

Glossar zum besseren Verstehen der Krankenversicherung

Generika
Prämienverbilligungen
TARMED
Ärztennetze
KVG Reserven
Private Abteilung
Tiers garant
Medikamente
DRG
Telemedizin
KVV
LPPV
VVG-Vereinbarung
Freie Wahl

Das Schweizer Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, ist aber auch eines der teuersten: Die Schweiz gibt 12,1% ihres BIP für Gesundheitskosten aus (2015: insgesamt 77,8 Milliarden Franken). Ein gutes Drittel dieses Betrags (35,3%) übernimmt die Krankenversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung OKP), ein relativ komplexer, von den Krankenversicherern geführter Bereich. Die Arbeit der Krankenversicherer ist wenig bekannt, manchmal sogar verkannt.

Deshalb haben wir in diesem Glossar verschiedene Definitionen zusammengestellt, die zum besseren Verstehen der Aufgaben der Krankenversicherer und der Funktionsweise des Systems beitragen sollen.

Inhalt

Obligatorische Krankenversicherung (Sozialversicherung)	4
Private Zusatzversicherungen	8
Krankenversicherer	9
Leistungserbringer	13

Obligatorische Krankenversicherung (Sozialversicherung)

Alle in der Schweiz wohnhaften Personen müssen krankenversichert sein. Die obligatorische Krankenversicherung wird vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt, das 1996 in Kraft getreten ist.

KVG

Krankenversicherungsgesetz von 1996.

KVV

Krankenversicherungsverordnung.

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)

Die OKP, auch Grundversicherung genannt, ist im KVG geregelt. Sie bietet allen Versicherten hochwertige medizinische Versorgung und Zugang zu einer breiten Palette an medizinischen Leistungen.

KVAG

Bundesgesetz betreffend die Aufsicht über die soziale Krankenversicherung.

KVAV

Verordnung betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung.



KLV

Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), auch Leistungskatalog genannt. Sie definiert die medizinischen Leistungen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden oder nicht.

MiGeL

Liste der Mittel und Gegenstände, die als Pflichtleistung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu vergüten sind.

Alternative Versicherungsmodelle (AVM) oder Managed-Care-Modelle

Versicherungsmodelle, bei denen der Versicherte für alle gesundheitlichen Fragen einen bevorzugten Ansprechpartner wählt (Arzt, medizinische Telefonberatung). Der Versicherte akzeptiert Einschränkungen bei der Wahl und erhält als Gegenleistung einen Prämienrabatt von bis zu 20%. Der Rabatt hängt von den Einsparungen ab, die mit dem Versicherungsmodell erzielt werden. Dieser muss vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) genehmigt werden.

Telemedizinmodell

Alternativmodell, bei dem der Versicherte eine medizinische Telefonberatung kontaktieren muss, bevor er einen Arzt aufsucht. Das medizinische Fachpersonal beurteilt die Situation und gibt Empfehlungen (Selbstmedikation oder Konsultation beim Arzt oder im Spital).

Hausarztmodell

Alternativmodell, bei dem sich der Versicherte verpflichtet, zuerst den Hausarzt zu konsultieren, der ihn nötigenfalls an einen Spezialisten oder ein Spital überweist.

Ärztetze, HMO (Health Maintenance Organization) oder Gruppenpraxen

Alternativmodell mit regionalen Ärztgruppen oder -netzen mit verschiedenen Fachrichtungen (z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst). Ziel ist, die Behandlungskette optimal zu koordinieren, damit unnötige Konsultationen vermieden und bereits durchgeführte Untersuchungen nicht erneut gemacht werden. Erste Anlaufstelle des Patienten ist immer der gleiche Arzt, im Prinzip ein Allgemeinarzt, der den Patienten bei Bedarf an einen Spezialisten überweist.

Vereinbarung zwischen Ärztenetz und Krankenversicherer

Ärztetze und Versicherer schliessen eine Vereinbarung ab, bei der im Allgemeinen die Ärztenetze eine Budgetverantwortung übernehmen. (Budget: Kostenziel für die Betreuung einer Versichertengemeinschaft; Budgetmitverantwortung: Beteiligung des Ärztenetzes an Gewinn oder Verlust bei Erreichen oder Nichterreichen der Zielvorgabe). Für das Netz besteht so ein Anreiz, das beste Preis-Leistungsverhältnis zu bieten.

Taggeldversicherung

Diese Versicherung ist freiwillig. Sie schützt gegen das Risiko eines Lohn- oder Erwerbsausfalls infolge Krankheit oder Unfalls. Die KVG-Deckung dieses Risikos kann auch mit einer Zusatzversicherung (VVG) ergänzt werden.

Versicherung ohne Erwerbszweck

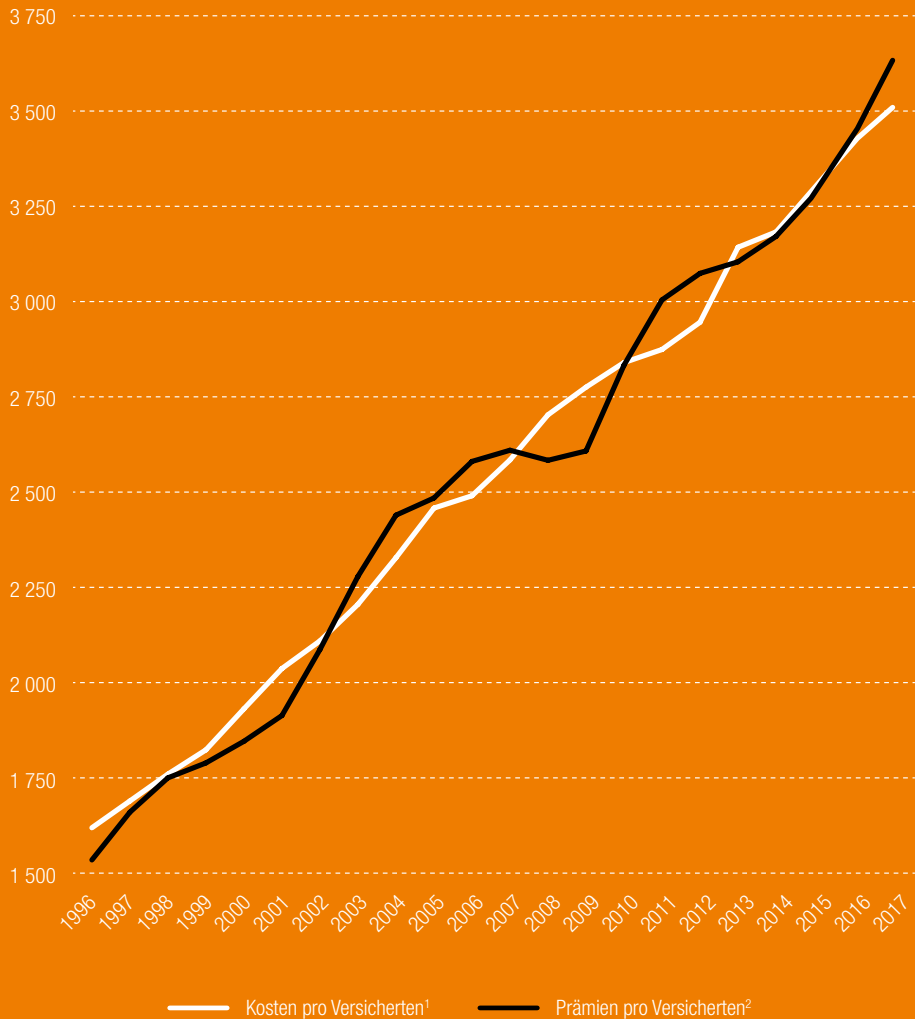
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt keinen Erwerbszweck. Allfällige Überschüsse fliessen in die Reserven, mit denen die Versicherer gewährleisten, dass die beanspruchten Leistungen in jedem Fall vergütet werden (siehe auch «Reserven»).

AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen gemäss KVG)

Es handelt sich um die Bestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und zur freiwilligen Taggeldversicherung.

Entwicklung der Durchschnittsprämien und der Netto-Kosten von 1996 bis 2017 in Franken pro OKP-Versicherten (alle Krankenversicherer, ganze Schweiz)

Prämien und Kosten pro Versicherten in Franken



¹ Kosten pro Versicherten = Netto-Kosten der medizinischen Leistungen und Verwaltungskosten pro Jahr

² Prämien pro Versicherten = Durchschnittsprämien pro Versicherten pro Jahr

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 1.01, Bern 2018

Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), der Prämien und der Reserven in der Schweiz (1996–2017)

	1996	2005	2012	2015	2016	2017	Anstieg im Jahresdurchschnitt 1996-2017
Bruttogesamtkosten (in Mio. Franken)	12'459	20'348	25'901	30'122	31'484	32'318	4,6%
Netto-Kosten pro Versicherten¹ (in Franken)	1'616	2'460	2'950	3'307	3'426	3'501	3,7%
Landesweite Durchschnittsprämie pro Versicherten² (in Franken)	1'539	2'480	3'075	3'289	3'442	3'605	4,1%
Verwaltungskosten in % der Prämien	8,15%	5,40%	5,16%	4,73%	4,75%	4,86%	N/A
Reserven insgesamt (in Mio. Franken)	– ³	– ³	6'504	6'062	6'249	7'193	N/A
Reserven pro Versicherten (in Franken)	– ³	– ³	818	735	750	857	N/A

¹ Netto-Kosten: von den Krankenversicherern vergütete Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten und zuzüglich Verwaltungskosten

² von den Krankenversicherern fakturierte Durchschnittsprämien, unabhängig vom Versicherungsmodell

³ Die Berechnungsmethode für die gesetzlichen Mindestreserven wurde 2012 geändert. Deshalb ist kein Vergleich mit den Vorjahren möglich.

Quelle: BAG, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung, Tabelle 1.01, Bern 2018

Seit den Anfängen unseres Gesundheitssystems sind steigende Gesundheitskosten eine Realität. In den vergangenen zwanzig Jahren hat sich der Kostenanstieg sowohl aufgrund des medizintechnischen Fortschritts und der Innovation als auch durch die erhöhte Lebenserwartung und die demografische Entwicklung beschleunigt: weniger Junge und ein steigender Anteil der Älteren an der Bevölkerung.

Die Tabelle zeigt die Kosten, Prämien und Reserven pro Jahr und ihre Entwicklung im Durchschnitt. Mittelfristig folgt die Prämienkurve der Kurve der Gesundheitskosten. So kann das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben hergestellt werden, was verhindert, dass in einem der sensibelsten Bereiche unseres Sozialsystems Defizite entstehen. Der Anteil der Verwaltungskosten in % der Prämien hat sich seit der Einführung des KVG 1996 fast halbiert – auf unter 5%; 95% der Prämien werden für die Finanzierung medizinischer Leistungen für die Versicherten verwendet.

Mit den Reserven werden die finanzielle Sicherheit der Krankenversicherer gewährleistet und unerwartete Entwicklungen der Gesundheitskosten aufgefangen. Sie sind daher wesentlich für die Stabilität des Krankenversicherungssystems. Seit 2012 gelten neue Regeln zur Berechnung der Reserven.

Private Zusatzversicherungen

Sie unterstehen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
Es handelt sich dabei um freiwillige Privatversicherungen, die zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen decken: Spital (halbprivate und private Abteilung sowie allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz), Krankenpflegeleistungen (wie Alternativmedizin, Kuren oder nicht kassenpflichtige Medikamente) und diverse Versicherungen (Auslandsreiseversicherung, Rechtsschutz).
Vier von fünf Versicherten haben eine Zusatzversicherung.

Private Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Einbettzimmer mit freier Arztwahl.

Halbprivate Abteilung

Spitalaufenthalt in einem Zweibettzimmer mit freier Arztwahl.

Spitalaufenthalt ganze Schweiz

Versicherung für Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung. Mit dieser Versicherungsdeckung können sich Versicherte in öffentlichen und privaten Spitälern der Schweiz behandeln lassen. Mögliche Kostenunterschiede zum Wohnkanton werden übernommen.

AVZ (Allgemeine Bedingungen der Zusatzversicherungen gemäss VVG)

Bestimmungen für die privaten Zusatzversicherungen.



Krankenversicherer

Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) durchführen. In der Schweiz gibt es 51 Krankenversicherer (Stand per 1. Juli 2017). Einige davon vereinigen mehrere Krankenversicherer unter einem Dach wie die Groupe Mutuel.

Der Marktanteil der 10 grössten OKP-Versicherer beträgt nahezu 80%.

Für die Versicherten bedeutet die Vielzahl an Krankenversicherern, dass sie ihren Versicherer frei wählen können. Dadurch entsteht Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern, deren Ziel es ist, die Verwaltungskosten möglichst tief zu halten und den Versicherten faire Prämien sowie erstklassige Dienstleistungen anzubieten.

Prämie

Vom Versicherer eingenommener Betrag zur Deckung der Kosten für medizinische Leistungen. Die soziale Krankenversicherung wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Dabei müssen die Prämieinnahmen eines Geschäftsjahres jedoch die Gesundheitskosten des gleichen Geschäftsjahres decken (Art. 12 und 16 Abs. 3 KVAG).

Franchise

Teil der medizinischen Kosten, die der Versicherte selbst trägt. Auf diese Weise beteiligt sich der Versicherte an den Kosten, die er in Anspruch nimmt. Wenn sich der Versicherte für eine Wahlfranchise entscheidet, bezahlt er im Gegenzug eine tiefere Prämie.

Erwachsene Ordentliche Franchise	Fr. 300.– pro Jahr; Mindestbetrag, den alle Versicherten aus eigener Tasche bezahlen müssen. Die ordentliche Franchise gibt kein Anrecht auf einen Prämienrabatt.
Erwachsene Wahlfranchisen	Fr. 500.–, Fr. 1'000.–, Fr. 1'500.–, Fr. 2'000.–, Fr. 2'500.– pro Jahr
Kinder Ordentliche Franchise	Fr. 0.–
Kinder Wahlfranchisen	Fr. 100.–, Fr. 200.–, Fr. 300.–, Fr. 400.–, Fr. 500.–, Fr. 600.– pro Jahr

Selbstbehalt

Beteiligung zu 10% an den Kosten der in Anspruch genommenen Behandlungen, die den Betrag der Franchise überschreiten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts ist gesetzlich festgelegt: Fr. 700.– für Erwachsene und Fr. 350.– für Kinder.

Beispiel (Erwachsener)

Behandlungskosten:	Fr. 1'200.–
Franchise:	Fr. 300.–
Selbstbehalt:	Fr. 1'200.– – Fr. 300.– = Fr. 900.– / Fr. 900.– x 10% = Fr. 90.–
Zulasten des Versicherten:	Fr. 300.– (Franchise) + Fr. 90.– (Selbstbehalt) = Fr. 390.–
Zulasten des Versicherers:	Fr. 1'200.– – Fr. 390.– = Fr. 810.–

Wirtschaftlichkeit

Im KVG verankerter Grundsatz, der besagt, dass alle Krankenversicherungsleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Alle drei Kriterien müssen gleichzeitig erfüllt sein (Art. 32 KVG).

Rechnungskontrolle

Prüfung der eingehenden Rechnungen nach den drei vorher erwähnten Wirtschaftlichkeitskriterien. Die Kontrolle durch die Krankenversicherer führt zu Minderausgaben von jährlich 10% der gedeckten Leistungen, was mehr als drei Milliarden Franken pro Jahr entspricht.

Vergleicht man diese Minderausgaben mit den Verwaltungskosten der OKP von jährlich 1,5 Milliarden Franken, bleiben nach Abzug der Verwaltungskosten unter dem Strich Minderausgaben von ungefähr 1,5 Milliarden Franken; das entspricht einer Prämiensenkung um rund 5% pro Jahr.

Die Effizienz bei der Kontrolle der medizinischen Rechnungen ist auf den Wettbewerb zwischen Versicherern zurückzuführen, denn es liegt in ihrem Interesse, die Gesundheitskosten und ihre Verwaltungskosten zu dämpfen, um ihren Versicherten konkurrenzfähige Prämien bieten zu können.

Prämienverbilligungen (Subventionen)

Finanzieller Prämienbeitrag, den Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die Kriterien für den Erhalt von Prämienverbilligungen (Einkommensgrenzen, % der Beteiligung etc.) werden von den Kantonen festgelegt. 2017 haben 2,2 Millionen Personen Prämienverbilligungen erhalten, das entspricht 26,4% der Versicherten. Die von Bund und Kantonen gezahlten Prämienbeiträge belaufen sich auf 4,5 Milliarden Franken.

Risikoausgleich

Finanzieller Ausgleich zwischen den Krankenversicherern: Versicherer mit Versicherten, die höhere Risiken aufweisen als der Durchschnitt (kostenintensivere und häufigere Krankheitsfälle), werden von Versicherern, die ein Versichertenportefeuille mit tieferen Risiken haben, finanziell unterstützt.

Kriterien: Der Risikoausgleich basiert auf vier Kriterien: Alter (junge und ältere Personen), Geschlecht, Aufenthalte von mehr als drei Tagen in einem Spital oder Pflegeheim und, seit 1. Januar 2017, die Medikamentenkosten im Vorjahr. Alle vier Kriterien werden berücksichtigt.

Der Risikoausgleichsbetrag wird jedes Jahr neu berechnet. 2016 belief sich der Gesamtbetrag für den Risikoausgleich zwischen den Versicherern auf 1,7 Milliarden Franken.

Beispiel: Ein Versicherer mit einem Portefeuille aus mehrheitlich Frauen, älteren Personen und Personen, die mehr als drei Tage eines Kalenderjahres in einem Spital oder Pflegeheim waren, erhält als Ausgleich einen Betrag von den Versicherern mit mehr Männern, mehr jungen Personen und weniger Personen, die mehr als drei Tage im Spital oder Pflegeheim behandelt worden sind.

Vertragszwang (Kontrahierungszwang)

Verpflichtung der Krankenversicherer, die Rechnungen aller Leistungserbringer zu vergüten, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind.

Vertragsfreiheit

Möglichkeit der Versicherer oder Leistungserbringer zu entscheiden, mit welchen Partnern sie eine Tarifvereinbarung abschliessen.

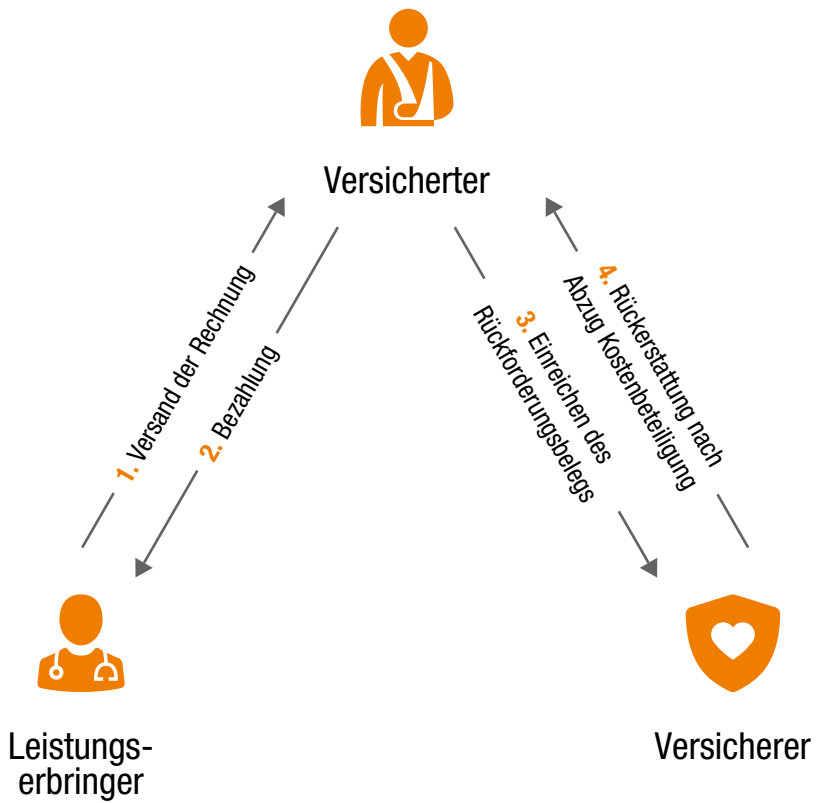
Freie Wahl des Versicherers

Möglichkeit des Versicherten, den Krankenversicherer frei zu wählen. Diese Wahlmöglichkeit ist Bestandteil des Systems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Freie Arztwahl

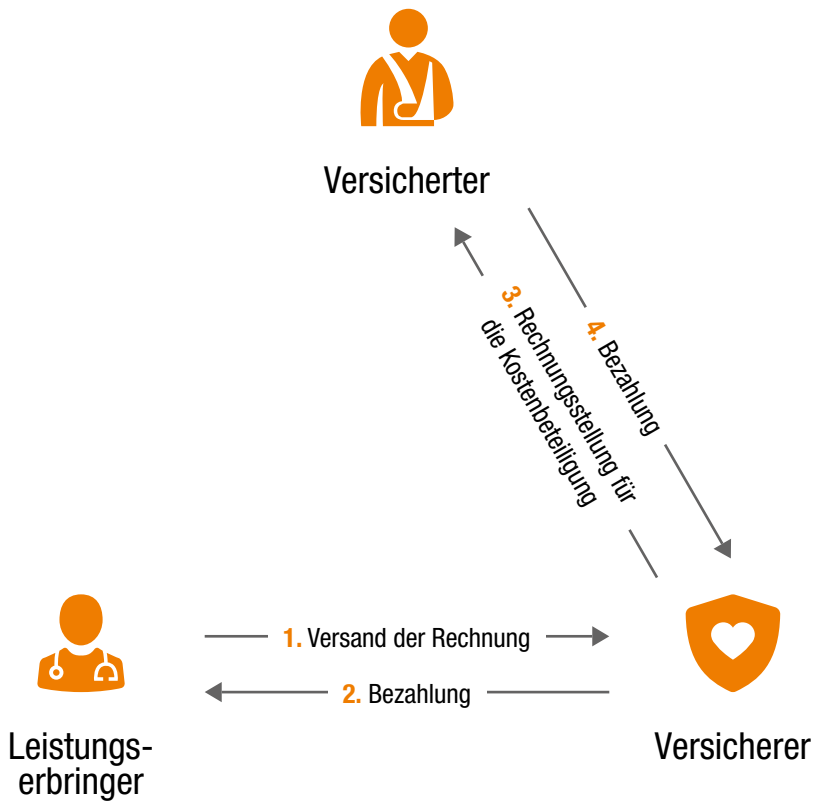
Jeder Patient kann sich beim Arzt seiner Wahl – Allgemeinmediziner oder Spezialist – behandeln lassen, sofern er im Standardmodell versichert ist. Informationen zu Versicherungsmodellen mit besonderen Versicherungsbedingungen – alternative Versicherungsmodelle oder Managed-Care-Modelle – sind auf Seite 5 aufgeführt.





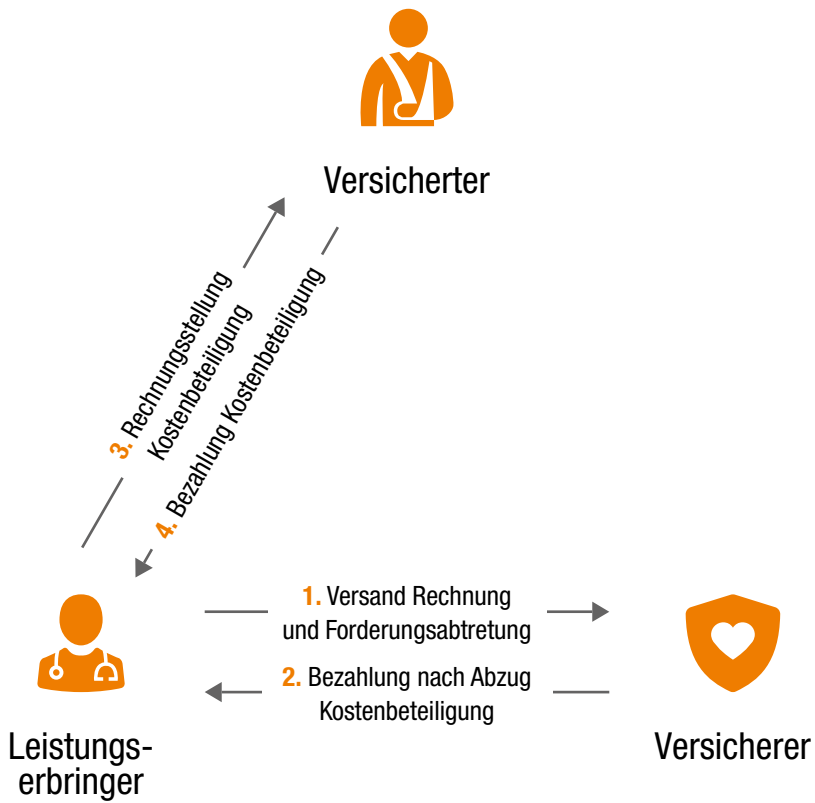
Tiers garant

Wenn nichts anderes vereinbart wurde, schuldet der Versicherte dem Leistungserbringer das Honorar. Im System des «Tiers garant» bezahlt der Versicherte die medizinische Rechnung und erhält anschliessend von seinem Versicherer die entsprechende Rückerstattung.



Tiers payant

In diesem System wird vertraglich vereinbart, dass der Versicherer das Honorar des Leistungserbringers bezahlt und dem Versicherten danach die Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) in Rechnung stellt.



Tiers soldant

Der Leistungserbringer schickt die Rechnung und die vom Patienten unterschriebene Forderungsabtretung an den Versicherer. Damit kann dieser die Rechnung nach Abzug der gesetzlichen Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) direkt dem Leistungserbringer bezahlen. Danach stellt der Leistungserbringer dem Patienten diesen Restbetrag in Rechnung.



Rückstellungen

Buchhaltungsposten, die gebildet werden, um bereits erbrachte, aber noch nicht fakturierte und/oder noch nicht vergütete medizinische Leistungen zu decken. Grundsätzlich entsprechen diese Rückstellungsbeträge den Leistungen, die innerhalb von drei Monaten erbracht werden. So können die Rechnungen der letzten drei Monate des Jahres, die innerhalb des ersten Quartals des Folgejahres beim Versicherer eingehen, vergütet werden.

Reserven

Eigenmittel, über die der Versicherer verfügen muss, um jederzeit und in jedem Fall die Vergütung der Rechnungen für medizinische Leistungen zu garantieren. Reserven müssen eine gesetzlich festgelegte Mindestgrenze erreichen.

Seit dem 1. Januar 2012 werden die nötigen Reserven je nach Risiken, denen ein Versicherer ausgesetzt ist, festgelegt. Es handelt sich dabei um versicherungstechnische Risiken, Marktrisiken und Kreditrisiken, die im sogenannten KVG-Solvenztest berücksichtigt werden. Die Fähigkeit der Versicherer, die Risiken zu decken, wird mit deren Solvenzquote gemessen, die das Verhältnis zwischen den verfügbaren Reserven und den erforderlichen Mindestreserven angibt.

Die Reserven sind für das Gleichgewicht des Systems sehr wichtig: Liegen die Kosten über den Prämieeinnahmen, schöpft der Versicherer aus seinen Reserven, um die Vergütung der medizinischen Leistungen weiterhin zu gewährleisten. Sind die Prämieeinnahmen höher als die Ausgaben, fließen die Überschüsse in die Reserven, die bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden und so zur Dämpfung von Prämienanpassungen beitragen.

Aufsicht

Die Tätigkeit der Krankenversicherer wird von den jeweils zuständigen Bundesbehörden beaufsichtigt. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Sozialversicherung) ist das Aufsichtsorgan das Bundesamt für Gesundheit. Ein besonderes Gesetz, das Krankenversicherungsaufsichtsgesetz (KVAG), ist diesbezüglich am 1. Januar 2016 in Kraft getreten.

Im Bereich der privaten Zusatzversicherungen gemäss VVG überwacht die Eidgenössische Finanzmarktaufsicht (FINMA) die Tätigkeit der Versicherer.

Leistungserbringer

Medizinische Fachkräfte und Institutionen, die zur Tätigkeit zulasten des KVG zugelassen sind: Ärzte, Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Kureinrichtungen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung, Labors, Chiropraktiker, Hebammen, Geburtshäuser, Personen, die auf ärztliche Anordnung hin Leistungen erbringen (z. B. Physiotherapeuten) sowie Transport- und Rettungsunternehmen (Art. 24 bis 31 KVG).

Versicherungsleistungen

Alle Beträge, welche die Krankenversicherer den Versicherten oder den Leistungserbringern vergüten.

TARMED

Medizinisches Tarifsysteem für die Verrechnung aller ambulanten Arztleistungen. Der Tarif umfasst mehr als 4'600 Tarifpositionen; die Bezeichnung der ärztlichen Leistungen ist schweizweit einheitlich, doch der TARMED-Taxpunktwert variiert nach Kanton (siehe www.tarmedsuisse.ch).

DRG

Englische Abkürzung für «Diagnosis Related Groups», die mit «Fallpauschalen» übersetzt werden kann. Bei dieser Tarifstruktur wird jeder Spitalaufenthalt einer Gruppe von Krankheiten zugeordnet und die Leistungen werden pauschal abgerechnet. Dieses System ersetzt das bisherige, bei dem das Prinzip der Tagespauschale galt (Anzahl Tage des Spitalaufenthalts).

Tarifvereinbarungen

Abkommen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern zur Regelung der Beziehungen zwischen den Partnern sowie der Tarife (Tarifschutz).

KVG-Vereinbarung: Abkommen im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Beschwerdeinstanz bei Uneinigkeit zwischen den Partnern ist der Kanton. Letztlich kann der Fall an das Bundesgericht weitergeleitet werden, das in letzter Instanz einen Entscheid trifft.

WG-Vereinbarung: Abkommen, das im Zusatzversicherungsbereich auf privatrechtlicher Basis zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern ausgehandelt wird.

Spitäler

Stationär: Aufenthalt von mehr als einem Tag im Spital oder während mindestens einer Nacht. 2012 wurde ein neues Finanzierungssystem eingeführt, das die Kostenaufteilung der Leistungen auf 55% zulasten der Kantone und 45% zulasten der Krankenversicherer festlegt. Die Tarife basieren auf den DRG.

Ambulant: Spitalaufenthalt während eines einzigen Tages oder ohne Übernachtung. Die nach TARMED fakturierten Kosten werden vollständig von den Versicherern getragen.

Ärzte (Arztpraxen)

Medizinische Behandlungen; Kostenübernahme gemäss TARMED.

Langzeitpflege

Pflegeheime: Einrichtungen zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen (aus Altersgründen oder wegen einer Behinderung).

Spitex: Pflegeleistungen, die beim Versicherten zuhause erbracht werden und im KVG-Leistungskatalog aufgeführt sind.

Komplementär- oder Alternativmedizin

Komplementär- oder alternativmedizinische Behandlungen wie Naturheilverfahren, Homöopathie, Aromatherapie, Reflexologie oder Sophrologie. Es gibt über 200 komplementärmedizinische Methoden, die von rund 25'000 Therapeuten durchgeführt werden.

Zusatzversicherungen: Die obenerwähnten Behandlungen werden grundsätzlich über die Zusatzversicherungen übernommen, wenn sie von Therapeuten durchgeführt werden, die Mitglied eines vom Versicherer anerkannten Verbandes sind, wie beispielsweise die Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin (ASCA) oder das Erfahrungsmedizinische Register (EMR).

Grundversicherung: Seit 1. August 2017 vergütet die Grundversicherung zusätzlich zur Akupunktur vier komplementärmedizinische Behandlungen: Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Phytotherapie und die Traditionelle Chinesische Medizin.

Die Kosten werden nur übernommen, wenn die Leistungen von Ärzten mit spezifischer Ausbildung erbracht werden.



Managed Care (Integrierte Versorgung)

Case Management (Fallmanagement): Betreuung von Patienten in komplexen Situationen (z. B. Patient mit gleichzeitiger Lungen- und Herzerkrankung) in der gesamten Behandlungskette, um so die besten medizinischen Leistungen am besten Ort und zum besten Preis zu gewährleisten.

Disease Management (Krankheitsmanagement): Begleitung bei chronischen Erkrankungen (Diabetes, Herzinsuffizienz etc.) durch optimale Koordination der verschiedenen Akteure in der Behandlungskette sowie durch Mitverantwortung des Patienten.

Medikamente

Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) und Spezialitätenliste (SL): Umfassende Listen der in der Rezeptur verwendeten Präparate und Wirkstoffe sowie der Medikamente mit den Preisen, zu denen sie von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden. Die Listen werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt. Nur vom Arzt verordnete Medikamente und Präparate werden übernommen (www.spezialitaetenliste.ch).

Nicht kassenpflichtige Medikamente: Auf dem Markt erhältliche Medikamente, die nicht auf der Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind und deshalb nicht von der Grundversicherung übernommen werden. Sie können teilweise von einer Zusatzversicherung vergütet werden.

LPPV (Liste pharmazeutischer Präparate mit spezieller Verwendung): Die Medikamente auf dieser Liste werden von den Versicherten bezahlt; sie werden weder von der OKP noch von einer Zusatzversicherung übernommen.

Generikum: Kopie eines Originalmedikaments, dessen Patent (Herstellungsschutz) abgelaufen ist. Generika sind Medikamente mit gleichem Wirkstoff und gleichen Eigenschaften (Wirkung, Indizierung, Dosierung etc.) wie das Original. Da keine Entwicklungskosten zu berücksichtigen sind, ist das Generikum bis zu 70% billiger als das Originalpräparat.



Groupe Mutuel

Gesundheit® Leben® Vermögen® Unternehmen®

Groupe Mutuel

Rue des Cèdres 5 – Postfach – CH-1919 Martigny



Avenir Krankenversicherung AG – Easy Sana Krankenversicherung AG – Mutuel Krankenversicherung AG – Philos Krankenversicherung AG – SUPRA-1846 SA
AMB Versicherungen AG – Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG – Mutuel Versicherungen AG – Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP – Walliser Vorsorge – Mutuelle Neuchâteloise Krankenversicherung