. Mutterschaft auf Antrag. ▪ Keine Finanzierungsvorschrift. In der Praxis: Bedarfsdeckungs- oder Kapitaldeckungsverfahren oder eine Mischform der beiden (Rückstellungen für spätere Verpflichtungen oder Ansparen von Kapital für Risiken im Alter). ▪ Keine Vorschrift für Prämiengestaltung, in der Praxis fördert der Wettbewerb aber risikogerechte Prämien (oft Prämienreduktion durch Wahl einer höheren Kostenbeteiligung und Leistungsfreiheitsrabatt). ▪ Beide Parteien können in einem Versicherungsfall sofort (bis 14 Tage nach Zahlung) oder auf Vertragsende mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist kündigen (ohne Kündigung stillschweigende Vertragsverlängerung um 1 Jahr). Die meisten Versicherer verzichten einseitig auf ihr Recht, im Versicherungsfall zu kündigen. ▪ Unbeschränkte Vorbehalte oder Leistungsausschlüsse möglich. ▪ Die Dauer der Verträge kann limitiert werden. ▪ Prinzip von Treu und Glauben. ▪ Verjährung von Leistungsansprüchen nach zwei Jahren. ▪ Kollektivversicherungen sind möglich.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen

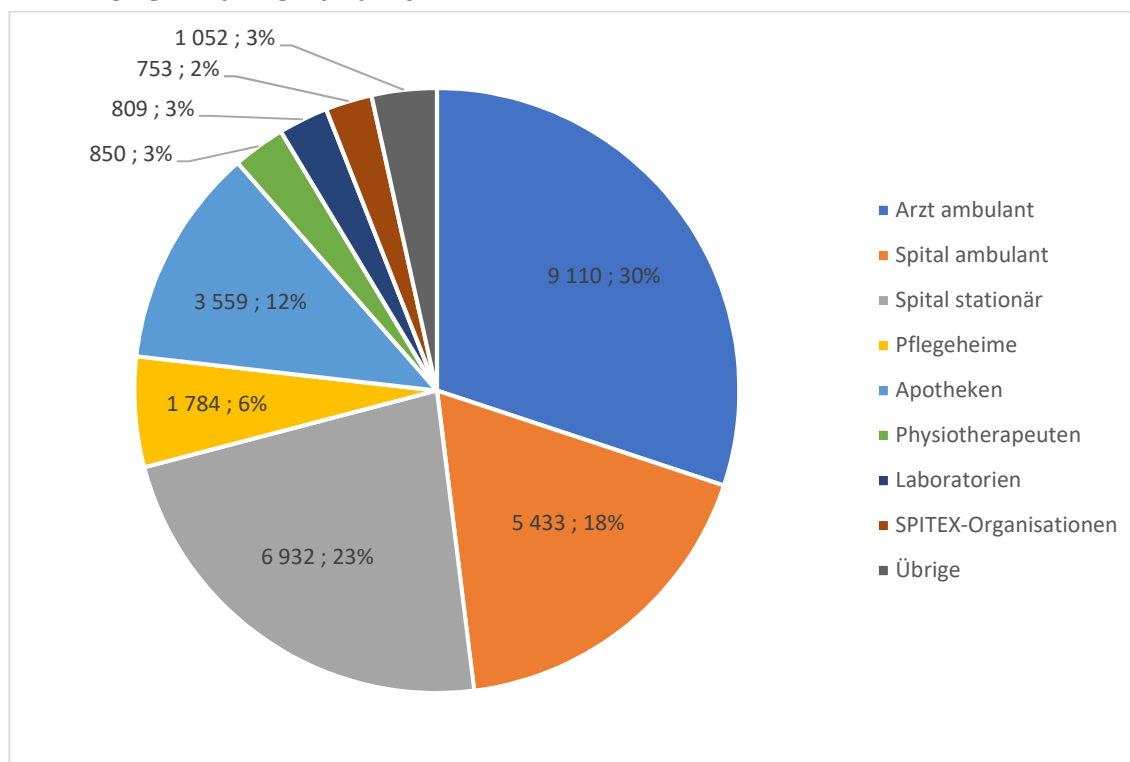


3. Leistungen in der OKP

30,3 Mrd. Franken haben die Krankenversicherer 2015 brutto für Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt. Den grössten Kostenblock bildeten dabei die Spitalleistungen mit 12,4 Mrd. Franken oder 41 Prozent, gefolgt von den ärztlichen Behandlungen mit 9,1 Mrd. Franken oder 30 Prozent.

Grafik 3: Die grössten Leistungsbereiche in der Grundversicherung

Die zehn grössten Kostenblöcke in der Grundversicherung 2015 in Millionen Franken und %



Quelle: SASIS AG - Datenpool

Die Verwaltungskosten fallen weniger ins Gewicht als allgemein angenommen. Sie betragen 2015 gemäss den Aufsichtsdaten des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) in der Grundversicherung (OKP) rund 1,3 Milliarden Franken oder 4,8 Prozent der Ausgaben.

4. Finanzierung der OKP

Der Versicherungs- und Betriebsaufwand der Versicherer ist fast vollständig durch die Prämien der Versicherten finanziert.

a) Prämien

Was ist die Krankenversicherung?

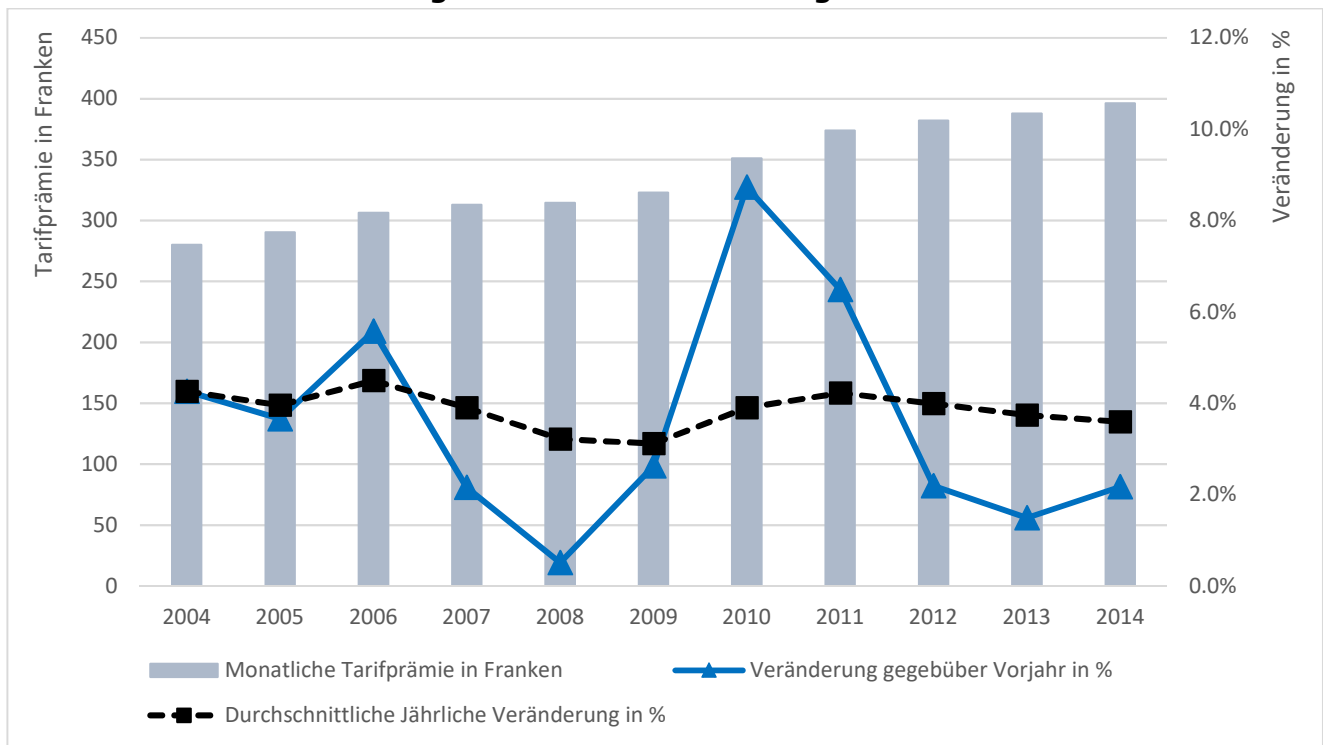
Info für Lehrpersonen



In der OKP entrichten bei einem Versicherer alle erwachsenen Personen innerhalb einer Region und bei gleicher Kostenbeteiligung die gleichen Prämien. Kinder bezahlen aber nur knapp 30 Prozent der Erwachsenenprämien, und für Jugendliche unter 25 Jahren können die Prämien ermässigt werden. Die Prämien für Kinder und Jugendliche in Ausbildung werden durch Beiträge von Bund und Kantonen zusätzlich reduziert.

Bei der Berechnung der Prämien, die vom Bundesamt für Gesundheit jeweils überprüft werden, berücksichtigen die Versicherer insbesondere folgende Grundlagen: Die Kosten des laufenden und des vergangenen Jahres, die Reserven und Rückstellungen, die Zahlungen für den Risikoausgleich, die Verwaltungsauslagen, die Versichertenfluktuation und das Betriebsergebnis. Hinzu kommen die Schätzung der Kostenentwicklung für das folgende Jahr und der Vergleich mit den Prämien der Konkurrenz.

Grafik 4: Prämienentwicklung in der Grundversicherung



Durchschnittliche Tarifprämie pro Monat für Erwachsene (26 Jahre und mehr)

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

b) Kostenbeteiligung

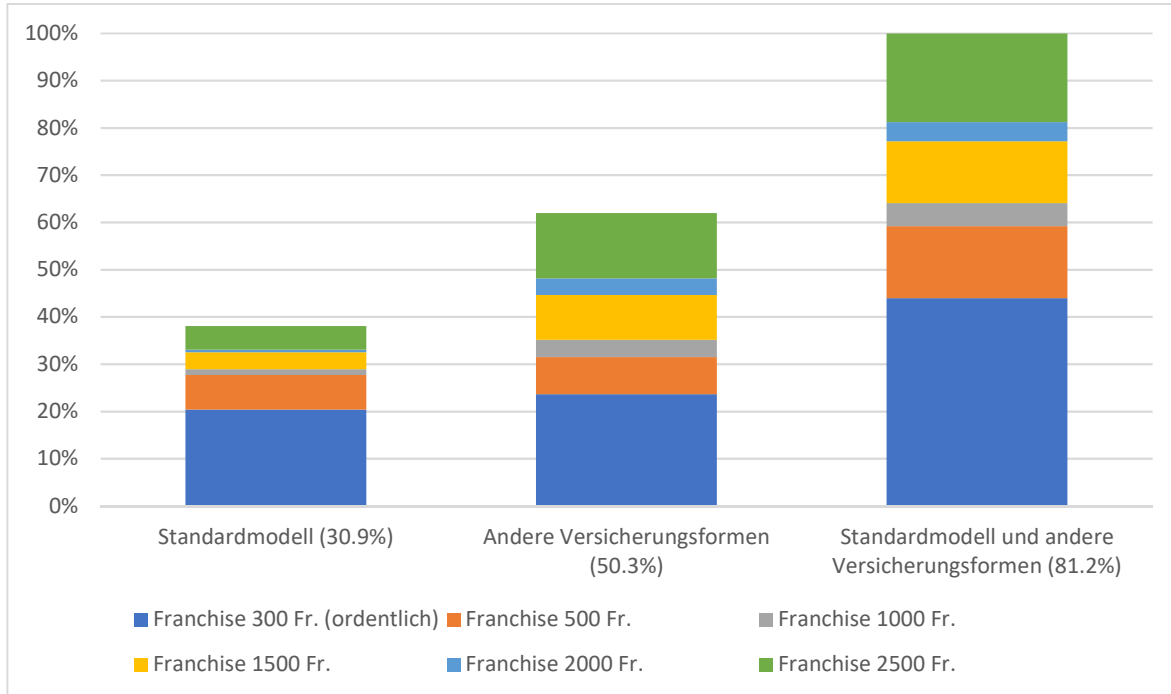
Rund 15 Prozent aller Kosten in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernehmen die Versicherten in der Form von Selbstbehalten und Franchisen selber. 55 Prozent der erwachsenen Versicherten machen vom System der Wahlfranchisen Gebrauch. Sie beteiligen sich stärker an den Kosten und erhalten dafür eine entsprechende Prämienreduktion. 61 Prozent wählen eine andere spezielle Versicherungsform, beispielsweise ein HMO- oder ein Hausarztmodell. (HMO steht für "Health Maintenance Organization").

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Grafik 5: Marktanteil der Wahlfranchisen, Erwachsene ab 19 Jahre 2014



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

c) Prämienverbilligung

Das Kopfprämiensystem nimmt an und für sich keine Rücksicht auf die Einkommensunterschiede in der Bevölkerung. Deshalb hat der Gesetzgeber Solidaritätselemente eingebaut. Heute sind fast 40% der Kosten der OKP steuerfinanziert, einerseits durch die kantonale Spitalfinanzierung, andererseits durch die Prämienverbilligungen.

Die Prämienverbilligungen werden von Bund und Kantonen gemeinsam finanziert. Die Beiträge des Bundes gehen zunächst an die Kantone, und zwar gemäss Wohnbevölkerung und Finanzkraft. Die Kantone stocken den auf sie entfallenden Beitrag des Bundes um mindestens die Hälfte auf. (Ein Kanton muss nur maximal 50 % des Bundesbeitrages beziehen. Insgesamt beziehen die Kantone heute rund 90 % des Bundesbeitrages.)

Es ist dann Sache der Kantone, die Verbilligungen den Versicherten zuzuleiten. Grundlage für die Verteilung bildet überall das Steuersystem. Bei der konkreten Bemessung gibt es aber grosse Unterschiede. Die Kantone bezahlen den Beitrag für die Prämienverbilligung direkt an die Versicherer, bei denen diese Personen versichert sind.

Insgesamt haben 2014 Bund und Kantone rund 4 Mrd. Franken (rund ein Sechstel des gesamten Prämienvolumens) an Prämienverbilligungen ausgerichtet. Rund 27 % aller Versicherten haben davon profitiert. Pro Einzelperson wurden durchschnittlich 1828 Franken ausgerichtet. 2014 waren 15 Prozent der Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen älter als 65 Jahre, etwa 70 Prozent jünger als 45 Jahre.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Wie die folgende Tabelle zeigt, variiert die Bezügerquote kantonal stark.

Tabelle 3: Quote der Prämienverbilligungsbezüger nach Kantonen

	Kantone	Quote der Prämienverbilligungsbezüger nach Kantonen
	CH	26,9%
Höchste Quote	TI	37,8%
	GR	34,2%
	AI	33,0%
	UR	32,4%
Tiefste Quote	SG	22,9%
	BE	22,6%
	SO	22,1%
	GL	20,4%

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung

5. Kostenunterschiede und Risikoausgleich

Zwischen den Krankenversicherern bestehen erhebliche Kosten- und Prämiendifferenzen. Sie sind vor allem auf die ungleiche Verteilung der Menschen mit hohen Krankheitsrisiken zurückzuführen.

Um die Belastung zumindest teilweise anzugleichen, wurde der Risikoausgleich geschaffen und ins Gesetz aufgenommen (Art. 105 KVG). Der Risikoausgleich bezweckt einen Ausgleich der Unterschiede in der Struktur der Versichertenbestände, welche zu unterschiedlichen Krankenpflegekosten und damit zu unterschiedlichen Prämien führen. Die Risikoausgleichszahlungen sollen einen Ausgleich zwischen Krankenversicherern mit vorwiegend "schlechten Risiken" und Krankenversicherern mit vorwiegend "guten Risiken" herbeiführen und damit den Anreiz für die Krankenversicherer, sich durch gezielte Anwerbung guter Risiken bzw. Abwerbung schlechter Risiken (Risikoselektion) einen Vorteil gegenüber der Konkurrenz zu verschaffen, vermindern bzw. beseitigen.

Im Oktober 2014 hat der Bundesrat beschlossen, den Risikoausgleich in zwei Schritten zu verfeinern: In einer ersten Phase wurde der Risikoausgleich mit dem zusätzlichen Indikator "Arzneimittelkosten im Vorjahr" ergänzt.

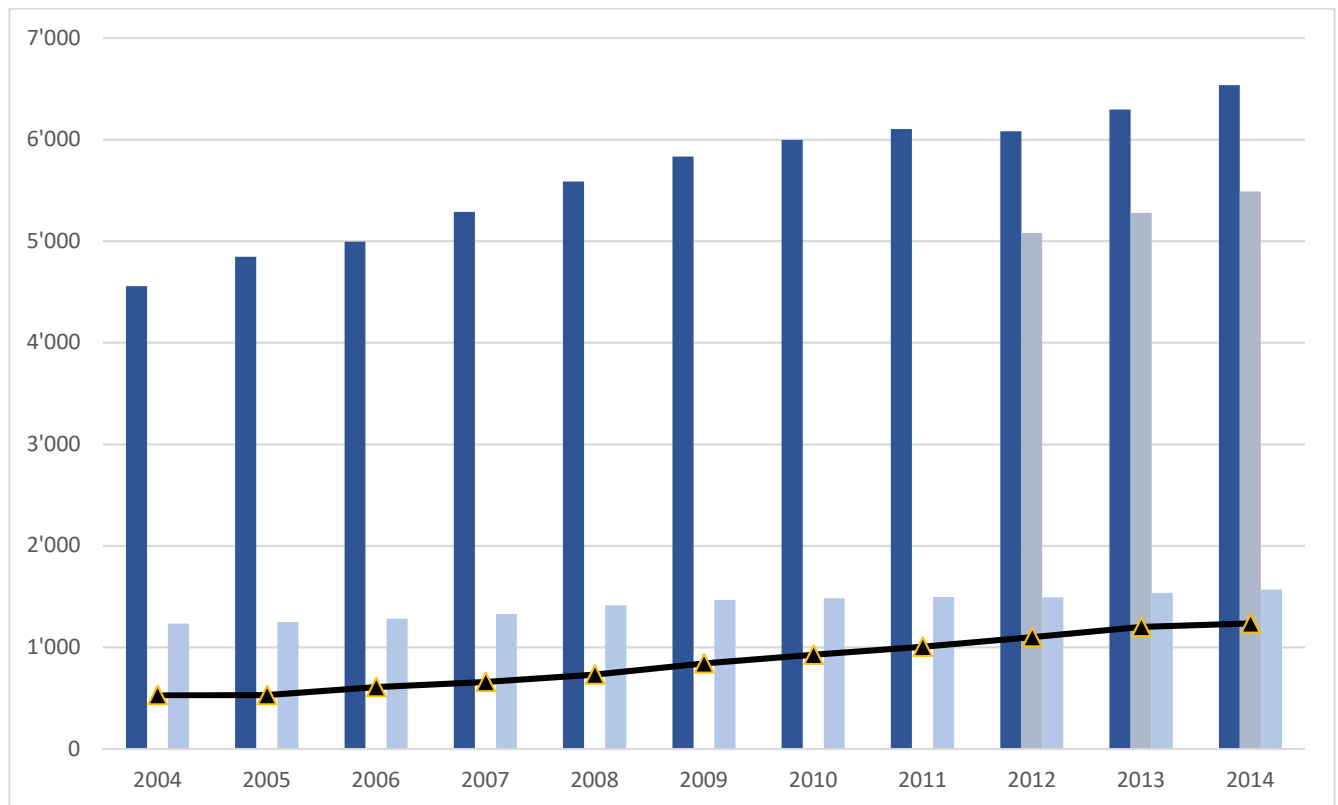
In einem weiteren Schritt - voraussichtlich ab 2020 - soll der Risikoausgleich mit pharmazeutischen Kostengruppen als zusätzlichen Morbiditätsindikator ergänzt werden. Durchgeführt wird der Risikoausgleich seit Inkrafttreten des KVG von der „Gemeinsamen Einrichtung KVG“ gemäss Art. 18 KVG.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Grafik 6: Umverteilungsvolumen des Risikoausgleichs



Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung.

6. Kostengefälle zwischen den Kantonen

Nicht nur zwischen den Krankenversicherern, auch zwischen den Kantonen bestehen grosse Unterschiede im Prämienniveau. Sie sind eine Folge der starken Kostenunterschiede die von den folgenden Faktoren beeinflusst werden:

Der unterschiedliche Bezug von medizinischen Leistungen in den Kantonen und damit auch die Kostenunterschiede kommen vor allem von folgenden Faktoren:

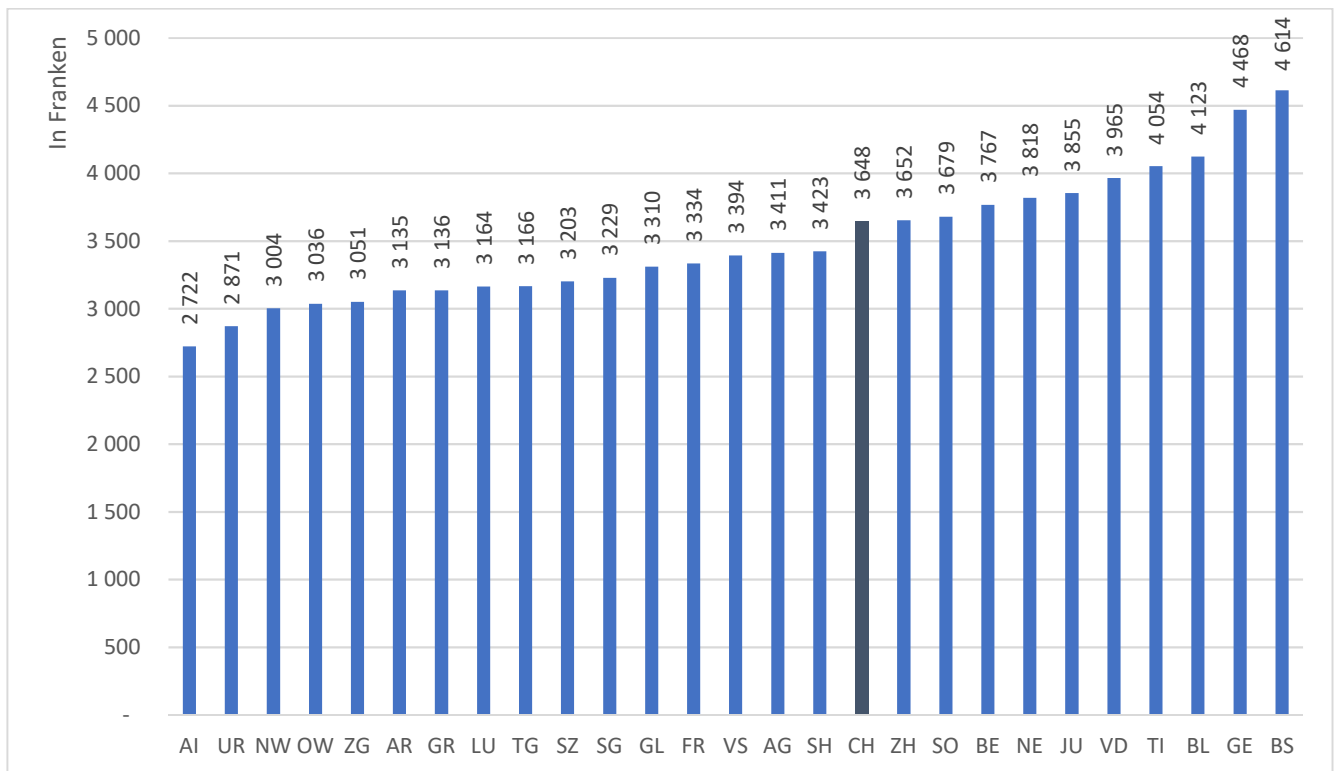
- Dichte der Leistungserbringer (insbesondere der Spezialärzte, nicht aber der Grundversorger)
- Grad der Urbanisierung
- Soziale Netze (Familie, Vereine, Freunde)
- Altersstruktur
- Kulturelle Unterschiede (Anspruchsmentalität)

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



Grafik 7: Kosten pro versicherte Person nach Kantonen



Quelle: SASIS AG - Datenpool.

7. Ausblick

Unser Krankenversicherungssystem gehört zu den besten der Welt. Es garantiert eine hervorragende Qualität und die Sicherheit der Versorgung für die ganze Bevölkerung.

Es lässt den Versicherten Wahlfreiheiten (freie Wahl des Arztes und der Krankenversicherung, freie Wahl der Kostenbeteiligung oder eines besonderen Versicherungsmodells, Abschluss von Zusatzversicherungen). Diese Errungenschaften haben ihren Preis: Das Schweizer Gesundheitssystem ist teuer. In einigen Bereichen ist jedoch eine Überversorgung festzustellen (zu hohe Spitaldichte, zu lange Spitalaufenthalte, zu viele Ärzte in Agglomerationen), und Studien stellen immer wieder überflüssige Leistungen fest. Das System kennt zudem eine Reihe falscher wirtschaftlicher Anreize. Das alles führt zu stark steigenden Kosten und Prämien. Über kurz oder lang stellt sich deshalb die Frage der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens.

Nötig sind deshalb Massnahmen auf der Finanzierungsseite, um die Belastungen für alle Bevölkerungskreise im Rahmen zu halten, und Massnahmen, um die Kosten in Grenzen zu halten. Es gilt vor allem, vermehrt wirtschaftliche Anreize zu schaffen, damit die Leistungen möglichst effizient erbracht werden.

Was ist die Krankenversicherung?

Info für Lehrpersonen



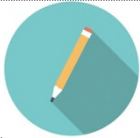
In der laufenden Legislaturperiode befasst sich das Parlament intensiv mit gesundheitspolitischen Themen, die zur Optimierung des Systems beitragen und Fehlanreize eliminieren sollen.

Zur Diskussion stehen unter anderem (Stand Herbst 2016):

- Die gleiche Finanzierung von ambulanten und stationären Spitalleistungen
- Die Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Die Anpassung der Franchisen an die Kostenentwicklung
- Die Prämienbefreiung für Kinder

Was ist die Krankenversicherung?

Arbeitsunterlagen



Aufgabe

Lies den folgenden Text genau durch und schreibe eine einfache Zusammenfassung

Krankenversicherung



Aufgaben und Leistung

Die soziale Krankenversicherung gewährt allen in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten **medizinischen Versorgung**. Bei Krankheit oder Unfall stellt sie die medizinische Behandlung sicher, falls eine solche nicht von der Unfallversicherung abgedeckt wird. Die soziale Krankenversicherung wird von mehr als 50 Versicherern („Krankenversicherungen“) durchgeführt, welche gesetzliche Voraussetzungen erfüllen, wie zum Beispiel der Verzicht, nach Gewinn zu streben.

Die Rolle der Versicherer beschränkt sich nicht auf die Rückerstattung von erbrachten Leistungen für die Versicherten, sondern sie unterstützen auch, zusammen mit den Kantonen, die **Gesundheitsförderung**. Versicherer und Kantone führen zusammen eine Einrichtung, die Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung, deren Ziel es ist, Massnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Prävention anzuregen, zu koordinieren und in ihrer Wirkung zu bewerten.

Wie funktioniert die Krankenversicherung?

Die Krankenversicherung (KV) wird durch Prämien jeder versicherten Person finanziert. Die Grundversicherung ist für alle Erwachsenen und Kinder in der Schweiz obligatorisch. Als Ergänzung zur Grundversicherung können freiwillige Zusatzversicherungen abgeschlossen werden. In der Schweiz gibt es mehr als 50 vom Bund anerkannte Krankenversicherungen. Sie bieten verschiedene Versicherungsarten und Prämiensysteme an.

Was ist die Kostenbeteiligung?

Die **Grundversicherung** deckt einen Teil der Heilungskosten bei Krankheit und, wenn mitversichert, bei Unfall. Dazu gehören Kosten für Arztbehandlungen, Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung und Medikamente. Die Patientinnen und Patienten müssen einen festen Jahresbetrag (Franchise) an diese Kosten selber bezahlen, ebenso 10 % der Heilungskosten, die über den Jahresbeitrag hinausgehen (Selbstbehalt).

Was ist die Krankenversicherung?

Arbeitsunterlagen



Entwicklung des Gesundheitssystems

Das Schweizer Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt. Qualität, Zugang und Effizienz suchen ihresgleichen. Diese Errungenschaft hat ihren Preis: Unser System ist teuer. Die Kosten und damit die Prämien steigen stetig und sind für einen Teil der Bevölkerung ohne staatliche Unterstützung nicht mehr tragbar. Gründe dafür sind unter anderem der medizinische Fortschritt, die hohe Anspruchshaltung der Bevölkerung, die demografische Entwicklung und nicht zuletzt das breite Angebot an medizinischer Versorgung (Ärztedichte).

Es liegt in der Verantwortung aller am System beteiligten Akteure (Politik, Leistungserbringer, Versicherer und Verbände) die gesundheitspolitischen Weichen so zu stellen, dass das System langfristig finanzierbar bleibt, ohne dass die Qualität darunter leidet.

Zusammenfassung

Aufgaben und Leistung

Wie funktioniert die Krankenversicherung?

Was ist die Kostenbeteiligung?

Entwicklung des Gesundheitssystems

Was ist die Krankenversicherung?

Arbeitsunterlagen



Aufgabe

Lies den Text genau durch und fülle die Lücken

Lückentext

Krankenversicherung – Aufgaben und Leistung

Die Rolle der Versicherer beschränkt sich nicht auf die _____ von erbrachten Die soziale K_____ gewährt _____ in der Schweiz lebenden Personen Zugang zu einer guten _____. Bei _____ oder _____ stellt sie die _____ Behandlung sicher, falls eine solche nicht von der Unfallversicherung abgedeckt wird.

Für den Fall, dass ein Versicherer _____ wird, werden die Kosten für die gesetzlichen Leistungen von der sogenannten Gemeinsamen Einrichtung übernommen. Leistungen, sie unterstützen auch die _____. Die Krankenversicherung (KV) wird durch _____ jeder versicherten Person finanziert. Die _____ ist für alle _____. Als Ergänzung zur Grundversicherung können freiwillige _____-Versicherungen abgeschlossen werden.

Was ist die Krankenversicherung?

Plakat – GA



Erwartungsplakat

Arbeit in Gruppen.

Materialien

Tafel/Stellwand/Flipchart, Stifte

Verlauf



Zu Beginn der folgenden Arbeiten soll Klarheit zum Thema hergestellt werden. Die Arbeitsgruppen der Klasse haben aufgrund unterschiedlicher Vorinformationen deutlich differierende Erwartungen an das Thema, die nicht präsent sind. Mit dem **Erwartungsplakat** wird versucht, diese zu definieren und unter einen Hut zu bringen.

Die Lehrperson fordert die SuS auf, sich mit den eigenen erhofften Erwartungen zu konfrontieren und diese zu notieren. Alle Äusserungen werden in einem Plakat zusammengefasst und über die Dauer der Lektionen für alle sichtbar aufgehängt. Zum Schluss dient das Anlassplakat für eine **Feedback-Runde**.

Beispiel:

„Wir behandeln nun das Thema Krankenversicherung, um einen gemeinsamen Wissensstand zu erreichen, damit jede und jeder von euch in diesem Themenbereich später richtige Entscheidungen treffen kann.“

Wir wollen

- gemeinsam **Ideen** formulieren
- uns auf **Arbeitsformen** einigen
- **Wissen** erarbeiten
- eigenes Wissen und **Erfahrungen** einbringen
- **Termine** für Hausaufgaben und Arbeitsprojekte festlegen
- das sichere Beherrschen von **Methoden** und Entscheidungsfindungen üben
- am Schluss der Arbeit zusammen **überprüfen**, was wir gelernt haben

Jetzt schreiben wir die Erwartungen an das Thema, ebenso wie Ideen und Anregungen, auf Plakate, die uns durch den Unterricht begleiten.

Was ist die Krankenversicherung?

Plakat – GA



Schreibt in der Gruppe Stichworte dazu auf, was ihr an neuem Wissen und Können zum Themenkreis erwartet. Ihr sollt sie anschliessend erläutern.
