

Glossar zum besseren Verstehen der Krankenversicherung



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 (insgesamt 77,8 Milliarden Franken 2015). 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.

Inhaltsverzeichnis

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (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 1996 in Kraft getretenen
Krankenversicherungsgesetz (KVG) geregelt.

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

Krankenversicherungsaufsichtsgesetz.

KVAV

Verordnung betreffend die Aufsicht über die Krankenversicherung.



KLV

Verordnung über die Leistungen in der Krankenpflegeversicherung. Auch «Leistungskatalog» genannt, definiert sie 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 gesetzlich festgelegten Prämienrabatt (zwischen 5 und 20%).

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 Budgetmitverantwortung übernehmen (Budget: Kostenziel für die Betreuung eines Versichertenkollektivs; Budgetmitverantwortung: Beteiligung des Ärztenetzes an Gewinn oder Verlust bei Erreichen/Nichterreichen der Zielvorgabe). Für das Netz entsteht 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

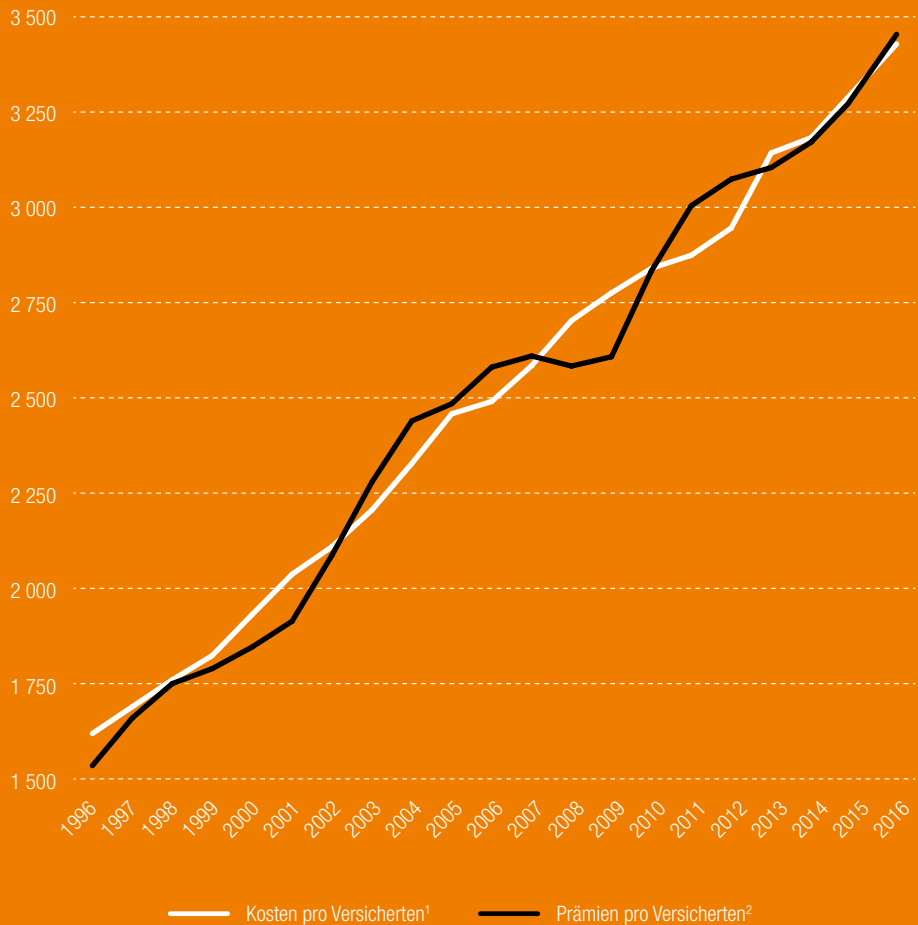
Die obligatorische Krankenpflegeversicherung verfolgt keinen Erwerbszweck. Allfällige Überschüsse fliessen in die Reserven, mit denen die Versicherer gewährleisten, dass die beanspruchten Leistungen in jedem Fall vergütet werden (siehe auch «Reserven»).

AVB (Allgemeine Versicherungsbedingungen gemäss KVG)

Bestimmungen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung und freiwilligen Taggeldversicherung.

Entwicklung der Durchschnittsprämien und der Netto-Kosten von 1996 bis 2016 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

Entwicklung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP), der Prämien und der Reserven in der Schweiz (1996-2016)

	1996	2000	2005	2010	2012	2015	2016	Anstieg im Jahresdurchschnitt 1996-2016
Bruttogesamtkosten (in Mio. Franken)	12'459	15'478	20'348	24'292	25'901	30'122	31'484	4.7%
Nettokosten pro Versicherten¹ (in Franken)	1'623	1'934	2'468	2'842	2'947	3'311	3'424	3.8%
Landesweite Durchschnittsprämie pro Versicherten² (in Franken)	1'539	1'850	2'487	2'834	3'075	3'289	3'442	4.1%
Verwaltungskosten in % der Prämien	8.62%	6.42%	5.40%	5.56%	5.08%	4.85%	4.71%	N/A
Reserven insgesamt (in Mio. Franken)	— ³	— ³	— ³	— ³	6'504	6'052	6'249	N/A
Reserven pro Versicherten (in Franken)	— ³	— ³	— ³	— ³	818	734	750	N/A

¹ Nettokosten: von den Krankenversicherern vergütete Bruttoleistungen abzüglich Kostenbeteiligung der Versicherten und zuzüglich Betriebskosten

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

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 und stellt so das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben her, was wiederum verhindert, dass in einem der sensibelsten Bereiche unseres Sozialsystems Defizite entstehen. Der Anteil der Verwaltungskosten in % der Prämien hat sich seit Einführung des KVG 1996 fast halbiert – auf unter 5%; 95% der Prämien dienen zur Finanzierung medizinischer Leistungen für die Versicherten.

Die Reserven gewährleisten die finanzielle Sicherheit der Krankenversicherer und erlauben das Auffangen einer unerwarteten Entwicklung der Gesundheitskosten. Ihre Funktion ist daher wesentlich für die Stabilität des Krankenversicherungssystems. Seit 2012 sind neue Regeln zur Berechnung der Reserven in Kraft.

Private Zusatzversicherungen

Unterstehen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG).
Freiwillige Privatversicherungen, die zusätzliche Leistungen in folgenden Bereichen decken: Spital (halbprivate und private Abteilung sowie allgemeine Abteilung in der ganzen Schweiz), Krankenpflegeleistungen (wie Komplementärmedizin, 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

Versicherungsdeckung für Spitalaufenthalt in der allgemeinen Abteilung. Mit dieser Deckung können sich Versicherte in öffentlichen und privaten Spitälern der Schweiz behandeln lassen.

AVZ (Besondere Bedingungen der Zusatzversicherungen gemäss VVG)

Bestimmungen zu den privaten Zusatzversicherungen.



Krankenversicherer

Versicherer, welche die obligatorische Krankenpflegeversicherung durchführen. In der Schweiz gibt es 57 Krankenversicherer (2016); einige davon vereinigen mehrere Krankenversicherer unter einem Dach wie die Groupe Mutuel.

Die zehn grössten OKP-Versicherer machen rund 80% des Marktes aus. Für die Versicherten bedeutet diese Vielzahl, dass sie ihren Krankenversicherer frei wählen können. Dadurch entsteht Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern, deren Ziel es ist, die Verwaltungskosten zu begrenzen und den Versicherten möglichst vernünftige Prämien sowie hochwertige Dienstleistungen anzubieten.

Prämien

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

Franchisen

Der Versicherte beteiligt sich an den Kosten, die er verursacht, mit einer Franchise. Bei den wählbaren Franchisen (Wahlfranchisen) erhält er als Gegenleistung einen Prämienrabatt.

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

Der Versicherte beteiligt sich 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

Unter Rechnungskontrolle versteht man die Prüfung der eingehenden Rechnungen nach den drei vorher erwähnten Wirtschaftlichkeitskriterien. Dank der Kontrolle durch die Krankenversicherer werden jährlich 10% der Leistungen weniger ausgegeben, 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 aufs Jahr gerechnet einer Prämiensenkung um rund 5%.

Die Effizienz bei der Kontrolle der Rechnungen für medizinische Leistungen 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

Finanzieller Prämienbeitrag, den Kantone Versicherten in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen gewähren. Die Kriterien für den Erhalt von Prämienverbilligungen (Einkommensgrenzen, % der Beteiligung u. a.) werden von den Kantonen festgelegt. 2014 haben 2,2 Millionen Personen, also rund 27% der Bevölkerung, Prämienverbilligungen erhalten. Die von Bund und Kantonen gezahlten Prämienbeiträge belaufen sich auf 4 Milliarden Franken.

Risikoausgleich

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

Kriterien: Der Ausgleich 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 mit 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 gehört zum System der obligatorischen Krankenpflegeversicherung.

Freie Arztwahl

Möglichkeit der Patienten, sich von einem frei gewählten Arzt, ob Allgemeinarzt oder Spezialist, behandeln zu lassen. Die freie Wahl gilt auch bei verschreibungspflichtigen Leistungen von Apothekern und Physiotherapeuten.



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, Selbstbehalt) in Rechnung stellt.

Rückstellungen

Buchhaltungsposten, die gebildet werden, um bereits erbrachte, aber noch nicht fakturierte und/oder 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 Jahresquartals 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. Die 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 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, Chiropraktoren, 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 Leistungen in einer Arztpraxis, im Spital oder zuhause beim Patienten. 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). Zuständige 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.

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

Spitalaufenthalt

Stationär: Aufenthalt von mehr als einem Tag im Spital oder während mindestens einer Nacht. Anfang 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: Aufenthalt während eines einzigen Tages, ohne Übernachtung. Die Kosten werden gemäss TARMED ganz von den Versicherern getragen.

Ärzte (Arztpraxis)

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) während 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 u. a.) 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: Medikamente, die auf dem Markt erhältlich sind, aber 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 Präparate dieser Liste werden ausschliesslich 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 u. a.) 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



Folgende Versicherungsunternehmen sind Mitglied der Groupe Mutuel, Association d'assureurs: Avenir Krankenversicherung AG – Easy Sana Krankenversicherung AG
Mutuel Krankenversicherung AG – Philos Krankenversicherung AG – SUPRA-1846 SA – AMB Versicherungen AG – CM Ville de Neuchâtel – Groupe Mutuel Versicherungen GMAAG
Mutuel Versicherungen AG – Groupe Mutuel Leben GMV AG
Von der Groupe Mutuel verwaltete Vorsorgestiftungen: Groupe Mutuel Vorsorge GMP – Walliser Vorsorge