

Krankenversicherung (KV)

Krankenversicherung

■ Gesetzliche Grundlagen

- Bundesverfassung Artikel 117 und 118
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG, in Kraft seit 1.1.1996
- Verordnung über die Krankenversicherung KVV, in Kraft seit 1.1. 1996
- Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV

■ Zweck - KVG

Die Krankenversicherung nach KVG hat zum Ziel, die finanziellen Mehrkosten infolge

- Krankheit
- Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt) oder
- Mutterschaft

zu decken.

Nach dem Prinzip der Gleichbehandlung stellt sie allen Versicherten Leistungen zur Verfügung. Sie umfasst neben der obligatorischen Krankenversicherung auch eine freiwillige Taggeldversicherung.

■ Ausgestaltung der Krankenversicherung

In der Krankenversicherung wird unterschieden zwischen:

- Die obligatorische Versicherung nach KVG
- Die freiwilligen Zusatzversicherungen nach VVG

Die Zusatzversicherungen sind freiwillig. Sie bieten den Versicherten zusätzlichen Komfort ab oder decken weitere Leistungen ab wie:

- Halbprivat- oder Privatabteilung im Spital
- Erweiterte ambulante Behandlungen
- Übernahme von nicht KVG-pflichtigen Medikamenten usw.
- Zahnbehandlung
- Ferienversicherung
- Taggeldversicherung bei Krankheit oder Unfall

■ Risikoprüfung

Im Gegensatz zur Versicherungen nach KVG, wo die Krankenversicherer zu Aufnahme aller Personen verpflichtet sind, besteht für die Anbieter der VVG Versicherung Vertragsfreiheit. Dies bedeutet: Der Versicherer bestimmt, mit wem ein Versicherungsvertrag abgeschlossen wird. Er kalkuliert die Prämien grundsätzlich verursachergerecht.

Krankenversicherung – Versicherte Person

▪ Krankenversicherung in der Schweiz

Die Krankenpflegeversicherung nach KVG ist für alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz obligatorisch. Arbeitnehmende die der obligatorischen Unfallversicherung nach UVG unterstehen, können die Unfalldeckung ausschliessen, sofern sie mehr als 8 Wochenstunden im Betrieb arbeiten und darum auch gegen Nichtberufsunfälle NBU versichert sind. Das KVG bestimmt, dass die Versicherer jede versicherungspflichtige Person in ihrem örtlichen Tätigkeitsbereich aufnehmen müssen.

▪ Vorübergehende Leistungsaushilfe

Wer sich vorübergehend im Ausland befindet (Ferien, Geschäftsreise usw.) geniesst weiterhin die Versicherungsdeckung nach KVG. Dabei wird unterschieden zwischen

- der internationalen Leistungshilfe zwischen der Schweiz und Staaten der EU / EFTA und
- dem Schadensfall ausserhalb von Europa

▪ Schadensfall ausserhalb Europas

Ausserhalb von Europa werden die erforderlichen Behandlungen höchstens bis zum doppelten Betrag übernommen, der in der Schweiz geleistet worden wäre. Für Notfalltransporte werden zulasten der Krankenversicherung nach KVG höchstens CHF 1'000 und für Rettungskosten maximal CHF 10'000 vergütet.

▪ In der Schweiz wohnen und in einem EU-/EFTA-Staat arbeiten

- Erwerbstätige Person: Unterstellung unter die Krankenversicherung in der Schweiz.
- Nicht erwerbstätige Familienangehörige sind mit der erwerbstätigen Person in der Schweiz zu versichern.

▪ Beginn und Ende der Versicherung

Wurde die Versicherung innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Monaten abgeschlossen, entsteht der Versicherungsschutz rückwirkend auf das Datum der Wohnsitzübernahme in der Schweiz bzw. der Geburt. Bei verspätetem Beitritt (nach mehr als 3 Monaten) beginnt die Versicherung im Zeitpunkt des Beitritts. Erfolgt der Beitritt aus „unentschuldbaren Gründen“ verspätet, ist ein Prämienzuschlag zu entrichten.

Leistung nach KVG

Sachleistungen KVG 25 - 31

- Heilbehandlung
- Leistungen bei Mutterschaft
- Hilfsmittel
- Reise-, Transport- und Rettungskosten

Medizinische Prävention KVG 26

- Prophylaktische Impfungen
- Krankheitsprophylaxe
- Gesundheits-Check-up
- Früherkennung bei Risikogruppen

Geldleistungen KVG 67-77

- Freiwillige Taggeldversicherung für Betriebe und Einzelpersonen

▪ Leistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG regelt den Leistungsbereich in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Leistungsverordnung). Daher haben alle Versicherer im Rahmen der obligatorischen Versicherung eine einheitliche Leistungspalette. Grundsätzlich deckt die obligatorische Krankenpflege Versicherung die Kosten für die **Leistungen**, die der **Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Unfällen** (sofern nicht UVG versichert) dienen.

Diese allgemeine Leistungsdeckung umfasst:

- Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen die
 - ambulant, bei Hausbesuchen (Spitex), stationär oder teilstationär (Spital, Tagesklinik oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden müssen
 - der Untersuchung oder Behandlung dienende Mittel und Gegenstände
 - Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals im Wohnkanton oder eines Listenspitals
 - Beiträge an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren
 - Beiträge an medizinisch notwendige Transport- bzw. Rettungskosten (bis zu einem Höchstbetrag)

Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Wahl des Versicherers

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern (Ärzte, Spitäler), die für die Behandlung ihrer Krankheit geeignet sind, frei wählen. Wie die Wahl des Anbieters ist der Wechsel zu einer anderen Kasse möglich.

Kostenübernahme

Bei der Kostenübernahme gibt es folgende Einschränkungen.

- Bei ambulanter Behandlung übernimmt der Versicherer die Kosten höchstens nach dem Tarif, der am Wohn- oder Arbeitsort der versicherten Person oder in deren Umgebung gilt.
- Bei stationärer oder teilstationärer Behandlung übernehmen die Versicherer und der Wohnkanton auch die anteilmässigen Kosten der ausserkantonalen Spitäler.

Tarife und Preise

Tarife und Preise werden in einem Tarifvertrag zwischen Versicherer und Leistungserbringer vereinbart. Seit 1.1.2004 ist eine einheitliche Arzttarifstruktur in Kraft (Tarmed). Durch Tarmed werden die Kosten gesamtschweizerisch vergleichbar.

Kostenbeteiligung

Die Versicherten müssen sich an den für sie erbrachten Leistungen beteiligen. Diese Kostenbeteiligung besteht aus

- einer Franchise in Form eines fixen Jahresbetrags und
- einem prozentualen Selbstbehalt

Die reguläre Franchise beträgt CHF 300.- pro Kalenderjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben. Der Selbstbehalt beträgt 10% der die Franchise übersteigenden Kosten bis zu einem jährlichen Höchstbetrag von CHF 700.- für Erwachsene. Für Originalpräparate, von denen ein Generikum erhältlich ist, beträgt der Selbstbehalt grundsätzlich 20%. Der Selbstbehalt für Originalpräparate beträgt jedoch nur 10%.

Wahlfranchise

CHF 500.-
 CHF 1'000.-
 CHF 1'500.-
 CHF 2'000.-
 CHF 2'500.-

Prämienrabatt max.

CHF 140.-
 CHF 490.-
 CHF 840.-
 CHF 1'190.-
 CHF 1'540.-