

Allgemeine Informationen zur Krankenkasse

Obligatorische Krankenpflege-Versicherung (Grundversicherung nach KVG)

Die Krankenversicherung ist mit wenigen Ausnahmen für alle in der Schweiz lebenden Personen obligatorisch. Die Leistungen, welche die Krankenkasse bezahlt, sind im Krankenversicherungs-Gesetz (KVG) abschliessend definiert und gelten für alle Versicherten. Dies bedeutet, dass alle Krankenkassen genau die gleichen Leistungen anbieten und die Kosten dafür (die Prämien) direkt miteinander verglichen werden können.

Jede Krankenkasse muss jede Person in die Grundversicherung aufnehmen, unabhängig von deren Gesundheitszustand, Alter oder Geschlecht.

Versicherte Risiken

- **Krankheit**
- **Unfall** (soweit kein anderer Versicherer dafür aufkommt)
- **Mutterschaft**

Die Krankenkasse übernimmt nur die Heilungs- und Pflegekosten, zahlt jedoch keinen Lohnersatz.

Leistungen

Die Krankenkasse übernimmt folgende Gesundheitskosten:

- **Ambulante Behandlung**
- **Medikamente**
- **Spitalaufenthalte**
- **Badekuren**
- **Mutterschaft**
- **Vorsorgeuntersuchungen**
- **Hauskrankenpflege**
- **Hilfsmittel**
- **Transport- und Rettungskosten**
- **Notfälle im Ausland**
- **Zahnbehandlung infolge Krankheit**

Finanzierung

Die Finanzierung der Gesundheitskosten setzt sich wie folgt zusammen:

- **Krankenkassen-Prämie**
- **Kostenbeteiligung der Versicherten** (Franchise, Selbstbehalt, Spitaltaggeld)
- **Staatliche Beiträge**
- **andere Einnahmen** (Kapitalerträge, Regresseinnahmen etc.)

Kostenbeteiligung

Franchise

Die Franchise entspricht jenem Betrag, den der Versicherte zuerst selber bezahlen muss, bevor die Krankenkasse Leistungen erbringt. Die obligatorische Franchise beträgt Fr. 300.-- pro Kalenderjahr.

Selbstbehalt

Von den die Franchise übersteigenden Kosten muss der Versicherte 10% selber zahlen, und zwar bis zu einem Totalbetrag von maximal Fr. 700.-- pro Kalenderjahr.

Für Mutterschafts-Leistungen ist keine Kostenbeteiligung geschuldet.

Optimierung der Gesundheitskosten

Die Gesundheitskosten (Prämien, Kostenbeteiligung) können wie folgt optimiert werden:

- **Erhöhung der Franchise**
- **Besondere Versicherungsform** (z.B. Hausarztmodell)
- **Ausschluss der Unfalldeckung** (sofern anderweitig versichert)
- **Wechsel der Krankenkasse**
- **Prämienverbilligung**

Freiwillige Zusatzversicherungen nach Versicherungsvertrags-Gesetz (VVG)

Die Zusatzversicherungen bieten Kostenübernahmen für Leistungen an, welche nicht von der Grundversicherung übernommen werden (z.B. Komplementärmedizin, halb-private Abteilung, freie Arztwahl etc.) oder erbringen höhere Vergütungen als die Grundversicherung. Das Angebot jeder Krankenkasse ist individuell und ein Preis- / Leistungsvergleich daher zeitaufwendig.

Die Krankenkassen können die Aufnahme einer Person in die Zusatzversicherung gänzlich ablehnen oder Vorbehalte anbringen. Deshalb ist der Wechsel der Zusatzversicherung im fortgeschrittenen Alter oft nicht mehr möglich.

Häufig sind in der Zusatzversicherung Leistungen versichert, welche die versicherte Person gar nicht will, trotzdem aber dafür bezahlt. Es lohnt sich deshalb genau abzuklären, welche Leistungen wirklich gewünscht sind und auf welche verzichtet werden kann.

Es ist möglich, die Grundversicherung und die Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Kassen zu führen. Die Meinungen darüber, ob dies sinnvoll ist, gehen jedoch auseinander.

Mit einer detaillierten Betrachtung der eigenen Krankenkassen-Lösung lassen sich beträchtliche Kosten sparen. Sei dies in Form einer tieferen Prämie, oder aber in Form einer geringeren Kostenbeteiligung. Die Wahl der richtigen Lösung kann nur unter Berücksichtigung des finanziellen Umfeldes, des momentanen Gesundheitszustandes sowie der erwarteten Gesundheitskosten getroffen werden. Eine Beratung zahlt sich in jedem Fall aus.