

Computeria Urdorf

Liebe Computer-Freaks,

der Computeria-Treff vom September 2020 findet also nicht in Urdorf sondern im Netz statt.

Autor: Werner Huber

Mein Referat gilt nicht einem eigentlichen Computer-Problem aber einer Sache wo wir alle betroffen sind und hoffentlich doch da und dort auf Interesse stösst.

Wir alle sind in einer Krankenkasse grundversichert und haben eventuell noch Zusatzversicherungen. Im Monat September ist der Moment gekommen wo man sich vielleicht über seine Versicherungen ein paar Gedanken machen sollte. Änderungen oder Kündigungen der Zusatzversicherungen müssen bis Ende September erfolgen, für die Grundversicherung hat man bis Ende November Zeit.

Zuerst folgen die allgemeinen Grundlagen über die Grundversicherungen und dann die Zusatzversicherungen.

Viele fragen sich immer wieder, wie und wo könnte ich meine Prämien verbessern. Im Anschluss der Grundlagen versuche ich, Euch einige Tips zu geben.

Krankenkasse – Abschluss, Kosten und Leistungen der Grundversicherung

Bei Geburt oder Zuzug in die Schweiz haben Sie drei Monate Zeit, die obligatorische Krankenpflegeversicherung abzuschliessen. Während dieser Zeit sind Sie bereits versichert. Sie können Ihre Krankenkasse innerhalb der zugelassenen Versicherer frei wählen.

[Sie müssen Prämien, Franchise und Selbstbehalt zahlen](#)

Jeder Versicherte zahlt monatlich eine Prämie an die Krankenkasse. Die Prämienhöhe variiert von Kasse zu Kasse und von Kanton zu Kanton. Für Kinder und Jugendliche gelten tiefere Prämien. Personen mit geringen finanziellen Mitteln haben u.U. Anspruch auf eine Prämienverbilligung.

[Sie müssen sich an den Kosten beteiligen](#)

Im Krankheitsfall geht zudem ein Teil der Behandlungskosten zu Lasten der Versicherten. Diese Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus der Franchise, dem Selbstbehalt und einem Beitrag an die Kosten eines Spitalaufenthaltes.

[Franchise](#)

Die Franchise ist der Betrag (300 CHF für Erwachsene; Kinder bis 18 Jahre zahlen keine Franchise), den Sie jährlich selbst an Ihre Behandlungskosten bezahlen. Erst wenn dieser erreicht ist, beginnen die Leistungen der Krankenkasse.

Selbstbehalt

Von den verbleibenden Behandlungskosten (wenn Franchise erreicht) bezahlen Sie 10 Prozent selbst. Dieser so genannte Selbstbehalt beträgt jedoch pro Jahr maximal 700 Franken für Erwachsene und 350 Franken für Kinder. Wenn Sie Prämien sparen möchten, können Sie Ihre Franchise freiwillig erhöhen.

Spitalbeitrag

Der Beitrag beträgt 15 Franken pro Spitaltag. Kinder, junge Erwachsene in Ausbildung und Frauen, die für Mutterschaftsleistungen keine Kostenbeteiligung bezahlen, zahlen keinen Spitalbeitrag.

Überraschungen vermeiden

Wenn ein Arzt oder eine Ärztin eine Behandlung vornimmt, die nicht von der Grundversicherung gedeckt ist, muss er Sie informieren. Es lohnt sich aber, im Zweifelsfall auch bei Ihrer Krankenkasse nachzufragen.

Leistungen im Detail

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt grundsätzlich die Untersuchung und die Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen. Das Bundesamt für Gesundheit informiert ausführlich über die Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung.

Prämien optimieren

Mit der entsprechenden Wahl der Krankenkasse und mit besonderen Versicherungsformen – z.B. mit freiwilliger Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl oder der Erhöhung der eigenen Kostenbeteiligung (Franchise) – können Sie Versicherungsprämien sparen.

Bei tiefem Lohn – je nach Kanton

Personen, die über bescheidene finanzielle Möglichkeiten verfügen, werden beim Bezahlen der Krankenkassenprämien unterstützt. Wer Anspruch auf Prämienverbilligung hat, ist kantonal geregelt. Massgebende Kriterien sind Einkommen und Anzahl Kinder. In vielen Kantonen werden Sie direkt von der Verwaltung informiert, wenn Sie berechtigt sind. Ermittelt werden Sie jährlich über die Steuerveranlagung. In gewissen Kantonen herrscht aber auch Antragspflicht. Sie haben also nur einen Anspruch, wenn Sie selbst aktiv werden und die Verbilligung jährlich beantragen.

Prämienverbilligung – welche Regelung gilt für mich?

Wenn Sie Ihren Anspruch auf Verbilligung prüfen oder beantragen wollen, kontaktieren Sie die zuständige Stelle in Ihrem Wohnkanton oder Ihrer Wohngemeinde.

Im Kanton Zürich ist alles Wissenswerte unter SVA Zürich zu erfahren.

Ab 2021 gelten im Kanton Zürich neue Regelungen. Die individuelle Prämienverbilligung ist ein finanzieller Beitrag an die Prämie für die obligatorische Krankenversicherung. Damit werden Personen und Haushalte in wirtschaftlich bescheidenen Verhältnissen entlastet. Massgebend sind das Einkommen, das Vermögen, der Zivilstand und die Anzahl Kinder. Wer Prämienverbilligung erhält, ist kantonal geregelt.

Kündigung der Grundversicherung

Wenn Sie Ihre Krankenkasse wechseln möchten, geschieht dies in der Regel Ende Jahr. Jeweils im Herbst genehmigt das Bundesamt für Gesundheit die Prämien für das nächste Jahr. Ihre neue Prämie wird Ihnen durch Ihre Krankenkasse bis spätestens Ende Oktober schriftlich mitgeteilt. Sie haben nun Zeit, die Kündigung Ihrem Versicherer bis spätestens zum 30. November einzureichen. Achtung: An diesem Datum muss der Versicherer Ihr Schreiben erhalten haben.

Für Versicherte mit ordentlicher Franchise (300 Franken) gibt es Ende Juni einen zusätzlichen Kündigungstermin. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate.

Kündigung Zusatzversicherung

Der Kündigungstermin für Zusatzversicherungen ist in der Regel Ende September, die Kündigungsfristen können unterschiedlich sein. Informieren Sie sich in den Vertragsbedingungen oder direkt bei Ihrer Krankenkasse. Zusatzversicherungen und Grundversicherung sind nicht gekoppelt. Sie können bei unterschiedlichen Kassen abgeschlossen werden. Sie dürfen also durchaus Ihre Krankenkasse für die Grundversicherung wechseln und die Zusatzversicherungen bei der alten Kasse behalten.

Versicherung mit ordentlicher Franchise und wählbaren Franchisen

Wahl einer höheren Franchise

In der ordentlichen Versicherung beträgt die Franchise (Jahresbetrag, mit dem Sie sich an den Kosten beteiligen) 300 Franken für Erwachsene. Kinder (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) zahlen in der ordentlichen Versicherung keine Franchise. Sie können eine höhere Franchise wählen und zahlen dafür tiefere Prämien. Für Erwachsene betragen sie 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500 und 600 Franken. Die Kassen müssen nicht alle Wahlfranchisen anbieten. Sie können für Erwachsene und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) unterschiedliche Franchisen anbieten.

Prämienrabatte für die Wahlfranchisen

- Die Kasse muss eine Minimalprämie von 50 Prozent der ordentlichen Prämie mit Unfalldeckung der Altersgruppe und Prämienregion der betroffenen Person erheben. Diese darf nicht unterschritten werden, auch nicht bei einer Versicherung ohne Unfalldeckung oder bei einer Kombination mit einer Versicherung, welche die Wahl des Leistungserbringers einschränkt.
- Zudem darf neu höchstens ein Rabatt von 70 Prozent des zusätzlich übernommenen Risikos gewährt werden. Der entsprechende Betrag (in Franken) ist in der folgenden Tabelle aufgeführt: erste Zeile: Franchise; zweite Zeile: jährlicher Höchststrabatt. Dieser wird jedoch nur gewährt, wenn die Minimalprämie erreicht wird.

•	Erwachsene					Kinder					
	Franchise	500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500
Jährlicher Höchststrabatt	140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Krankenkassen Modelle

Es gibt verschiedene Krankenkassen-Modelle, mit denen man bei der monatlichen Prämie sparen kann. Beispiel sind das: Telemodell, Hausarztmodell, HMO-Modell.

HAUSARZT-Modell

In einem Hausarztmodell übernimmt Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt eine zentrale Funktion - mit dem Ziel, dabei Ihre Behandlungen zu koordinieren und Sie, wenn nötig, an Spitäler und Spezialisten zu überweisen. Der gewählte Hausarzt ist für die medizinische Betreuung der Versicherten, die sich für ihn entschieden haben, zuständig. Wenn es medizinisch notwendig ist, werden die Versicherten von ihm zu einem Spezialisten überwiesen. So sind Sie nicht nur in guten Händen, sondern Ihre Krankenkasse gewährt Ihnen zu all den Vorteilen, die ein Hausarztmodell bietet, auch noch einen von rund 15 bis 20 Prozent günstiger als diejenigen der Standard-Grundversicherung

Telemodell

Beim Telmed-Modell rufen Sie bei gesundheitlichen Problemen immer die Gratis-Hotline der Krankenversicherung des unabhängigen Zentrums für Telemedizin an. Sind weitere Abklärungen oder Behandlungen erforderlich, werden Sie umgehend an einen Arzt oder ins Spital überwiesen.

So erhalten Sie rund um die Uhr und unabhängig von Ihrem Aufenthaltsort medizinische Hilfe und können bei der Krankenkasse bis zu 15% Prämien sparen. Die medizinischen Leistungen sind dieselben wie bei der Standard-Grundversicherung.

HMO-Modell

Beim Krankenkassen-Modell HMO verpflichten sich die Versicherten, immer zuerst das von der Krankenkasse vorgeschlagene Gesundheitszentrum aufzusuchen. In diesem Gesundheitszentrum befinden sich Allgemeinärzte, Therapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungsberater und auch Gynäkologen. Ein HMO-Arzt erhält von der Krankenkasse eine monatliche Pauschale für seine Leistungen. Hierzu gehören Besuche bei externen Spezialisten und auch Spitalaufenthalte.

HMO-Modell: Gruppenpraxis

Dieses Modell funktioniert genau wie das Hausarzt-Modell. Einziger Unterschied ist, dass Sie statt eines Hausarztes eine HMO-Praxis wählen (HMO = Health Maintenance Organization). Eine HMO-Praxis ist eine Gruppenpraxis, in der neben Allgemeinpraktikern meist auch Fachärzte sowie Therapeuten diverser Fachrichtungen tätig sind.

Freie Arztwahl

Die Krankenversicherung mit freier Arztwahl ist das Schweizer Standardmodell. Freie Arztwahl heisst, dass Sie vor jedem Arztbesuch entscheiden, wer Sie behandeln soll. Das gilt für Ärzte und Spezialisten in der ganzen Schweiz. Mit freier Arztwahl nutzen Sie alle Serviceleistungen uneingeschränkt in der ganzen Schweiz.

Was sind die Vorteile vom Standardmodell gegenüber alternativen Versicherungsmodellen?

Mit der freien Arztwahl halten Sie sich stets alle Optionen offen:

- Sie können Ihre behandelnden Ärzte jederzeit frei wählen und direkt aufsuchen.
- Bei Bedarf gehen Sie direkt zu Spezialisten Ihrer Wahl.

Die Wahl des Krankenversicherers und des Umfangs des Versicherungsschutzes ist eine sehr persönliche Angelegenheit. Klären Sie deshalb Ihre individuellen Bedürfnisse ab und prüfen Sie die angebotenen Prämiensparmodelle sorgfältig z.B. in Bezug auf die Einschränkungen der Behandlungsmöglichkeiten (eingeschränkte Wahl des Arztes, des Spitals, der Apotheke oder von Medikamenten), die Distanz zum nächstgelegenen HMO-Standort, die Barzahlung der Medikamente oder den von der Krankenkasse angebotenen Service (bei einigen Kassen läuft der Kontakt mit den Versicherten in erster Linie über das Internet). Bei Fragen wenden Sie sich direkt an den fraglichen Krankenversicherer.

Die Krankenversicherung, eine Grundversicherung, ist für alle in der **Schweiz** wohnhaften Personen **obligatorisch**. Die Grundversicherung erbringt Leistungen bei Krankheit und Mutterschaft und bei Unfällen, die von der Unfall-**Versicherung** nicht gedeckt sind.06.07.2017

Unfallversicherung: Muss ich mich versichern?

Schutz bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten. Die Unfallversicherung wird durch die Arbeitgeberin bzw. durch den Arbeitgeber abgeschlossen.

Wer ist versichert?

Alle in der Schweiz beschäftigten Arbeitnehmenden sind obligatorisch unfallversichert – ausserdem auch Heimarbeiterinnen und Heimarbeiter, Lehrlinge, Praktikantinnen und Praktikanten, Volontärinnen und Volontäre, Personen, die in Lehr- oder Invalidenwerkstätten tätig sind, Hausangestellte und Reinigungspersonal in privaten Haushalten.

Wer ist nicht versichert?

Nicht versichert sind Selbständigerwerbende und nicht erwerbstätige Personen wie Hausfrauen und -männer, Kinder, Studentinnen und Studenten, **Rentnerinnen und Rentner**. **Sie müssen sich im Rahmen der obligatorischen Krankenversicherung gegen Unfälle versichern.**

Leistungen

Die Unfallversicherung deckt die Heilungskosten sowohl bei Berufs- als auch bei Nichtberufsunfällen, d.h. bei Unfällen in der Freizeit. Sie erhalten über die Unfallversicherung auch Leistungen wie Taggelder und Renten. Maximal versichert ist ein Verdienst von 148'200 CHF.

Wichtig

Arbeitnehmende, deren wöchentliche Arbeitszeit bei einem Arbeitgeber nicht mindestens acht Stunden beträgt, sind nur gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten, nicht aber gegen Nichtberufsunfälle versichert (Achtung: Unfalldeckung der Krankenversicherung nicht sistieren!). Dabei gelten Unfälle auf dem Arbeitsweg als Berufsunfälle.

Krankenkasse

Zusatzversicherungen

Im Gegensatz zur [Grundversicherung](#) sind die Leistungen in den [Zusatzversicherungen](#) von Krankenkasse zu Krankenkasse verschieden.

Sie lassen sich in die zwei Kategorien **ambulante Zusatzversicherungen** und **Spital-Zusatzversicherungen** unterscheiden ([Versicherungszweige](#)).

Die **ambulanten Zusatzversicherungen** sind beispielsweise Zusätze für [Alternativmedizin](#), [Nicht-Pflichtmedikamente](#) und Psychotherapie durch Psychologen ohne ärztliche Ausbildung. Weiterhin werden Versicherungen angeboten für:

- Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge wie Abonnemente für Fitness-Center, Hallenbäder, etc.
- Schutz- und Reiseschutzimpfungen
- Bade- und Erholungskuren
- Hauskrankenpflege und Haushaltshilfen
- Brillen und Kontaktlinsen
- Hilfsmittel
- Notfall- und Verlegungstransporte sowie Rettungs- und Bergungskosten
- Zahnbehandlungskosten, Zahnstellungskorrekturen und Massnahmen der Kieferchirurgie
- Behandlungen im Ausland (auch temporär für den Ferienaufenthalt)

All diese Leistungen sind in der Regel auf einen Maximalbetrag pro Kalenderjahr begrenzt.

Die **Spital-Zusatzversicherungen** übernehmen stationäre Leistungen:

Bei der Zusatzversicherung **halbprivate Abteilung ganze Schweiz** hat der Versicherte Anspruch auf die Bezahlung eines Zweibettzimmers. In den Spitälern ist in der Regel der Oberarzt für die Behandlung der Halbprivat-Versicherten zuständig.

Bei der Zusatzversicherung **private Abteilung ganze Schweiz** hat der Versicherte Anspruch auf die Bezahlung eines Einbettzimmers. In den Spitälern ist in der Regel der Chefarzt für die Behandlung der Privat-Versicherten zuständig.

Flex-Modelle: Variante der Spital-Zusatzversicherung. Die Wahl der Spitalabteilung erfolgt erst beim Spitaleintritt. Für die allgemeine Abteilung ganze Schweiz deckt diese Zusatzversicherung die vollen Kosten. Für die Halbprivat- oder Privatabteilung beteiligen sich die Versicherten im von der Krankenkasse festgelegten Umfang an den zusätzlichen Kosten.

Hotellerie-Modelle bieten den Komfort eines 1- oder 2-Bett-Zimmers ohne freie Arztwahl.

Bei einigen Versicherungsmodellen ist die Spitalwahl auf eine kasseneigene Liste eingeschränkt, was zu günstigeren Prämien führt.

Bei den Zusatzversicherungen können die Krankenkassen die Prämien risikogerecht, d.h. abgestuft nach Alter und Geschlecht, gestalten. Sie dürfen auch **Vorbehalte** anbringen.

Die Zusatzversicherung **allgemeine Abteilung ganze Schweiz** deckt allfällige Mehrkosten bei einem Spitalaufenthalt ausserhalb des Wohnkantons. Seit dem 1. Januar 2012 gilt die neue Spitalfinanzierung. Seitdem werden ausserkantonale Spitalaufenthalte von der Grundversicherung und dem Wohnkanton vollständig übernommen, wenn das Spital auf einer Spitalliste aufgeführt ist und die Kosten (Fallpauschale) nicht höher sind als im Wohnkanton. Ist die Fallpauschale höher als im Wohnkanton, gehen sie zu Lasten des Patienten oder dessen Zusatzversicherung. Gerade für Bewohner von Kantonen mit tiefen Spitalkosten, die sich ausserkantonale behandeln lassen wollen, kann sich der Zusatz weiterhin lohnen. Wie bis anhin werden Behandlungen von der Grundversicherung bezahlt, die im Wohnkanton nicht durchführbar sind (z.B. Transplantationen) oder wenn es sich um einen Notfall handelt.

Nun folgen Tipps zur Grundversicherung

In der Grundversicherung ist die Franchise ein bestimmender Teil der Prämie. Jeder kann prüfen ob seine Franchisewahl die richtige ist. Man rechnet alle durch die Krankenkasse in einem Jahr bezahlten Rechnungen zusammen. Um einen repräsentativen Durchschnitt zu haben, sollten die letzten 3 – 4 Jahre gerechnet werden. Liegen die Durchschnittsbeträge unter CHF 1500.00 kann die Franchise von CHF 2500.00 gewählt werden. Eigentlich macht es nur Sinn die tiefste CHF 300.00 oder die höchste 2500.00 Franchise zu wählen.

Eine weitere Komponente ist die Modell-Wahl, jeder prüft seine Wahl.

HAUSARZT-Modell
Telemodell
HMO-Modell
HMO-Modell: Gruppenpraxis
Freie Arztwahl

Versicherungsgesellschaft

Für mich ist das die wichtigste Frage in der Grundversicherung, Jede Gesellschaft erbringt die gleichen vom Gesetz vorgeschriebenen Leistungen aber eben zu sehr unterschiedlichen Prämien. Vielmals höre ich Bedenken zum Kassenwechsel, dass die Leistungen der alten Gesellschaft in der neuen Gesellschaft nicht übernommen würden, oder es im Krankheitsfall beim Kassenwechseldatum Probleme gäbe. Nochmals klipp und klar, die gesetzlichen Leistungen müssen von allen Krankenversicherungen übernommen werden und im Krankheitsfall bezahlt die alte Kasse die Leistungen bis zum 31. Dezember und ab 01. Januar ist die neue Kasse zuständig.

Jedes Jahr ab Mitte **Oktober** prüfe ich die neuen veröffentlichten Prämien und suche die günstigste Variante um allenfalls einen Krankenkassenwechsel zu machen. Es ist wirklich wenig Aufwand um einen Wechsel zu tätigen um Prämien zu sparen. Der nachfolgende Link ergibt die gewünschten Informationen. Im Link Kassenwechsel findet man auch Musterbriefe für die Anmeldung und Kündigung.

[Krankenkasse Schweiz: Grundversicherung, Krankenkassen ...
www.ch.ch > krankenkasse](http://www.ch.ch/krankenkasse)

Nun folgen Tipps zu Zusatzversicherungen

Grundsätzlich kann man im Alter über 60 Jahre keine Zusatzversicherungen abschliessen, also spreche ich nur die Personen an die eine Zusatzversicherung haben.

Die Zusatzversicherungen zur Krankenkasse sind vielfältig und oft sehr kompliziert und in der Regel auch nicht ganz billig, umso wichtiger ist es die abgeschlossenen Leistungen zu prüfen.

Die Leistungen sind so unterschiedlich und jeder Vertrag ist je nach Versicherungsgesellschaft nach den Wünschen des Versicherten ausgestaltet. Darum sind allgemeine Ratschläge nicht möglich.

Im Spital hat man heute viele Möglichkeiten um ohne Zusatzversicherung auf Wunsch und eigene Rechnung besseren Aufenthalt zu bekommen.

Wichtiger Hinweis: Änderungen oder Kündigungen sind bis Ende September möglich.

Ombudsstelle Krankenversicherung

Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenkasse oder ihrem Zusatzversicherer sind sie nicht auf sich allein gestellt. Sie können unentgeltlich die Dienste der Ombudsstelle Krankenversicherung beanspruchen. Die Ombudsstelle befasst sich mit praktisch allen Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenkassen auftreten können. Ihre Zuständigkeit erstreckt sich sowohl auf die obligatorische Krankenpflegeversicherung als auch auf die von den Krankenkassen oder deren Partnergesellschaften betriebenen Heilungskostenzusatz- und Krankentaggeldversicherungen. Kontakte sind nur telefonisch oder schriftlich möglich

Digitaler Service

Die Krankenversicherungen bieten immer mehr digitale Services an. Nebst Chatbots, Live-Chat und Apps gibt es auch immer öfter Ärzte-Hotlines. Jeder kann bei seiner Versicherungsgesellschaft nach diesen hilfreichen Diensten fragen. Sehr wertvoll finde ich die Telefon Hotlines mit Ihren Diensten während täglich 24 Stunden.

Jeder hat seine eigene Versicherung und so kann jeder bestimmen wie man mit diesem Thema umgeht. Aus Erfahrung weiss ich jedoch, dass viele sich mit diesem Thema schwer tun und selber nicht klar kommen.

Gerne bin ich bereit gewisse Hilfe anzubieten, sei es am Telefon oder mit E-Mail, auch ein Feedback über den Computeria Beitrag vom September würde ich mich freuen.

Alle grüsse ich herzlich und wünsche beste Gesundheit.

Werner Huber

Tel. 044 742 25 48

E-Mail: werner.huber@sunrise.ch