

Krankenkasse



Grundversicherung und Zusatzversicherung

Alle Bewohnerinnen der Schweiz müssen bei der Krankenkasse versichert sein.

Es gibt verschiedene Krankenkassen.

Jeder Mensch muss die **Grundversicherung** haben. Man sagt auch: **KVG**.

Die Krankenkasse muss in **meinem Kanton** sein.

Ich kann meine Krankenkasse bis Ende November kündigen und wechseln.



Die **Grundversicherung** deckt die **wichtigsten** Behandlungen ab.

Dazu gehört zum Beispiel: notwendige Medikamente, Notfälle, Arztbesuche etc.

Dann gibt es die **Zusatzversicherung (VVG)**. Sie deckt noch mehr Behandlungen ab und ist freiwillig. Die VVG muss jeweils bis Ende September gekündigt werden.



Krankenkassen-Prämien

Für die Krankenkasse muss ich monatlich Beiträge bezahlen. Man sagt:

Krankenkassenprämien.

Die Prämien kosten unterschiedlich. Es hängt ab vom:

- Kanton, Alter, Familienstand, Einkommen
- Franchise und Krankenkassenmodell



Franchise

Franchise = ein Jahresbetrag, den ich selbst bezahlen muss für meine Krankheitskosten.

Ich kann selber entscheiden, welche Franchise ich nehmen möchte.

Beispiel: Ich nehme eine Franchise von 2'500.- CHF. Das bedeutet, ich muss alle Rechnungen vom Arzt und Spital pro Jahr bis 2'500.- CHF selber bezahlen.

Wenn ich in diesem Jahr schon 2'500.- CHF bezahlt habe, dann bezahlt die Krankenkasse die Rechnungen. Ich muss nur noch 10 % von den weiteren Rechnungen bezahlen.



Prämienverbilligung

Menschen, die nicht viel Geld haben, können Unterstützung bekommen und bezahlen weniger Krankenkassenprämien. Man sagt: **Prämienverbilligung**.

Dafür muss man ein Gesuch an den Kanton schreiben.

Der Kanton entscheidet, ob und wieviel jemand Verbilligung bekommt.

Krankenkassenmodelle



Standard - Modell

Ich entscheide selbst, zu welchem Arzt / welcher Ärztin ich gehe. Und ich kann direkt zu einem Spezialisten / einer Spezialistin gehen.

Dieses Modell kostet mehr als andere Modelle (höhere Prämie).



HMO - Modell

HMO = das sind verschiedene Ärzte / Ärztinnen, die zusammen in einer Gruppenpraxis arbeiten.

Mit diesem Modell muss ich immer zuerst zum Arzt / Ärztin **von dieser Gruppenpraxis** gehen (ausser im Notfall).

Das heisst, ich kann nicht einfach zu einer anderen Arztpraxis gehen, dann bezahlt die Krankenkasse nicht.



Hausarztmodell

Ich wähle einen Hausarzt / eine Hausärztin aus.

Dann **muss** ich immer zuerst zum **Hausarzt / zur Hausärztin** gehen (ausser im Notfall).

Der Arzt / die Ärztin entscheidet dann, ob ich zu einem Spezialisten / einer Spezialistin gehen kann.



Vorgängie telefonische Beratung (z. B. Medgate,...)

Bevor ich zum Arzt / zur Ärztin gehe, muss ich mich immer zuerst telefonisch melden.

Dann hilft mir jemand via Telefon. Wenn das nicht genug ist, kann ich zum Hausarzt / zur Hausärztin.

Wenn ich eine medizinische Frage habe, kann ich dort anrufen und bekomme eine Antwort.

So kann ich Prämien sparen, weil ich weniger zum Arzt / zur Ärztin gehe.



Bonus-Versicherung

Mit diesem Modell muss ich im ersten Jahr 10 % mehr für die Prämie bezahlen.

Jedes Jahr, wenn die Krankenkasse nichts für mich bezahlen muss, bekomme ich einen Rabatt für die Prämie.