

Krankenversicherung

Obligatorische Krankenversicherung

Wer in der Schweiz wohnt, muss sich obligatorisch bei einer Krankenkasse versichern.

Franchise und Selbstbehalte

Je höher die Jahresfranchise ist, desto tiefer ist die Prämie. Mit der Wahl der Franchise können also die Kosten für die Prämien reduziert werden.

Bei einer hohen Franchise ist es wichtig, dass der Betrag in der Höhe der Franchise im Budget als Rückstellung berücksichtigt wird. Bei Krankheit müssen Sie die Arzt- und Spitalrechnungen bis zur Höhe der Franchise selber bezahlen können. Ist das Geld angespart, kann dies vor finanziellen Problemen schützen.

Im Fall einer chronischen Krankheit, wo Sie regelmässig zum Arzt müssen und Medikamente benötigen, empfiehlt es sich, eine tiefe Jahresfranchise zu wählen, da jährlich (hohe) Arztkosten anfallen.

Der Selbstbehalt ist derjenige Anteil der Arzt-, Spital- und Medikamentenrechnungen, den Sie selber bezahlen müssen. Der Selbstbehalt beträgt in der Regel 10%. Sobald die jährliche Franchise bezahlt ist, übernimmt die Krankenkasse die anfallenden Rechnungen, Sie müssen in der Regel noch 10 % der Arztrechnungen bezahlen.

Um Personen mit hohen Gesundheitskosten finanziell zu entlasten, ist der jährliche Selbstbehalt begrenzt auf Fr. 700.00 bei Erwachsenen und auf Fr. 350.00 bei Kindern. Fallen in einem Jahr sehr hohe Arztkosten an, so übernimmt die Krankenkasse 100% der Arztrechnungen, sobald die Franchise und an die weiteren Rechnungen insgesamt Fr. 700.00 selber bezahlt wurden. Bei einer Franchise von Fr. 300.00 pro Jahr zahlt man somit maximal Fr. 1'000.00 an die Gesundheitskosten selber, die aus der Grundversicherung abgerechnet werden.

Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthaltes

Für einen Spitalaufenthalt stellen die Krankenkassen nebst Franchise und Selbstbehalte zusätzlich Fr. 15.00 pro Aufenthaltstag als Beitrag an die Verpflegungskosten in Rechnung. Davon ausgenommen sind Kinder und junge Erwachsene bis 25 Jahre, die noch in der Ausbildung sind.

Transport- und Rettungskosten

Ambulanztransporte zwischen zwei Spitalern werden im Rahmen des Spitalaufenthaltes von den Krankenkassen vergütet. Andere medizinisch notwendige Transporte werden von den Krankenkassen lediglich zu 50 % übernommen, im Maximum jedoch Fr. 500.00 pro Jahr.

Zahnpflege

In der Regel werden die Kosten für eine Zahnbehandlung von den Krankenkassen nicht übernommen. Ausnahmen bilden Zahnschäden, die durch einen Unfall verursacht worden sind. Diese werden von der Unfallversicherung übernommen. Eine weitere Ausnahme bildet eine schwere Krankheit, die Auswirkungen auf die Zähne hat. Hier werden die Zahnarztkosten von der Krankenversicherung übernommen. Für die gewöhnlichen Zahnarztkosten, die nicht versichert sind, müssen daher Rückstellungen gemacht werden. Das gilt auch für die Kosten der Dentalhygiene.

Krankenkassenwechsel

Ein Wechsel der Krankenkasse ist nur möglich, wenn alle Prämien, Kostenbeteiligungen, Verzugszinsen und Betriebskosten bezahlt sind. Bei Zahlungsausständen kann die Krankenkasse nicht gewechselt werden. Bei laufenden ärztlichen Behandlungen erkundigen Sie sich am besten bei der Krankenkasse, ob noch Kostenbeteiligungen offen sind. Wenn nein, verlangen Sie eine schriftliche Bestätigung.

Sie können die Krankenkasse mit einer Kündigungsfrist von 30 Tagen auf Ende Dezember kündigen. Die Kündigung muss an einem Arbeitstag bis spätestens am 1. Dezember bei der Krankenkasse eingegangen sein. Ist der 1. Dezember ein Sonntag, dann muss Ihre Kündigung am Freitag, 29. November bei der Krankenkasse eingegangen sein.

Wenn Ihre Franchise Fr. 300.00 beträgt, ist eine Kündigung auch auf Ende Juni mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten möglich. Bei höheren Wahlfranchisen ist dies nicht möglich. Die Krankenkasse kann Ihnen nicht kündigen, selbst wenn Sie seit Jahren keine Prämien mehr bezahlt haben.

Die Prämien werden in der Regel auf das neue Kalenderjahr angepasst. Die Krankenkasse stellt im Herbst eine neue Police mit der Prämie des nächsten Jahres zu. Zu diesem Zeitpunkt ist es sinnvoll, einen Wechsel der Krankenkasse zu prüfen.

Die Leistungen der obligatorischen Grundversicherung sind bei allen Krankenkassen gleich. Die Prämien können jedoch aus verschiedenen Gründen unterschiedlich hoch sein. Prämienvergleiche können Sie bei «www.priminfo.ch», der offiziellen Seite des Bundesamts für Gesundheit, anstellen.

Nachdem Sie den Vertrag bei der bisherigen Krankenkasse gekündigt haben, schliessen Sie mit der neuen Krankenkasse einen Vertrag ab. Die neue Krankenkasse muss die alte über den Versicherungswechsel informieren. Das bisherige Versicherungsverhältnis endet erst, wenn die alte Krankenkasse die Mitteilung der neuen Kasse erhalten hat, dass die Deckung der Leistungen ohne Unterbruch weitergeführt wird. Nach Eingang der Mitteilung informiert Sie die alte Kasse über das Versicherungsende.

Falls die neue Krankenkasse den Versicherungswechsel nicht rechtzeitig mitteilt, so bleiben Sie vorläufig bei der alten Krankenkasse versichert und die Prämien müssen weiterhin an die alte Krankenkasse bezahlt werden. Sind die Prämien bei der alten Versicherung höher als bei der neuen, so muss die neue Versicherung bei verspäteter Meldung die Kosten für die Differenz übernehmen.

Es ist nicht möglich, für die Grundversicherung gleichzeitig bei zwei Krankenkassen versichert zu sein. Schicken zwei Krankenkassen Prämienrechnungen für die Grundversicherung, so ist beim Wechsel der Krankenkasse etwas schief gelaufen. Nehmen Sie mit der alten Krankenkasse Kontakt auf und fragen Sie nach, weshalb sie weiterhin Rechnungen schickt.

Es kommen verschiedene Möglichkeiten in Frage:

- Die Kündigung ist nicht rechtzeitig oder vielleicht gar nicht bei der alten Krankenkasse eingetroffen.
- Es bestehen Ausstände und ein Krankenkassenwechsel ist nicht möglich.
- Die neue Krankenkasse hat den Versicherungswechsel nicht rechtzeitig mitgeteilt.

Bezahlen Sie sicherheitshalber die Prämien weiterhin bei der alten Krankenkasse, bis der Wechsel korrekt geregelt ist.

Kommt es nach einem Wechsel der Krankenkasse zu Mahnungen der einen oder anderen Krankenkasse, wenden Sie sich am besten an eine Rechtsberatungsstelle, z.B. an den Ombudsman der Krankenversicherung (« www.secure.om-kv.ch »).

Zusatzversicherungen

Die meisten Krankenkassen bieten Zusatzversicherungen an. Hier gilt das Versicherungsvertragsgesetz. Es gibt kein Obligatorium und keine Aufnahmepflicht. Die Namen der Zusatzversicherungen und die Leistungen der Krankenkasse können unterschiedlich sein.

Im Gegensatz zur obligatorischen Grundversicherung ist eine Krankenkasse nicht verpflichtet, einen Antragsteller zu versichern. In der Regel verlangen die Krankenkassen für den Abschluss von Zusatzversicherungen Angaben zur persönlichen Gesundheit. Aufgrund der Angaben entscheidet die Krankenkasse, ob ein Vertrag abgeschlossen wird. Die Angaben zur persönlichen Gesundheit müssen korrekt sein, sonst darf die Krankenkasse später Leistungen aus den Zusatzversicherungen verweigern.

Es ist möglich, die Grundversicherung bei der einen und die Zusatzversicherungen bei der anderen Krankenkasse abzuschliessen. So ist es insbesondere für Menschen mit einem hohen Gesundheitsrisiko (z.B. bei chronischen Krankheiten) möglich, die Grundversicherung bei einer günstigeren Krankenkasse abzuschliessen und den Versicherungsschutz der Zusatzversicherungen beider alten Versicherung zu lassen.

Der Abschluss von Zusatzversicherungen empfiehlt sich oft für Kinder, damit im Falle eines Falles die Zahnspange zum Teil von der Versicherung finanziert wird. Sonst wird man sorgfältig abwägen müssen, ob die Kosten der Zusatzversicherung gerechtfertigt sind.