



Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt

Medizinische Dienste

Clever krankenversichert

ENTSCHEIDUNGSHILFEN BEI DER WAHL EINES PASSENDEN MODELLS



Alle Personen, die in der Schweiz wohnen, müssen sich gegen Krankheit und Unfall versichern. Diese Grundversicherung ist obligatorisch für alle, unabhängig von Alter, Herkunft und Aufenthaltsstatus. Die Anmeldefrist beträgt drei Monate nach Geburt oder Niederlassung in der Schweiz.

In der Schweiz gibt es zahlreiche Krankenkassen, bei denen diese Grundversicherung abgeschlossen werden kann. Auf der

Plattform des Bundes www.priminfo.ch sind die Versicherungsangebote aller Krankenversicherer im Vergleich zu finden.

Die Leistungen der Grundversicherung sind im Krankenversicherungsgesetz [KVG] festgelegt. Neben dieser obligatorischen Grundversicherung gibt es freiwillige Zusatzversicherungen, welche im Versicherungsvertragsgesetz [VVG] geregelt sind.

Grund- und Zusatzversicherungen unterscheiden sich in drei wichtigen Bereichen:

	GRUNDVERSICHERUNG (KVG)	ZUSATZVERSICHERUNG (VVG)
Leistungen	Alle Krankenkassen bieten in der Grundversicherung die gleichen Leistungen zur gleichen Qualität an. Die Versicherten können sich für ein Modell mit Einschränkungen entscheiden (sogenannte alternative Modelle), was in der Regel zu günstigeren Prämien führt. Dies wird auf den folgenden Seiten erläutert.	Gehört die Leistung nicht zu den Pflichtleistungen der Grundversicherung, werden die Kosten nur übernommen, wenn Sie über eine Zusatzversicherung verfügen, die genau diese Leistung abdeckt (z.B. Brillen, Medikamente ausserhalb der Grundversicherung, alternative Behandlungsformen, Zahnbehandlungen für Kinder).
Aufnahme	Die Krankenkasse ist frei wählbar - die Versicherer müssen alle Antragsstellenden vorbehaltlos in die Versicherung aufnehmen (Aufnahmepflicht).	Die Krankenkassen können entscheiden, ob sie einen Interessenten in die Versicherung aufnehmen oder ablehnen (keine Aufnahmepflicht). Oft wird eine Gesundheitsprüfung durch die Krankenversicherung durchgeführt. Möglich ist auch eine Aufnahme mit Vorbehalten.
Kündigungsfrist	Eine Kündigung und somit ein Wechsel der Versicherung ist bei einer Änderung der vereinbarten Versicherungsbedingungen (bspw. einem Prämienanstieg) möglich. Die Krankenkassen kommunizieren die neuen Prämien bis Ende Oktober. Die Versicherten haben dann bis zum 30. November Zeit, um die Kündigung einzureichen.	Seine alte Zusatzversicherung soll nur auflösen, wer bereits eine neue hat - oder künftig darauf verzichten will. Denn bei Zusatzversicherungen besteht keine Aufnahmepflicht. Wenn die Versicherungsprämie nicht ändert, gilt die meist dreimonatige Kündigungsfrist, d.h. der Kündigungstermin für Zusatzversicherungen ist in der Regel Ende September. Dies kann jedoch je nach Krankenkasse unterschiedlich sein.

Zusatzversicherungen und Grundversicherung müssen übrigens nicht beim selben Versicherungsanbieter abgeschlossen werden. Sie können also Ihre Krankenkasse für die Grundversicherung wechseln und die Zusatzversicherungen bei der alten Kasse behalten.

FÜR WELCHE LEISTUNGEN BIN ICH IN DER GRUNDVERSICHERUNG VERSICHERT?

Die wichtigsten Leistungen sind:

- **Ambulante Behandlungen** Behandlung durch offiziell zugelassene Leistungserbringer (z.B. Hausärzte)
- **Stationäre Behandlungen** Behandlung und Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Spitals, das auf einer offiziellen Liste (Spitalliste) aufgeführt wird
- **Notfall** Notfallbehandlungen, Beiträge an Transport- und Rettungskosten
- **Medikamente und Laboruntersuchungen** Ärztlich verordnete Medikamente, Verbandsmaterialien und Laboruntersuchungen, die auf einer offiziellen Liste stehen (Spezialitäten- resp. Analysenliste, Liste der Mittel und Gegenstände)
- **Schwangerschaft und Geburt** Kontrolluntersuchungen, Kosten der Geburt, Geburtsvorbereitungskurse, Stillberatung, Schwangerschaftsabbruch (ohne Kostenbeteiligung, das heisst ohne Franchise und Selbstbehalt)
- **Medizinische Prävention** Die Grundversicherung übernimmt gewisse Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge wie frauenärztliche Vorsorgeuntersuchung, Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen für Kinder vor Schulbeginn
- **Rehabilitation** Stationäre Rehabilitation nach Operation oder schwerem Leiden, Physiotherapie und Ergotherapie, wenn ärztlich verordnet
- **Krankheitsfall im Ausland** Notfallbehandlungen im Ausland bei befristetem Aufenthalt (z.B. Ferien)
- **Ärztliche Komplementärmedizin** Anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Traditionelle Chinesische Medizin, wenn der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin über eine entsprechende Ausbildung verfügt

Detaillierte Angaben zu den einzelnen Leistungen finden Sie in der Leistungsübersicht Ihrer Krankenkasse.

MODELLE DER GRUNDVERSICHERUNG

In der obligatorischen Grundversicherung (KVG) gibt es verschiedene Modelle, sogenannte alternative Versicherungsmodelle. Sie werden von allen Krankenkassen angeboten. Je nach Angebot und Modell reduziert sich die Prämie um 5 bis 25 Prozent gegenüber der Prämie im Standardmodell bei gleicher Qualität der medizinischen Versorgung. Im Jahr 2015 wählten in der Schweiz über zwei Millionen Versicherte ein alternatives Versicherungsmodell, im Kanton Basel-Stadt waren es knapp 60 Prozent.

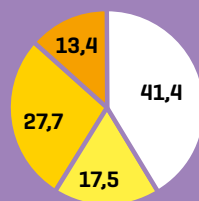
KRANKENVERSICHERUNGSMODELLE, BS 2015

Standardgrundversicherung

HMO-Modell

Hausarztmodell

Restliche Modelle



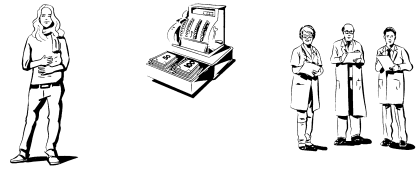
STANDARDMODELL

Im Standardmodell haben Sie die freie Arztwahl.

Im Krankheitsfall können Sie frei wählen, ob Sie zu einem ärztlichen Grundversorger (bspw. einem Hausarzt/einer Hausärztin, einer Internistin/einem Internisten, einer Allgemeinmedizinerin/einem Allgemeinmediziner) oder direkt zu einem Spezialisten gehen.

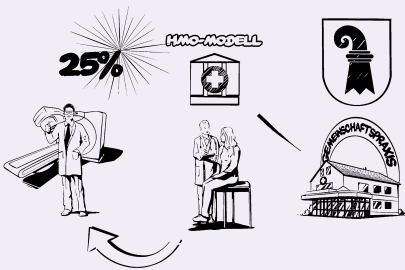
PRÄMIENGEWINN: Im Standardmodell bezahlen Sie die vollen Prämien und profitieren von keinen Einsparungen.

STANDARDMODELL



HMO-MODELLE

Beim Modell der Health Maintenance Organization (HMO) verpflichten sich die Versicherten, im Krankheitsfall immer zuerst eine Ärztin bzw. einen Arzt eines HMO-Zentrums aufzusuchen. HMO-Zentren sind bestimmte Gemeinschaftspraxen in Basel-Stadt.

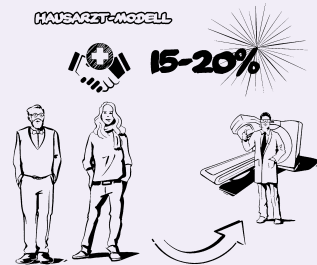


Im Krankheitsfall gehen Sie in ein HMO-Zentrum, in welchem Sie von einer Ärztin bzw. einem Arzt untersucht und beraten werden und je nach Bedarf an einen Spezialisten überwiesen werden.*

PRÄMIENGEWINN: Je nach Krankenkasse sind die Prämien der HMO-Versicherungen bis zu 25 Prozent tiefer als die Prämien des Standardmodells.

HAUSARZTMODELLE

Versicherte im Hausarztmodell verzichten auf die freie Arztwahl und verpflichten sich, im Krankheitsfall immer ihren festen Hausarzt bzw. ihre feste Hausärztin aufzusuchen. Während einige Krankenkassen explizite Auflistungen von infrage kommenden Hausärztinnen und -ärzten führen, ermöglichen andere die freie Hausarztwahl innerhalb eines kassenspezifischen Einzugsgebiets.

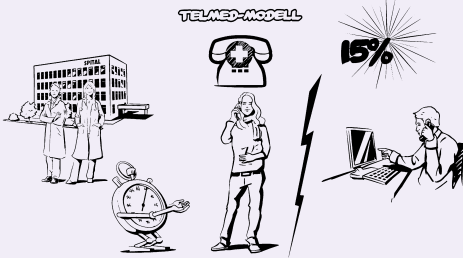


Im Krankheitsfall gehen Sie zu Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt, der Sie untersucht, berät und je nach Bedarf an einen Spezialisten überweist.*

PRÄMIENGEWINN: Die Prämien der Hausarzt-Versicherungsprodukte sind je nach Krankenkasse 15 bis 20 Prozent günstiger als diejenigen des Standardmodells.

TELMED-MODELLE

Bei jedem neu auftretenden Gesundheitsproblem wenden sich die Versicherten vor dem ersten Arztbesuch immer an eine telefonische Beratungsstelle. Dort erteilen medizinische Fachpersonen Auskünfte, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten die Versicherte bzw. den Versicherten an eine Ärztin / einen Arzt, ein Spital oder eine Therapeutin / einen Therapeuten weiter.

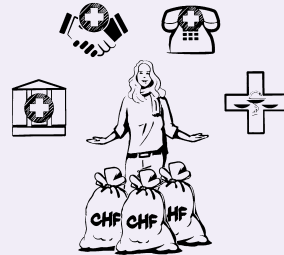


Im Krankheitsfall rufen Sie die Beratungsstelle Ihrer Krankenkasse an und werden dann bei Bedarf an eine Fachperson überwiesen.*

PRÄMIENGEWINN: Je nach Krankenkasse erhalten die Versicherten im Telmed-Modell einen Prämienrabatt von bis zu 15 Prozent im Vergleich zum Standardmodell.

WEITERE MODELLE

Der Markt der alternativen Versicherungsmodelle entwickelt sich laufend. Als niederschwelliges und kostengünstiges Angebot bieten neu einige Apotheken in Zusammenarbeit mit einzelnen Krankenkassen Versicherungsmodelle an.



Im Krankheitsfall gehen Sie beim Apothekenmodell bspw. in eine Vertragsapothekette und werden in einem separaten Raum beraten. Anhand eines vordefinierten Fragekatalogs werden die Symptome erfasst und können häufig abschliessend behandelt werden. Bei Bedarf wird ein Arzt per Telefon beigezogen oder Sie werden direkt an einen Arzt überwiesen. Die Kosten für die Beratung werden von der Krankenkasse übernommen.

PRÄMIENGEWINN: Je nach Krankenkasse erhalten die Versicherten einen Prämienrabatt von bis zu 16 Prozent im Vergleich zum Standardmodell.

SCHAUEN SIE SICH AUCH
UNSEREN CLIP
«CLEVER KRANKENVERSICHERT»
AUF YOUTUBE AN.

* Bei Notfällen, jährlichen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen sowie Kontrolluntersuchungen bei der Augenärztin bzw. beim Augenarzt können Sie direkt den jeweiligen Spezialisten aufsuchen.

KOSTEN DER GRUNDVERSICHERUNG

Krankenkassenprämien

Für die Krankenversicherung wird eine monatliche Prämie fällig. Diese kann je nach Krankenkasse unterschiedlich hoch sein, obwohl in der Grundversicherung bei allen Krankenkassen die gleichen Leistungen enthalten sind.

Kinder bis zum 18. Altersjahr kosten weniger und für junge Erwachsene (zwischen 19 und 25 Jahren) bieten die meisten Krankenkassen verbilligte Prämien an.

Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt und Spitalbeitrag)

Kosten bis mindestens 300 Franken im Jahr für Arzt, Spital und Medikamente müssen die Versicherten bei allen Krankenkassen selber bezahlen. Dieser Beitrag wird Franchise genannt. Die Höhe der Franchise kann bei Versicherungsabschluss den eigenen Bedürfnissen angepasst werden (zwischen

300 und 2500 Franken). Gestaffelt zahlt der Versicherte je nach Höhe der gewählten Franchise eine entsprechend tiefere monatliche Krankenkassenprämie.

Wenn die Arztrechnungen während eines Jahres die Franchise übersteigen, übernimmt die Krankenkasse die weiteren Kosten, wobei 10 Prozent von der versicherten Person getragen werden müssen. Dieser Anteil wird **Selbstbehalt** genannt und ist begrenzt auf maximal 700 Franken pro Jahr, bei Kindern auf maximal 350 Franken. Die anfallenden Kosten bei einer Mutterschaft (Schwangerschaft und Geburt) werden komplett und ohne Selbstbehalt von der Versicherung übernommen. Bei anfallenden Spitalkosten muss ein **Spitalbeitrag** von 15 Franken pro Spitaltag bezahlt werden.



RAT DER KANTONSAPOTHEKERIN

Bei der Wahl des Krankenkassenmodells sollten die eigenen Bedürfnisse an erster Stelle stehen. Da in der Grundversicherung alle Modelle die genau gleichen Leistungen abdecken, ist es eine Typenfrage. Legen Sie zum Beispiel grossen Wert auf persönlichen Kontakt? Dann ist das Hausarztmodell das passende Modell. Möchten Sie die Erstberatung lieber telefonisch durchführen? Dann passt ein Telmed-Modell. Möchten Sie direkt zu einem Spezialisten gehen und die Triage selbst übernehmen? Dann fällt die Entscheidung auf das Standardmodell. Und wenn Sie gerne zuerst eine Apotheke aufsuchen, könnte eines der neuen Zusammenarbeitsmodelle mit Apotheken für Sie infrage kommen.



Wichtig zu wissen ist, dass die Wahl des Modells keinen Einfluss auf die Qualität der Leistung hat. Das heisst, es sind gleich gut qualifizierte Ärzte und Ärztinnen und die gleichen Medikamente. Gerade bei den Medikamenten kann die Patientin / der Patient immer mitentscheiden, ob das Originalmedikament oder ein günstigeres Generikum bevorzugt wird – dabei spielt es keine Rolle, ob die Person im Standardmodell, im HMO-Modell oder in einem anderen Modell versichert ist.

Bei unkomplizierten Erkrankungen wie Augen- oder Blasenentzündungen, Hautpilzen oder Rückenschmerzen sind die netCare-Angebote der Apotheken oft hilfreich. NetCare verbindet die Erstberatung in Apotheken anhand einer standardisierten Triage mit der Möglichkeit einer ärztlichen Konsultation. Der Kunde oder die Kundin wird behandelt, erhält je nach Ergebnis die erforderliche Medikation oder wird an einen Arzt / eine Ärztin oder an eine Notfalleinrichtung verwiesen. Das Angebot kann den Gang in die Notfallstation erübrigen.

Die netCare-Lösungen der Apotheken stehen allen Kunden während der Öffnungszeiten der Apotheken zur Verfügung – je nach gewähltem Versicherungsmodell übernimmt die Krankenkasse die Auslagen von rund 60 Franken pro Beratung.

SPARTIPPS

Die Höhe der Prämien ist nur eines von vielen Kriterien bei der Wahl einer neuen Krankenkasse. Mindestens so wichtig sind die Qualität der Dienstleistungen und die Kundenzufriedenheit.

Wenn Sie mit Ihrer Krankenkasse zufrieden sind und nicht wechseln möchten, gibt es womöglich dennoch Sparpotenzial:

Alternatives Modell der Grundversicherung wählen

Die Krankenkassen bieten verschiedene Alternativmodelle an, die Sie frei wählen können: HMO-Modelle, Hausarztmodelle, Telmed-Modelle etc. Damit können Sie beim gleichen Leistungsumfang bis zu 25 Prozent der Prämien sparen.

Franchise erhöhen

Krankenkassen bieten zum Teil die Möglichkeit an, die Franchise zu erhöhen. Mit einer höheren Franchise senken Sie automatisch Ihre monatlichen Prämien und sparen so jährlich bis zu 1000 Franken. Diese Sparoption bietet sich vor allem dann an, wenn Sie selten eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen und für den Ernstfall über den Betrag in der Höhe der Franchise verfügen.

Unfallversicherung ausschliessen

Wenn Sie mindestens acht Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeiten, sind Sie automatisch gegen Berufs- und

Nichtberufsunfälle versichert. Schliessen Sie in diesem Fall die Unfallversicherung aus Ihrer Versicherungspolice aus und sparen Sie so 6,5 Prozent der Prämie.

Vom Skonto profitieren

Bezahlen Sie Ihre Prämienrechnung einmal jährlich, gewähren Ihnen einige Krankenkassen einen Rabatt von bis zu 2 Prozent.

Als Familie versichert sein

Viele Krankenkassen bieten Prämienrabatte für Kinder. Für das erste Kind kann der Prämienrabatt in der Grundversicherung 75 Prozent betragen, für jedes weitere Kind sogar 80 Prozent.

Prämienverbilligung aufgrund Einkommen

Menschen mit geringem Einkommen steht eine Krankenkassenprämienverbilligung zu. Prüfen Sie, ob Ihnen aufgrund Ihrer Einkommenssituation eine Reduktion der Prämien zusteht. Weitere Informationen finden Sie unter:

www.asb.bs.ch/krankenversicherung/praemienverbilligung.html

Impressum

Gesundheitsdepartement des Kantons
Basel-Stadt, Medizinische Dienste
St. Alban-Vorstadt 19, 4052 Basel

T 061 267 45 20
E-Mail: md@bs.ch
Weitere Informationen finden Sie unter:
gesundheits.bs.ch