groupemutuel

Glossar zum besseren Verstehen der Kranken-versicherung

Glossario Glossaire
rio Glossaire Gloss
ssary Glossar Glo
Glossar Glossario G
rio Glossaire Gloss
Glossar Glossario G
ssaire Glossary Glo

Dieses Glossar enthält verschiedene Definitionen, die Ihnen dabei **helfen,** die Grundsätze und Abläufe der Krankenversicherung besser **zu verstehen.**

Das Schweizer Gesundheitssystem zählt zu den besten der Welt, aber auch zu den teuersten:

Die Schweiz gibt 11,8 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheitskosten aus (2021: insgesamt 86,3 Milliarden Franken).

Ein gutes Drittel dieses Betrags (35 Prozent) übernimmt die Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung – OKP), ein komplexer Bereich, der von den Krankenversicherern verwaltet wird.

Die Arbeit der Versicherer ist wenig bekannt und wird manchmal missverstanden.

Inhalt

Kapitel 1 / Seite 8

Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung)

Kapitel 2 / Seite 18

Krankenversicherer

Kapitel 3 / Seite 30

Leistungserbringer und Leistungen

Kapitel / Seite 38

Private Zusatzversicherungen

Grundversicherung

(obligatorische Krankenpflegeversicherung)

Wer in der Schweiz wohnt, muss diese Sozialversicherung abschliessen.
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung, auch Grundversicherung genannt, wird im Krankenversicherungsgesetz (KVG) von 1996 geregelt und basiert auf dem Solidaritätsprinzip. Die Prämie hängt ausschliesslich von der Wohnregion und der Altersgruppe ab, d. h. Kinder (0–18), junge Erwachsene (19–25) und Erwachsene (ab 26). Innerhalb dieser Gruppen ist die Prämie für alle versicherten Personen gleich, unabhängig von Gesundheitszustand, Geschlecht oder Alter.

KVG	Krankenversicherungsgesetz von 1996
KVV	Krankenversicherungsverordnung
Obligatorische Krankenpflege-versicherung (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 (KVAG)
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
AVB KVG	Allgemeine Versicherungsbedingungen: Im Rahmen des KVG legen sie die Allgemeinen Bestimmungen (z. B. Prämienzahlung) fest, die für die obligatorische Krankenpflegeversicherung und die freiwillige Taggeldversicherung gelten.
Besondere Bedingungen	Im Rahmen des KVG legen sie die Funktionsweise der alternativen Versicherungsmodelle fest.
Umweltabgaben	CO_2-Abgabe auf fossile Brennstoffe wie z. B. Heizöl und Abgabe auf flüchtige organische Verbindungen (VOC) wie z. B. Farben. Die Höhe dieser Abgaben kann jährlich variieren. Die Abgabe wird, wie vom Parlament vorgesehen, an die Bevölkerung rückverteilt, indem sie von den Krankenversicherungsprämien abgezogen wird.
Beitrag zur Gesund-heitsförderung	Dieser jährliche Beitrag von CHF 4.80 wird vom KVG verlangt und finanziert die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Diese Abgabe ist in der Prämie für die Grundversicherung enthalten.

Alternative Versi-cherungsmodelle (AVM) oder Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungs-erbringer	Grundversicherungsmodelle, bei denen der Versicherte einen bevorzugten Ansprechpartner wählt (Arzt, Apotheke, medizinische Telefon-beratung), den er bei Gesundheitsproblemen zuerst kontaktiert, bevor er weitere Konsultationen in Anspruch nimmt. Er verpflichtet sich, die Grundsätze des gewählten Modells einzuhalten, um unnötige Gesundheitskosten zu vermeiden. Dabei profitiert der Versicherte von bis zu 20 Prozent günstigeren Prämien, abhängig von den Einsparungen, die durch das Modell erzielt werden, und nach Genehmigung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
Verstoss	Medizinische Leistung, die ein Versicherter in Anspruch genommen hat, ohne die Grundsätze seines alternativen Versicherungsmodells einzuhalten (z. B. Aufsuchen eines Dermatologen ohne Überweisung durch den Hausarzt). Die vom Versicherer angewandten Sanktionen variieren je nach Versicherungsmodell (Ablehnung der Rückerstattung oder Umteilung in das Standardmodell).
Abweichungen	Situationen, in denen der Versicherte mit einem alternativen Versicherungsmodell einen Arzt direkt aufsuchen kann, ohne die Grundsätze seines Modells einhalten zu müssen. Dies gilt für Notfälle sowie für gynäkologische und ophthalmologische Behandlungen.
Telemedizinmodell	Alternativmodell, bei dem der Versicherte eine medizinische Telefonberatung kontaktieren muss, bevor er einen Arzt aufsucht. Medizinische Fachpersonen beurteilen die Situation und geben Empfehlungen ab (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.

Flexibles Modell

Alternativmodell, bei dem der Versicherte bei jedem Gesundheitsproblem den ersten Ansprechpartner wählt, der für ihn am besten geeignet ist (Apotheke, Telemedizin oder Hausarzt). Nach dem Beratungsgespräch wird dem Versicherten eine Selbstmedikation oder, wenn nötig, ein Arztbesuch empfohlen.

Ärztenetze, HMO (Health Maintenance Organization) oder Gruppenpraxen

Regionales Ärztenetz, das an einem Standort (z. B. Bereitschaftsdienst) mehrere medizinische Disziplinen vereint

Ziel ist es, die Koordination der Behandlungen zu verbessern, um unnötige Konsultationen oder Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Bestimmte Alternativmodelle vom Typ «Hausarzt» funktionieren nach diesem Prinzip. Der Versicherte muss einen Hausarzt wählen, der auf der Liste des Versicherers steht.

Kopfpauschale

Bestimmte Pflegenetze unterzeichnen eine Vereinbarung mit dem Krankenversicherer, womit sie im Allgemeinen eine Mitverantwortung für das Budget tragen.

Die Vereinbarung sieht eine Entschädigung auf Grundlage einer Pauschale und eines vorgängig festgelegten Budgets pro Versicherten und Jahr vor. Das Netz hat so den Anreiz, das beste Preis-Leistungs-Verhältnis zu bieten.

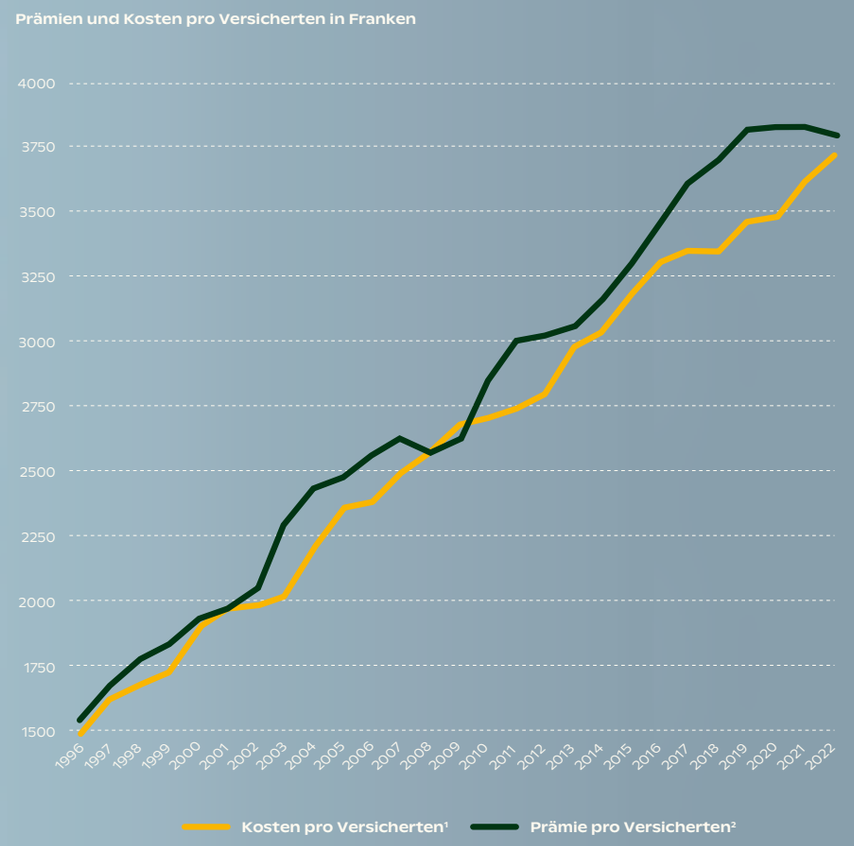
Taggeldversicherung

Diese Versicherung ist freiwillig. Sie schützt gegen das Risiko eines Lohn- oder Erwerbsausfalls infolge Krankheit oder Unfalls. Dieses Risiko kann auch über eine Zusatzversicherung gedeckt werden.

Versicherung ohne Erwerbszweck

Die Grundversicherung verfolgt keinen Erwerbszweck, weshalb die Versicherer in diesem Bereich keinen Gewinn erzielen können. Mögliche Überschüsse fliessen in die Reserven, mit denen die Versicherer die Zahlungen der Leistungen in jedem Fall gewährleisten (siehe unter «Reserven»).

Entwicklung der Durchschnittsprämien und Nettokosten von 1996 bis 2022 in Franken pro OKP-Versicherten (alle Krankenversicherer, ganze Schweiz)



[1] **Kosten pro Versicherten** = Nettokosten für medizinische Leistungen (ohne Verwaltungskosten), pro Jahr

[2] **Prämien pro Versicherten** = Durchschnittsprämien pro Versicherten, pro Jahr

Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2022, Bundesamt für Gesundheit, Stand 17.7.2023

Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), der Prämien und der Reserven in der Schweiz (1996–2019)

Die Gesundheitskosten steigen kontinuierlich, insbesondere aufgrund des zunehmenden Angebots und der erhöhten Nachfrage nach Pflegeleistungen. In den letzten 20 Jahren hat sich der Kostenanstieg durch **den medizintechnischen Fortschritt und den erleichterten Zugang zu bestimmten Eingriffen weiter verschärft,** aber auch **durch die steigende Lebensdauer und die demografische Entwicklung:** weniger junge Menschen und ein wachsender Anteil älterer Menschen.
Die nachstehende 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 Prozent der Prämien hat sich seit der Einführung des KVG 1996 fast halbiert – auf unter 5 Prozent. Gegenwärtig werden 95 Prozent der Prämien für die Finanzierung medizinischer Leistungen für die Versicherten verwendet. Die Reserven gewährleisten die finanzielle Sicherheit der Krankenversicherer und ermöglichen es, unerwartete Entwicklungen der Gesundheitskosten (z. B eine Pandemie) aufzufangen. **Sie sind daher wesentlich für die Stabilität des Krankenversicherungssystems.**

Seit 2012 gelten neue Regeln für die Berechnung der Reserven.

	1996	2005	2012	2015	2016	2017	2018	2019	Jährlicher Anstieg 1996–2019
Bruttogesamtkosten (in Mio. CHF)	12459	20348	25901	30122	31484	32318	32551	34143	4,5%
Nettokosten pro Versicherten[1] (in CHF)	1623	2468	2947	3311	3425	3497	3485	3630	3,6%
Landesweite Durchschnittsprämie pro Versicherten[2] (in CHF)	1539	2487	3075	3289	3442	3605	3735	3772	4,0%
Verwaltungskosten (in % der Prämien)	8,62%	5,40%	5,08%	4,85%	4,74%	4,74%	4,51%	4,57%	n/a
Reserven insgesamt (in Mio. CHF)	_[3]	_[3]	6504	6052	6249	7193	8274	9994	n/a
Reserven pro Versicherten (in CHF)	_[3]	_[3]	818	734	750	857	978	1172	n/a

[1] **Nettokosten:** 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

Kranken-versicherer

Versicherer, die die obligatorische Krankenpflege-versicherung (OKP) durchführen.

In der Schweiz gibt es 45 Krankenversicherer (Stand 1.1.2022). Andere Krankenversicherer bieten private Zusatz-versicherungen an. Einige davon vereinigen mehrere Krankenversicherer unter einem Dach.

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

Prämien

Vom Versicherer eingenommener Betrag zur Deckung der Kosten für medizinische Leistungen. Die Grundversicherung wird nach dem Bedarfsdeckungsverfahren finanziert. Die Prämieneinnahmen eines Geschäftsjahres müssen 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**	CHF 300 pro Jahr; Mindestbetrag, den alle Versicherten selber bezahlen müssen. Die ordentliche Franchise gibt kein Anrecht auf einen Prämienrabatt.
Erwachsene **Wahlfranchisen**	CHF 500, CHF 1000, CHF 1500, CHF 2000, CHF 2500 pro Jahr
Kinder **Ordentliche Franchise**	CHF 0
Kinder **Wahlfranchisen**	CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500, CHF 600 pro Jahr

Selbstbehalt

Beteiligung zu 10 Prozent an den Kosten der in Anspruch genommenen Behandlungen, die den Betrag der Franchise überschreiten. Der Höchstbetrag des Selbstbehalts für Erwachsene ist gesetzlich auf CHF 700 pro Jahr festgelegt. Für Kinder beträgt der maximale Selbstbehalt CHF 350 pro Jahr und Kind (maximal CHF 1000 pro Jahr für alle Kinder derselben Familie). Beispiel eines Erwachsenen, der im Verlauf des Jahres noch keine Behandlung in Anspruch genommen hat:

Ambulante Behandlungen	CHF 1200
Franchise	CHF 300
Selbstbehalt	(CHF 1200 - CHF 300) x 10% = CHF 90
Zulasten **des Versicherten**	CHF 300 (Franchise) + CHF 90 (Selbstbehalt) = CHF 390
Zulasten **des Versicherers**	CHF 1200 – CHF 390 = CHF 810

Spitalkostenbeitrag

Betrag von CHF 15 pro Spitaltag zulasten der versicherten Person (ausgenommen sind Austrittstag und Urlaubstage). Kinder, junge Erwachsene in Ausbildung und Frauen, die bei Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung befreit sind (siehe unter «Mutterschaft»), müssen diesen Beitrag nicht leisten.

WZW-Kriterien

Im KVG verankerter Grundsatz, der besagt, dass alle Grundversicherungsleistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Alle drei Kriterien müssen gleichzeitig erfüllt sein, und der Versicherer ist berechtigt, eine Behandlung, die diese Kriterien nicht erfüllt, nicht zu erstatten (Art. 32 KVG).

Kostenkontrolle

Kontrolle der eingereichten Rechnungen nach den drei zuvor genannten WZW-Kriterien. Diese Kontrolltätigkeit führt zu jährlichen Einsparungen von rund 10 Prozent der gedeckten Leistungen, was mehr als drei Milliarden Franken pro Jahr entspricht.

Diese Effizienz bei der Rechnungskontrolle ist das Ergebnis des Wettbewerbs zwischen den Versicherern, denn es liegt in ihrem Interesse, die Gesundheitskosten und ihre Verwaltungskosten zu dämpfen, um ihren Versicherten konkurrenzfähige Prämien bieten zu können.

Prämienverbilligungen (Subventionen oder Verbilligungen)

Finanzieller Prämienbeitrag für die obligatorische Krankenpflegeversicherung, den die Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die Kriterien für den Erhalt von Prämienverbilligungen (Einkommensgrenzen, Anteil der Beteiligung etc.) werden von den Kantonen festgelegt.

2017 haben 2,2 Millionen Personen, also 26,4 Prozent der Versicherten, eine Prämienverbilligung erhalten. Die von Bund und Kantonen gezahlten Prämienbeiträge beliefen sich auf 4,5 Milliarden Franken.

Die Prämienverbilligung ist keine Sozialhilfe, sondern ein Recht, das den Versicherten zusteht. Die Versicherten sollten also nicht zögern, die Prämienverbilligung bei ihrem Wohnkanton zu beantragen.

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 Portefeuille mit einer geringeren Anzahl von Versicherten in dieser Situation haben, finanziell unterstützt.

Kriterien: Der Ausgleich wird nach vier Kriterien berechnet: Alter, Geschlecht, Aufenthalt in einem Spital oder Pflegeheim im Vorjahr (nach Spitaltagen ab einer Mindestdauer von drei Tagen) und seit 2020 auch nach pharmazeutischen Kostengruppen (PCG). 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 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 jungen Personen und Personen, die nicht mindestens drei Tage hospitalisiert waren.

Vertragszwang (Kontrahierungszwang)

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

Freie Wahl des Versicherers

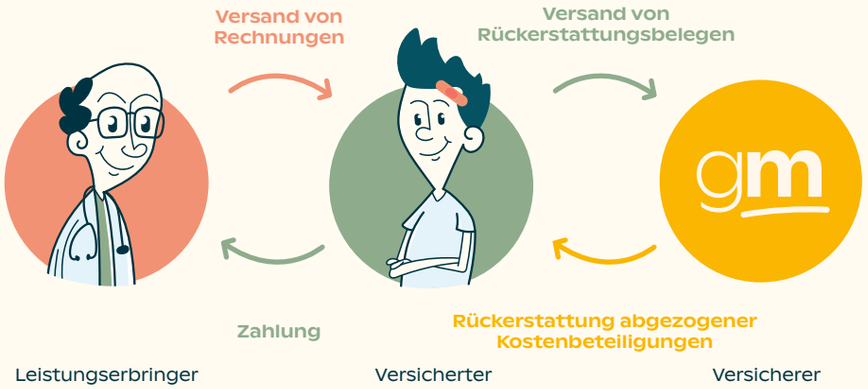
Möglichkeit des Versicherten, seine Grundversicherung frei zu wählen. Diese Wahlmöglichkeit ist Bestandteil des Systems der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die Krankenversicherer müssen alle Personen, die ein Aufnahmegesuch stellen, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand aufnehmen.

Freie Arztwahl

Möglichkeit der Patienten, sich von einem frei gewählten Arzt, ob Allgemeinarzt oder Spezialist, behandeln zu lassen, vorausgesetzt ihre Versicherungsdeckung ist ein Standardmodell.

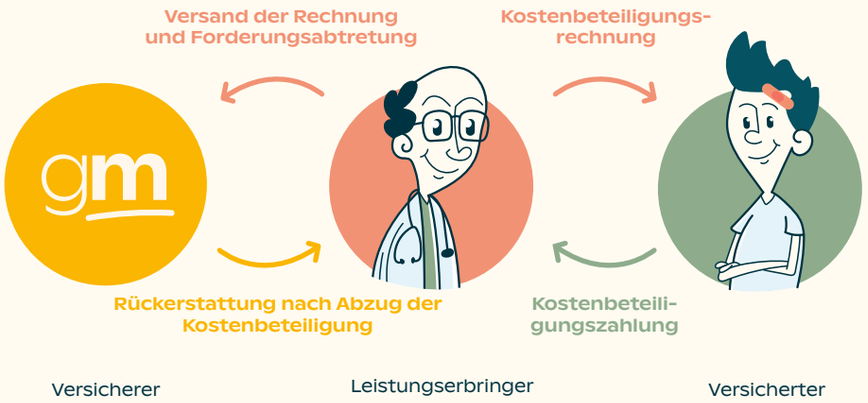
Bei Versicherungsmodellen mit Besonderen Bedingungen müssen die Versicherten die Definition für Alternative Versicherungsmodelle (AVM) oder Modelle mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer beachten.

Tiers garant
Das vom KVG vorgesehene System, wenn es keine Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und dem Versicherer gibt. Der Versicherte schuldet dem Leistungserbringer (Ärzte, Apotheken etc.) das Honorar. Er bezahlt die medizinische Rechnung und erhält von seinem Versicherer die entsprechende Rückerstattung.



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

Tiers soldant
Bei diesem selten angewandten System schickt der Leistungserbringer die Rechnung zusammen mit einer vom Versicherten unterschriebenen Forderungsabtretung an den Versicherer. Dies berechtigt den Versicherer, den Leistungserbringer direkt zu bezahlen, abzüglich der gesetzlichen Kostenbeteiligungen des Versicherten (Franchise, Selbstbehalt). Der Leistungserbringer stellt diese Kostenbeteiligung anschliessend dem Patienten in Rechnung.



Rückstellungen

Buchhaltungsposten, die gebildet werden, um bereits erbrachte, aber noch nicht fakturierte und/oder 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.

Finanzielle Reserven

Eigenmittel, über die die Versicherer verfügen müssen, um die Rückerstattung der medizinischen Rechnungen jederzeit und in jedem Fall 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 verfügbaren Reserven und den erforderlichen Mindestreserven angibt. Die Reserven sind für das Gleichgewicht des Systems äusserst wichtig. Liegen die Kosten über den Prämieneinnahmen, schöpft der Versicherer aus seinen Reserven, um die Vergütung der medizinischen Leistungen weiterhin zu gewährleisten. Sind die Prämieneinnahmen höher als die Ausgaben, fliessen die Überschüsse in die Reserven, die bei der Prämienkalkulation berücksichtigt werden und so zur Dämpfung von Prämienanpassungen beitragen. Wenn die Reserven zu hoch sind, haben die Versicherer das Recht, einen Teil davon an ihre Versicherten zurückzuzahlen.

Aufsicht

Die Tätigkeit der Krankenversicherer wird von den zuständigen Bundesbehörden beaufsichtigt. Im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG (Sozialversicherung) ist die Aufsichtsbehörde das Bundesamt für Gesundheit (BAG). 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. Diese Aufsichtsbehörden sind auch für die Validierung der Prämien und der von den Versicherern angebotenen Versicherungsprodukte zuständig (das BAG für die Grundversicherung und die Finma für die Zusatzversicherungen).

Ombudsman der Privatversicherung

Ombudsstelle, die Versicherte bei Streitigkeiten mit einer Versicherung kostenlos unterstützt.

Leistungserbringer und Leistungen

Leistungserbringer sind Fachpersonen und Institutionen, die zur Ausübung ihrer Tätigkeit zulasten der Grundversicherung zugelassen sind.

Es sind dies Ärzte, Einrichtungen für ambulante Leistungen, die von Ärzten erbracht werden, Apotheker, Spitäler, Pflegeheime, Kureinrichtungen, Abgabestellen für Mittel und Gegenstände im Rahmen einer Untersuchung oder Behandlung, Laboratorien, Chiropraktiker, Zahnärzte für Leistungen zulasten der OKP, Hebammen, Geburtshäuser, Personen, die auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag von Ärzten Leistungen erbringen (Physiotherapeuten, Psychologen etc.), sowie Transport- und Rettungsunternehmen (Art. 24-40 KVG).

Leistungen

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

Stationär oder Hospitalisierung

Aufenthalt von mehr als einer Nacht in einem Spital. 2012 wurde ein neues Finanzierungssystem eingeführt, das die Kostenaufteilung der Leistungen auf 55 Prozent zulasten der Kantone und 45 Prozent zulasten der Grundversicherung festlegt. Die Tarife basieren auf den DRG.

Ambulant

Alle Leistungen (Arzt, Medikamente etc.) oder nicht stationäre Eingriffe. Die nach TARMED fakturierten Kosten werden von den Versicherern getragen.

Unfall

Drei Bedingungen müssen erfüllt sein, damit eine schädigende Einwirkung auf die Gesundheit als Unfall angesehen wird. Die Einwirkung muss plötzlich und nicht beabsichtigt eintreten sowie durch einen ungewöhnlichen äusseren Faktor verursacht worden sein. Personen, die mehr als acht Stunden pro Woche beim selben Arbeitgeber arbeiten oder Arbeitslosengeld beziehen, sind für medizinische Leistungen infolge eines Unfalls versichert. Entsprechend können sie das Unfallrisiko aus ihrer Grundversicherung ausschliessen, was eine Prämienreduktion von 7 Prozent bedeutet.

Mutterschaft

In der Grundversicherung sind die spezifischen Leistungen bei Mutterschaft von den Kostenbeteiligungen der Versicherten befreit (Franchise, Selbstbehalt und Beitrag an die Kosten des Spitalaufenthalts). Weiter sind Leistungen bei Krankheit ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis 8 Wochen nach der Niederkunft ebenfalls von den Kostenbeteiligungen der Versicherten befreit.

Krankheit

Alle Beeinträchtigungen der Gesundheit, die vom Versicherer nicht als Unfall, Mutterschaft oder Prävention betrachtet werden, sind standardmässig eine Krankheit.

TARMED

Medizinisches Tarifsystem, das die Grundlage für die Vergütung aller ambulanten Leistungen bildet, die von einem Arzt erbracht werden. Der Tarif umfasst mehr als 4600 Tarifpositionen; die Bezeichnung der ärztlichen Leistungen ist schweizweit einheitlich, doch der TARMED-Taxpunktwert variiert nach Kanton.

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.

Tarifvereinbarungen

Abkommen zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern (z. B. Spitälern) 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.

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

Langzeitpflege

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

Pflege zuhause, auch Spitex genannt: 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 dem 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 der Patientin oder des Patienten.

Hilfsmittel

Externe und abnehmbare Hilfsmittel wie Rollstühle, Prothesen, Hörgeräte, Rollatoren, orthopädische Schuheinlagen etc. werden in bestimmten Fällen und auf ärztliche Verordnung von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) oder von einer Zusatzversicherung (VVG) übernommen. Sie müssen auf der vom BAG erstellten Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) für die Grundversicherung oder auf einer vom Versicherer erstellten Liste für die Zusatzversicherungen aufgeführt sein.

Medikamente

Spezialitätenliste (SL) und Arzneimittelliste mit Tarif (ALT): Umfassende Listen der in der Rezeptur verwendeten Medikamente, Präparate und Wirkstoffe mit den Preisen, die von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet werden. Die Listen werden vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) erstellt. Die Erstattung erfolgt nur auf ärztliche Verordnung (spezialitätenliste.ch).

Limitierte und nicht kassenpflichtige Medikamente: Auf dem Markt erhältliche Medikamente, die auf der Spezialitätenliste (SL) mit einer Limitierung aufgeführt sind oder nicht auf dieser Liste stehen und somit nicht von der Grundversicherung übernommen werden. Sie können teilweise von einer Zusatzversicherung vergütet werden.

Medikamente der LPPV-Liste: Diese Medikamente werden von den Versicherten bezahlt; sie werden weder von der OKP noch von einer Zusatzversicherung übernommen.

Generika: 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 Prozent billiger als das Originalpräparat. Wenn ein Versicherter es ablehnt, ein Originalmedikament durch ein Generikum zu ersetzen, kann der Selbstbehalt, den er zahlen muss, höher sein (40 statt 20 Prozent). Im Gegensatz dazu gibt es alternative Versicherungsmodelle, bei denen Versicherte, die sich für ein Generikum entscheiden, keine Franchise zahlen müssen.

Private Zusatz-versicherungen

Sie unterstehen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Es handelt sich um freiwillige Privatversicherungen, die zusätzliche Leistungen zur Grundversicherung in folgenden Bereichen decken: Spital (halbprivate und private Abteilungen sowie allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz), Krankenpflegeleistungen (Alternativmedizin, Kuren, nicht kassenpflichtige Medikamente etc.) und diverse Versicherungen (Reiseversicherung, Rechtsschutz etc.).

Bei der Groupe Mutuel haben vier von fünf Versicherten eine Zusatzversicherung abgeschlossen.

Produkt mit ambulanten Leistungen

Zusatzversicherung, die Krankenpflegeleistungen (z. B. Zahnbehandlungen, Transporte mit der Ambulanz, Brillen, Medikamente, die nicht von der Grundversicherung gedeckt sind, Hilfsmittel, Alternativmedizin, Behandlungen im Ausland etc.), Prävention (z. B. Fitness, sportliche Aktivitäten, Stillgeld, Empfängnisverhütung, Geburtsvorbereitungskurse) oder auch die Auszahlung von Kapital (bei einem Spitalaufenthalt, im Todesfall etc.) abdeckt.

Spitalprodukt

Zusatzversicherung, die Spitalaufenthalte (auch als stationär bezeichnet) abdeckt, wenn der Versicherte mindestens eine Nacht im Spital verbringt.

Summen- und Schadensversicherungen

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses erstattet die Summenversicherung den gesamten Betrag, der in den Versicherungsbedingungen festgelegt ist, während die Schadensversicherung nur die Leistungen erstattet, die die versicherte Person tatsächlich in Anspruch genommen hat.

Private oder halbprivate Abteilung

Spitalprodukt, das den Komfort eines Einbett- (privat) oder eines Zweibettzimmers (halbprivat) mit freier Wahl des Spezialisten kombiniert.

Allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz

Das Spitalprodukt ermöglicht es den Versicherten, sich in öffentlichen oder privaten Spitälern in der ganzen Schweiz in der allgemeinen Abteilung behandeln zu lassen. Mögliche Kostenunterschiede zum Wohnkanton werden übernommen.

Flexible Wahl der Abteilung

Spitalprodukt, das vor jedem Spitalaufenthalt die freie Wahl zwischen der allgemeinen Abteilung, der halbprivaten oder der privaten Abteilung bietet, wobei sich die Versicherten pro Spitaltag finanziell beteiligen.

Vorgeburtliche Versicherung

Möglichkeit für werdende Eltern, bereits vor der Geburt eine Zusatzversicherung für ihr Kind abzuschliessen. Dadurch wird das Kind ohne Fragen zum Gesundheitszustand und somit ohne Vorbehalte versichert. Darüber hinaus sind bestimmte Produkte in den ersten Lebensjahren kostenfrei und die Zahlung der Prämien für andere Versicherungen beginnt erst mit der Geburt des Kindes.

AVZ

Allgemeine Bedingungen der Zusatzversicherungen gemäss VVG. Allgemeine Bestimmungen für die privaten Zusatzversicherungen.

Besondere Bedingungen

Im Rahmen des VVG definieren sie die Funktionsweise und die Leistungen der einzelnen Produkte.

Vorbehalt zum Gesundheitszustand und Anzeigepflichtverletzung

Anders als bei der Grundversicherung muss bei den Zusatzversicherungen ein Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden. Der Versicherer kann die Versicherungsdeckung ohne Angabe von Gründen genehmigen oder ablehnen. Er kann auch einen Vorbehalt anbringen, d. h. der Versicherte hat Anspruch auf Leistungen, ausgenommen bei einer bestehenden Erkrankung. Hat der Versicherte es unterlassen, ein Gesundheitsproblem anzugeben (Anzeigepflichtverletzung), kann der Versicherer den Vertrag auflösen und die Rückerstattung der bereits gezahlten Leistungen im Zusammenhang mit dieser Erkrankung einfordern.

Geschlossenes Portefeuille

Versicherungsprodukt, das ein Versicherungsunternehmen nicht mehr verkauft. Das Unternehmen ist ab diesem Zeitpunkt verpflichtet, allen Personen, die dieses Produkt abgeschlossen haben, die Möglichkeit zu bieten, in ein anderes möglichst gleichwertiges Produkt zu wechseln, ohne Fragen zu ihrem Gesundheitszustand.

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding AG Rue des Cèdres 5 1919 Martigny **0848 803 111 / groupemutuel.ch**

Versicherungsgesellschaften der Groupe Mutuel Holding AG: Avenir Krankenversicherung AG / Easy Sana Krankenversicherung AG / Mutuel Krankenversicherung AG / Philos Krankenversicherung AG / SUPRA-1846 SA / AMB Versicherungen AG / Groupe Mutuel Versicherungen GMA AG / Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel Services AG verwaltete Stiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge-GMP Opsion Freizügigkeitsstiftung / Sammelstiftung Opsion / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie