



der Krankenversicherung

Der Ratgeber

**zu allen Krankenversicherungsfragen
mit der Familie Santi**



santésuisse

Die Schweizer Krankenversicherer

Les assureurs-maladie suisses

Gli assicuratori malattia svizzeri



Das 1×1 der Krankenversicherung mit der Familie Santi

Liebe Leserin, lieber Leser

Die obligatorische Krankenversicherung ist eine der herausragenden sozialen Errungenschaften der Schweiz. Die gesamte Bevölkerung hat dank der umfassenden Grundversicherung Zugang zu einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung.

Die Publikation «1×1 der Krankenversicherung» richtet sich an alle Versicherten und will Basisinformationen zur Krankenversicherung vermitteln. Im Zentrum steht die versicherte Person – aus diesem Grunde tritt im «1×1 der Krankenversicherung» die Familie Santi auf. Die Präsenz der Familie Santi stellt dar, wie die Krankenversicherung uns über alle Generationen und Lebenssituationen hinweg begleitet.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre des «1×1 der Krankenversicherung» und hoffen, mit der Broschüre etwas zum besseren Verstehen des Gesundheitswesens beizutragen.

Auf www.fam-santi.ch finden interessierte Versicherte weitere nützliche Informationen im Zusammenhang mit der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP. Dank integrierter intelligenter Suchmaschine stehen zudem sofort die richtigen Antworten auf sämtliche individuellen Fragen zu dieser wichtigen Thematik zur Verfügung.



Sepp Santi

*Vorname: Sepp
Name: Santi
Alter: 74 Jahre
Beruf: Pensionierter
Schreiner
Hobbys: Wandern, Jassen*

Früher wurden die Grosseltern ganz selbstverständlich in der Familie gepflegt. Heute sind viele Seniorinnen und Senioren auf die familienexterne Pflege und Betreuung angewiesen und es ist beruhigend zu wissen, dass diesem Umstand in der Krankenpflegeversicherung genügend Rechnung getragen wird.



Olga Santi

*Vorname: Olga
Name: Santi
Alter: 69 Jahre
Beruf: Pensionierte
Verkäuferin
Hobbys: Walking, Lesen*

Vorbeugen statt heilen ist auch für uns ältere Versicherte eine wichtige Aufgabe. Mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die durch die Krankenversicherung mitfinanziert werden, kann ein wichtiger Anreiz geschaffen werden, dass wir in unserem Alter noch aktiv etwas für die Gesundheit unternehmen.



Peter Santi

*Vorname: Peter
Name: Santi
Alter: 42 Jahre
Beruf: Bankangestellter
Hobbys: Biken, Fussball*

Die Krankenkassenprämien können das Familienbudget stark belasten. Es ist wirklich vorteilhaft, dass ich in der Grundversicherung, wo Anspruch auf identische Leistungen besteht, trotzdem aus verschiedenen Anbietern einen günstigen auswählen kann und somit ein gewisser Wettbewerb besteht.



Sonja Santi

*Vorname: Sonja
Name: Santi
Alter: 40 Jahre
Beruf: Lehrerin
Hobbys: Lesen, Kochen*

Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft setzen voraus, dass Frauen dadurch einen höheren Bedarf an Vorsorgeleistungen haben. Das Solidaritätsprinzip in der Krankenpflegeversicherung stellt sicher, dass wir Frauen dies nicht allein bezahlen.



Samira Santi

*Vorname: Samira
Name: Santi
Alter: 17 Jahre
Beruf: Auszubildende
Floristin
Hobbys: Tanzen, Kollegen*

Demnächst werde ich mich selbständig um meine Krankenversicherung kümmern müssen. Viele junge Erwachsene gehen nach der Ausbildung ins Ausland und sind darauf angewiesen, dass sie auch in anderen Ländern einen genügenden Schutz geniessen, den sie sich leisten können.



Yanik Santi

*Vorname: Yanik
Name: Santi
Alter: 8 Jahre
Beruf: Schüler
Hobbys: Velofahren*

Im Moment mache ich mir noch keine Gedanken über die Krankenversicherung. Ich bin froh, wenn mich der Arzt bei hohem Fieber wieder gesund macht.



Pfui, das stinkt ja wie Zigaretten!

Ist Kohle eigentlich unbedenklich?

Samira sollte besser Salat essen!

Wie gut soll ich mich versichern?



Sepp Santi

Mir ist für meine Hüftgelenkoperation ein Spital ausserhalb meines Wohnkantons empfohlen worden. Wird mir die Grundversicherung alle Kosten decken?

Sofern der Eingriff auch ohne weiteres in einem Spital des Wohnkantons durchgeführt werden könnte, deckt der Krankenversicherer die Kosten nur bis zur Höhe der im Wohnkanton geltenden Tarife. Kann der Eingriff nur ausserhalb des Wohnkantons ausgeführt werden, übernimmt der Wohnkanton eine allfällige Deckungslücke ohne Mehrkosten für den Versicherten. Mit der Zusatzversicherung «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz» können finanzielle

Risiken aus allfälligen Deckungslücken vermieden werden.



Olga Santi

Meine Freundin ist «Privat» versichert. Was bietet ihr diese Zusatzversicherung an Mehrleistungen gegenüber der blossen Grundversicherung?

In der Grundversicherung wird grundsätzlich nur der Aufenthalt in einem Spital des Wohnkantons in einem Mehrbettzimmer der allgemeinen Abteilung bezahlt. Mit der Zusatzversicherung «Spital private Abteilung» hat Olga Santis Freundin Anspruch auf ein Einzelzimmer und die Behandlung durch den Chefarzt oder einen Arzt ihrer Wahl.



Peter Santi

Der Schulzahnarzt hat bei Yanik festgestellt, dass die Kieferstellung korrigiert werden muss. Wir erhielten einen Kostenvoranschlag über 7900 Franken. Zahlt die Krankenversicherung mindestens einen Teil an die Kosten?

Die zahnärztliche Behandlung ist grundsätzlich keine Pflichtleistung. Ausnahmen gelten nur für schwere, nicht vermeidbare Kausystemerkrankungen. Die Behandlungskosten werden von der Grundversicherung nur soweit übernommen, wie es der Krankheitswert des Leidens erfordert. Die Kosten für Zahnbehandlungen können über eine Zusatzversicherung gedeckt werden.



Sind wir eigentlich genügend versichert?

... wie hübsch doch meine Olga ist...!

Hoffentlich kriege ich keine Pickel von den Chips.

Wie gut soll ich mich versichern?



Sonja Santi

Ich gebe regelmässig zur Frauenärztin und sie hat mir als Vorsorgemassnahme eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) vorgeschlagen. Werden alle Vorsorgeuntersuchungen von der Grundversicherung bezahlt?

Unter bestimmten Voraussetzungen (Häufung von Brustkrebs in der Familie, Alter) übernimmt die Grundversicherung alle 2 Jahre die Kosten einer Mammographie. Welche Vorsorgeuntersuchungen von der Grundversicherung übernommen werden, ist im Gesetz abschliessend geregelt. Im Rahmen von Zusatzversicherungen vergüten Krankenversicherer noch weitere Vorsorgeuntersuchungen.



Samira Santi

Nach dem Lebrabschluss möchte ich im Ausland Sprachen lernen. Bin ich mit der Grundversicherung ausreichend versichert?

Bei einem Krankheitsfall im Ausland zahlt die Grundversicherung die Arzt- und Spitalkosten für Notfall-Behandlungen zu den in der Schweiz geltenden Tarifen.

In Ländern ausserhalb der EU genügt der Versicherungsschutz möglicherweise nicht und die nicht gedeckten Kosten müssen vom Versicherten übernommen werden. Eine Reise-Zusatzversicherung schliesst diese Lücke.

Wie gut soll ich mich versichern?

Wer in der Schweiz wohnt, muss bei einem Krankenversicherer versichert sein. Die Wahl der Krankenkasse ist frei. Die obligatorische Grundversicherung gewährt allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht und Wohnort Leistungen im Falle von Krankheit, Unfall (sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt) und Mutterschaft. Zusatzversicherungen ergänzen die Grundleistungen entsprechend den eigenen Bedürfnissen.

Grundversicherung

Die Grundversicherung gewährleistet eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung für alle. Diese Krankenpflegeversicherung ist obligatorisch, und jeder Krankenversicherer erbringt die gleichen Leistungen. Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für ambulante Behandlungen beim Hausarzt oder im Spital sowie für stationäre Aufenthalte in der allgemeinen Abteilung in Spitälern im Wohnkanton.

In der Grundversicherung gilt die volle Freizügigkeit. Ein Krankenversicherer darf niemanden zurückweisen, der sich bei ihm versichern will. Der Versicherer darf auch keine Vorbehalte mit Einschränkungen der zu erbringenden Leistungen machen.

Die Leistungen der Grundversicherung sind durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und seine Verordnungen genau festgelegt. Die Leistungen der Krankenversicherer sind identisch. Bestehen Zweifel, ob die Grundversicherung für eine Leistung aufkommt, beispielsweise für einen Spitalaufenthalt ausserhalb des Wohnkantons oder eine bestimmte Behandlung, ist mit dem behandelnden Arzt und dem Krankenversicherer rechtzeitig die Kostenübernahme abzuklären.

Die Grundversicherung deckt die Kosten für Krankheit und Mutterschaft sowie Unfall, sofern kein anderer Versicherer dafür aufkommt. Die Leistungen werden im Wohnkanton erbracht, falls dies möglich ist.

Auch notfallmässige Behandlungen im Ausland sind versichert, so lange eine Rückreise in die Schweiz nicht möglich oder angemessen ist. Dank der bilateralen Abkommen zwischen der Schweiz und der EU erhalten Versicherte bei einem Aufenthalt in einem EU-Land (z. B. Ferienreise) die medizinisch notwendige Behandlung wie die Bewohner dieses Landes.

Zusatzversicherungen

Zusatzversicherungen sind freiwillig und können von den Versicherten nach ihren Bedürfnissen individuell ausgewählt werden. Im Unterschied zur Grundversicherung besteht keine Freizügigkeit. Der Versicherer kann Antrag-

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten von ambulanten Behandlungen bei:

- Ärzten (inkl. bestimmten Anwendungen der Komplementärmedizin, z. B. Akupunktur)
- Chiropraktoren
- Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag von Ärzten Leistungen erbringen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Spitex-Personal etc.)
- Ärztlich verordnete Analysen (z. B. Laboruntersuchungen)
- Behandlung und zeitlich unbegrenzter Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals der Liste des Wohnkantons
- Pflege zu Hause (Spitex) oder im Pflegeheim
- Vom Arzt verordnete Medikamente
- Zahnbehandlungen, die wegen schwerer Krankheit oder Unfall nötig sind
- Beitrag an ärztlich verordnete Badekuren
- Beitrag an medizinisch notwendige Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten
- Unfälle: Gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt
- Bei Mutterschaft werden Kontrolluntersuchungen, Entbindung etc. bezahlt

steller zurückweisen oder Vorbehalte anbringen.

Häufig gewählte Zusatzversicherungen sind: allgemeine Spitalabteilung in der ganzen Schweiz, halbprivate oder private Spitalabteilung, Zahnbehandlung, Taggeldversicherungen, alternative ambulante Behandlungen (z. B. Homöopathie).

Die Zusatzversicherungen unterscheiden sich von Krankenversicherer zu Krankenversicherer:

- Die Leistungen sind verschieden.
- Die Prämien dafür sind verschieden (abgestuft nach Alter, Geschlecht und Region).
- Die Versicherer dürfen Vorbehalte anbringen und Ausschlüsse vornehmen.
- Es herrscht keine Freizügigkeit, wie dies in der Grundversicherung der Fall ist. Die Versicherer und Versicherte können im Schadenfall die beanspruchte Zusatzversicherung kündigen. Vgl. die allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB). Die meisten Versicherer verzichten jedoch auf dieses Recht.

Zusatzversicherung «Spital allgemeine Abteilung ganze Schweiz»

Damit können Versicherte sich auch in Spitälern ausserhalb ihres Kantons behandeln lassen, obwohl eigentlich eine Behandlung in ihrem Wohnkanton möglich wäre. Auch hier gilt allerdings, dass das

gewählte Spital auf der Spitalliste des von ihnen gewählten Kantons stehen muss.

Zusatzversicherungen für ambulante Behandlung:

- Nichtärztliche Therapeuten und Therapeuten
- Schutzimpfungen
- Brillen und Kontaktlinsen
- Zahnstellungskorrekturen bei Kindern
- Alternativmedizin etc.

Zusatzversicherungen für ambulante Behandlung sind allen zu empfehlen, die das gesamte Spektrum der Alternativmedizin in Anspruch nehmen wollen.

Zusatzversicherung «Spital private Abteilung»

Damit werden versicherte Personen im Spital ihrer Wahl in einem Einzelzimmer untergebracht. Hier ist in der Regel der Chefarzt oder die Chefarztin bzw. der Arzt ihrer Wahl für die Behandlung zuständig.

Zusatzversicherung «Spital halbprivate Abteilung»

Mit dieser Versicherung können Versicherte ihren Aufenthalt im Spital in einem Zweibettzimmer verbringen. Auch hier ist der Chefarzt oder die Chefarztin für ihre Behandlung zuständig. In Belegarzt-Spitälern garantiert den Versicherten die Spital-Zusatzversicherung die Behandlung durch den Arzt ihrer Wahl.

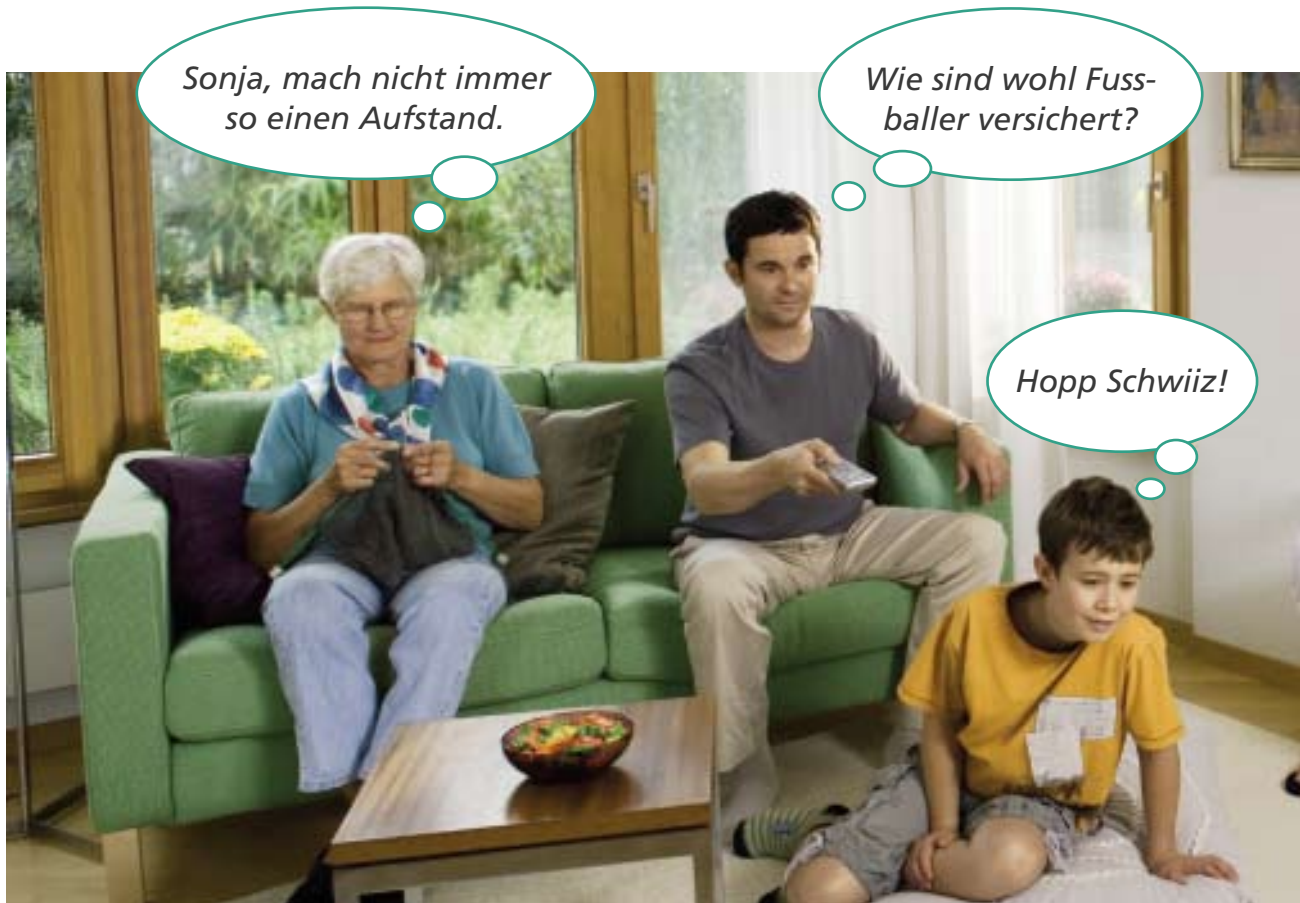
Weitere Zusatzversicherungen

Reisezusatzversicherung

Sie ist vor allem bei Reisen in Länder mit hohen Gesundheitspreisen und Transportkosten (z. B. USA) sinnvoll. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.

Taggeldversicherung

Sie ist sinnvoll, wenn Versicherte im Krankheitsfall ihren Lohn nur während beschränkter Zeit ausbezahlt bekommen. Klären Sie dies nach der Lehrzeit und bei jedem Stellenwechsel bei Ihrem Arbeitgeber.



Sonja, mach nicht immer so einen Aufstand.

Wie sind wohl Fussballer versichert?

Hopp Schwiiz!

Welche Krankenkasse soll ich wählen?



Sepp Santi

Soviel ich weiss, sind die Leistungen bei allen Krankenkassen gleich, also spielt es keine Rolle wo ich versichert bin.

Für die Wahl eines bestimmten Anbieters ist die Prämienhöhe meistens nicht das einzige Kriterium. Die freie Wahl des Krankenversicherers fördert die Servicequalität und spornt zu kostengünstiger Abwicklung an. Unterschiede bestehen auch bei besonderen Angeboten im Rahmen der Grundversicherung, zum Beispiel bei den sogenannten Managed Care-Modellen.



Olga Santi

Ich bin für Grundversicherung und Zusatzversicherung beim gleichen Krankenversicherer. Nun möchte ich für die Grundversicherung zu einem anderen Anbieter wechseln.

Es ist ohne weiteres möglich, Grund- und Zusatzversicherung bei unterschiedlichen Anbietern zu führen. Bei einem Wechsel der Grundversicherung darf der neue Krankenversicherer keine Vorbehalte für eine Leistungseinschränkung anbringen oder anderweitige Bedingungen stellen. Bei einem Wechsel der Zusatzversicherung muss der Antragsteller oder die Antragstellerin Fragen zum Gesundheitszustand beantworten. Die Leistungen der Zusatzversiche-

rungen können dadurch eingeschränkt werden oder die Aufnahme verweigert werden. Auch das Alter kann bei Zusatzversicherungen ein Ablehnungsgrund sein.



Welche Krankenversicherung soll ich wählen?



Peter Santi

Ich habe gehört, dass es einige sehr kleine und kostengünstige Krankenversicherungen gibt. Kommen diese für uns auch in Frage?

Die Mehrheit der Krankenversicherer ist in der ganzen Schweiz tätig. Einige Krankenversicherer nehmen nur Versicherte auf, die in bestimmten Kantonen oder Regionen wohnen.



Samira Santi

Wenn ich auf eigenen Beinen stehen will, muss ich aufs Budget achten. Wo gibt es für mich die günstigste Krankenversicherungsprämie?

Samira kann aus den verschiedenen Angeboten die ihren Bedürfnissen entsprechende Krankenkasse auswählen. Die Wahlfreiheit ist in der Grundversicherung garantiert. Der Wechsel der Versicherung ist an bestimmte Termine und Kündigungsfristen gebunden.



Sonja Santi

Ich habe gelesen, dass Migräne mit Akupunktur gelindert werde. Wird meine Krankenversicherung die Kosten der Behandlung übernehmen?

Unter Komplementärmedizin versteht man alte und neue alternative medizinische Systeme und Methoden, die sich dem ganzen Wesen des Menschen widmen, nicht bloss den körperlichen Strukturen und physikalischen Kräften. Akupunktur und zahlreiche komplementärmedizinische Arzneimittel werden von der Grundversicherung vergütet. Für die Deckung der Kosten weiterer komplementärmedizinischer Behandlungen muss eine Zusatzversicherung abgeschlossen werden.

Welche Krankenversicherung soll ich wählen?

Wer mindestens 18 Jahre alt ist, darf einen Vertrag mit einer Krankenversicherung abschliessen.

Grundversicherung

Die Leistungen der Grundversicherung sind gesetzlich vorgeschrieben und bei allen Anbietern gleich gut. Unterschiedlich sind die zu bezahlenden Prämien.

Für Preisvergleiche können die offiziellen Internetseiten des Bundesamtes für Gesundheit (www.bag.admin.ch), Informationen von Konsumentenschutz- und anderen Organisationen konsultiert werden.

Es gilt die volle Freizügigkeit: Jeder gesamtschweizerisch tätige Krankenversicherer ist verpflichtet, eine in der Schweiz wohnhafte Person zu versichern. Gesundheitliche Vorbehalte zur Einschränkung oder Verweigerung von Leistungen dürfen keine angebracht werden.

Zusatzversicherungen

Die Angebote der Krankenversicherer unterscheiden sich in den Leistungen, beim Preis und im Service. Diese unterstehen dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die Krankenversicherer sind frei in der Ausgestaltung der Leistungen und es können Vorbehalte ausgesprochen oder die Aufnahme ganz verweigert werden.

Sowohl für Grund- und Zusatzversicherungen gilt, dass die Prämienhöhe nicht das einzige Kriterium für die Wahl des Versicherers sein kann. Auch ein guter Service kann ein Grund dafür sein, dass man einem – vielleicht sogar etwas teureren – Krankenversicherer den Vorzug gibt.

Wechsel des Versicherers

Besteht die Absicht, den Versicherer zu wechseln,

sind die Kündigungsstermine und -fristen zu beachten:

Kündigung der Grundversicherung:

- Kündigung auf Ende Juni oder Ende Dezember
- Kündigungsfrist 3 Monate

Kündigung bei erhöhter Franchise, Managed-Care-Modellen (z.B. HMO- oder Hausarztssystem):

- Frühestens nach Ablauf eines ganzen Kalenderjahres
- Kündigung auf Ende Jahr
- Kündigungsfrist 3 Monate

Braucht es in der Grundversicherung überhaupt für identische Leistungen verschiedene Anbieter von Krankenversicherungsleitungen?

- Das Krankenversicherungsgesetz sieht den Wettbewerb unter mehreren Anbietern vor.
- Der Wettbewerb unter den Anbietern schafft Anreize für innovative Lösungen, die den Versicherten zugute kommen.
- Die Versicherten profitieren von der garantierten Wahlfreiheit. Der Konkurrenzdruck unter den Krankenversicherern fördert die Qualität der Dienstleistungen und führt zu einer effizienteren und kostengünstigeren Abwicklung. Wenn am Ende des Geschäftsjahres ein Überschuss aus den Prämieinnahmen nach Abzug der bezahlten Leistungen und nach Abzug der Verwaltungskosten resultiert, werden die Prämien für das Folgejahr angepasst und sofern notwendig die Reserven aufgestockt. Da die Krankenversicherer von Gesetzes wegen keinen Gewinn erzielen dürfen, kommen Überschüsse dadurch den Versicherten in vollem Umfang zu Gute.

Kündigung bei Mitteilung der neuen Prämie:

- Der Versicherer teilt den Versicherten in der Regel im Oktober die neue Prämie für das nächste Jahr mit. In diesem Fall gilt eine verkürzte Kündigungsfrist von einem Monat, unabhängig davon, ob die Prämie steigt, sinkt oder gleich bleibt. Die Kündigung erfolgt auf den 31. Dezember. Das Kündigungsschreiben muss am 30. November beim Versicherer eingetroffen sein (am besten eingeschrieben). Internet-Vergleichsdienste bieten mittlerweile vorbereitete Kündigungsschreiben an.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn der neue Versicherer dem früheren mitgeteilt hat, dass er die Person versichern will. Der Versicherungsschutz bleibt in jedem Fall erhalten.

Bei einem Wechsel der Grundversicherung können die Zusatzversicherungen beim bisherigen Krankenversicherer behalten werden. Der Abschluss der Grundversicherung darf nicht von einer Zusatzversicherung abhängig gemacht werden. Die Kündigungsfristen sind bei den Zusatzversicherungen unterschiedlich. Massgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Der Krankenversicherer muss die Prämienhöhung mindestens 2 Monate im Voraus ankündigen. Erfolgt diese Mitteilung verspätet, verschiebt sich die Prämienhöhung entsprechend.

Beispiel:

Mitteilung im November = Prämienhöhung erst ab 1. Februar.

Warum sind die Prämien in der Grundversicherung nicht für alle gleich?

Die Höhe der Prämie hängt ab vom Wohnkanton, vom Versicherer und davon, ob die Versicherten noch nicht den 18. oder den 25. Geburtstag hatten. Innerhalb eines Kantons sind je nach Kantonsgrösse mehrere Prämienregionen mit unterschiedlichen Prämien möglich.



Wie senke ich meine Prämien?



Peter Santi

Die monatlichen Prämien für meine Familie geben ganz schön ins Geld. Ich will, dass wir gut und günstig versichert sind.

Mit den Prämien bezahlen die Krankenversicherer die von den Leistungserbringern (Spitäler, Ärzte, usw.) geschriebenen Rechnungen, ebenfalls werden die Verwaltungskosten damit gedeckt. Jeder Versicherte und jede Versicherte kann die eigene Prämie direkt durch eine höhere freiwillige Franchise oder den Anschluss an ein spezielles Versicherungsmodell, z. B. Hausarztmodell, Managed Care, usw., senken.



Sonja Santi

Ich werde demnächst wieder Teilzeit arbeiten. Hat das einen Einfluss auf meine Krankenversicherungsprämie?

Wer mehr als 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeitet, ist gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Bei der Krankenversicherung kann der Unfallschutz sistiert werden (d. h. der Unfallschutz auf der Krankenversicherungsseite ruht). Die Prämie reduziert sich dadurch um 5 bis 10 Prozent. Wird die Anstellung wieder aufgegeben, muss der Unfallschutz wieder in Kraft gesetzt werden.



Sepp Santi

Mein Hausarzt kennt mich am besten und ich bin noch nie bei einem andern gewesen. Kann ich davon finanziell profitieren?

Sofern der Arzt über ein so genanntes Hausarztmodell mit dem Krankenversicherer verbunden ist und der Versicherte dieses Modell wählt, sinkt die Prämie. Im Gegenzug verpflichtet sich die versicherte Person für eine ärztliche Behandlung zuerst immer den Hausarzt aufzusuchen.



Yeh, ich werde Millionär!

Für die Krankenkasse sollte auch noch genügend Geld da sein.

Karte gezogen = sofort ohne Busse aus dem Gefängnis

Wie senke ich meine Prämien?



Samira Santi

Kann ich auch Mitte Jahr die Franchisenhöhe ändern? Finanziell würde das bis Ende Jahr noch eine schöne Einsparung ergeben.

Der Wechsel zu einer tieferen Franchise ist jeweils auf Beginn eines Kalenderjahres möglich. Bis zum 30. November muss die gewünschte tiefere Franchise der Krankenkasse schriftlich mitgeteilt werden (Eintreffen des Briefs bei Versicherer). **Erhöhung der Franchise:**

Die Wahl einer höheren Franchise kann jeweils nur auf den Beginn eines Kalenderjahres erfolgen. Bis spätestens 31. Dezember (Feiertage beachten) muss die gewünschte höhere Franchise der Krankenkasse schriftlich mitgeteilt werden.



Olga Santi

Kann ich in meinem Alter meine Zusatzversicherungen noch zu einem anderen Krankenversicherer wechseln?

Für die Zusatzversicherungen sind die Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes VVG massgebend. Durch die darin gegebene Vertragsfreiheit kann ein Krankenversicherer den Abschluss einer Zusatzversicherung von einer Gesundheitsüberprüfung abhängig machen, Vorbehalte anbringen oder den Abschluss ablehnen. Bei einigen Zusatzversicherungen muss deshalb auch damit gerechnet werden, dass ab einem bestimmten Alter kein Abschluss mehr möglich ist.

Wie senke ich meine Prämie?

Ist die Höhe der Krankenversicherungsprämie angemessen?

Die Krankenversicherungsprämie wird als sogenannte Kopfprämie bemessen. Das heisst, dass die Prämienhöhe nicht vom persönlichen Einkommen abhängig ist. Der soziale Ausgleich erfolgt bei den tiefen Einkommen über die Auszahlung von Prämienverbilligungen. Weil rund 40 Prozent der Gesundheitskosten über Steuergelder finanziert werden, leisten Personen mit höherem Einkommen auch einen höheren Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitsversorgung in der Schweiz ist auf einem qualitativ hohen Stand. Das hohe Niveau hat aber auch seinen Preis. Als Folge davon kann die Krankenversicherungsprämie gerade bei tiefen Einkommen das private Budget erheblich belasten. Es liegt im Interesse aller Versicherten und Steuerzahler, dass die Kosten in der Grundversorgung im Griff gehalten werden können.

Die Versicherten können einerseits durch ihr persönliches Verhalten dem Gesundheitswesen einen allgemeinen Beitrag zur Kostensenkung leisten. Das kann in Form von Zurückhaltung bei Arztbesuchen sein. Eine gesunde Lebensweise mit ausreichender Bewegung und ausgewogener Ernährung hilft dem eigenen Wohlbefinden und verringert die Anfälligkeit für Wohlstandskrankheiten.

Direkt spürbar im Portemonnaie sind persönliche Entschiede, welche die Höhe der eigenen Prämie senken können. Zu diesen Möglichkeiten gehören:

- Wahl eines speziellen Arztmodelles (sogenannte Managed Care-Modelle, z. B. Hausarztmodell, HMO-Modell)
- Erhöhung der Franchise
- Kündigung von Zusatzversicherungen
- Sistierung der Versicherung (z. B. Militärdienst über 60 Tage oder Verzicht auf Unfalldeckung sofern vom Arbeitgeber bereits versichert)

- Verpflichtung zum Einholen einer Zweitmeinung («Second Opinion»)
- Wechsel des Krankenversicherers
- Beantragen einer Prämienverbilligung

1. Managed-Care-Modelle

HMO-Modell

(Health Maintenance Organization = Gesundheits-erhaltungsorganisation)

Einige Krankenversicherer betreiben in städtischen Gebieten Gesundheitszentren, in denen fest angestellte Ärzte und Ärztinnen arbeiten. Im Krankheitsfall wird die versicherte Person immer durch dieses Gesundheitszentrum betreut. Der behandelnde Arzt erhält für seine medizinische Betreuung eine monatliche Pauschale. Davon werden alle von ihm selbst oder von externer Stelle erbrachten Leistungen bezahlt. Auch in Notfällen ist immer der HMO-Arzt erste Anlaufstelle. Wenn er nicht erreichbar ist oder der Versicherte sich nicht am Wohn- oder Arbeitsort befindet, ist der nächste Notfallarzt zu kontaktieren. Auch dann ist der Versicherte aber verpflichtet, so bald als möglich Kontakt mit dem HMO-Arzt aufzunehmen.

Prämienreduktion bis 20%.

Hausarzt-Modell

Es handelt sich um einen Zusammenschluss frei praktizierender Ärzte und Ärztinnen,

die mit der Krankenversicherung einen Vertrag abgeschlossen haben. Der Versicherte wählt aus einer Liste seinen persönlichen Hausarzt aus und verpflichtet sich, zuerst immer zu seinem Hausarzt zugehen. Erst wenn es die Behandlung erfordert, wird an den Spezialisten überwiesen. Wie beim HMO-Modell übernimmt der Arzt die Rolle des Pfortners (Gatekeeper), der verhindert, dass die Patienten zu schnell oder überflüssigerweise bei einem oder mehreren teuren Spezialisten landen.

Prämienreduktion bis 20%.

Telefonische Beratung (Telmed-Modell)

Bei der Wahl des so genannten Telmed-Modells verpflichtet sich die versicherte Person, vor dem ersten Arztbesuch eine telefonische Beratung einzuholen. Medizinische Fachpersonen nehmen aufgrund der Angaben eine erste Beurteilung vor, geben Verhaltensempfehlungen ab oder leiten den Patienten an einen Arzt oder ein Spital weiter.

Prämienreduktion bis 15%.

Weiter gibt es auch Modelle, bei denen sich die versicherte Person verpflichtet, nur von der Krankenversicherung bezeichnete Ärzte oder Spitäler aufzusuchen. Im Unterschied zum Hausarztmodell kann der Arzt von Fall zu Fall gewählt werden.

2. Erhöhung der Franchise

Die Franchise ist eine jährliche, in der Maximalhöhe festgelegte Kostenbeteiligung des Versicherten. Gegen eine Prämienreduktion kann die Franchise freiwillig über die ordentliche Höhe von 300 Franken bis auf maximal 2500 Franken erhöht werden.

3. Eigene Bedürfnisse für Zusatzversicherungen abklären

Mit Zusatzversicherungen können die Versicherten Risiken entsprechend den persönlichen Bedürfnissen abdecken. Informieren Sie sich oder lassen Sie sich beraten, ob und welche Zusatzversicherungen für Sie sinnvoll sind.

4. Sistierung der Versicherung

Ausschluss der Unfalldeckung:

Wer mehr als 8 Stunden pro Woche beim gleichen Arbeitgeber arbeitet, wird durch diesen gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Der Unfallschutz beim Krankenversicherer kann während der Dauer des Arbeitsverhältnisses sistiert werden. Die Prämie reduziert sich dadurch um 5 bis 10%. Ist der Versicherte nicht mehr über einen Betrieb gegen Unfall versichert, so ist diese Tatsache der Krankenkasse sofort zu melden. Der

Unfallschutz tritt dann umgehend in Kraft.

Sistierung bei längerem Militärdienst:

Wer mindestens 60 aufeinanderfolgende Tage Dienst leistet (Militär-, Zivil-, Rotkreuzdienst, Zivilschutz), kann für diese Zeit die Sistierung der Prämienzahlung verlangen. Dem Krankenversicherer ist vordienstlich eine Kopie des Marschbefehles (Militärdienstleistende) oder des Aufgebotes (Zivildienstleistende) zuzustellen. Trifft diese Meldung mindestens acht Wochen vor Dienstbeginn beim Versicherer ein, erhebt dieser für die Dauer der Sistierung keine Prämien. Die für den Dienst zuständigen Behörden informieren die dienstleistenden Personen über das Verfahren.

5. Zweitmeinung

(Second Opinion)

Einige Versicherer gewähren ihren Versicherten einen Rabatt, wenn diese sich verpflichten, vor bestimmten Operationen eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen.

Liste der betroffenen Operationen:

- Mandeloperation
- Bandrekonstruktion an Knie- und Sprunggelenk
- Bandscheibenoperation
- Gelenkspiegelung
- Einsetzen künstlicher Gelenke
- Geplanter Kaiserschnitt
- Halluxoperation
- Entfernung der Gebärmutter

- Entfernung der Prostata
- Entfernung der Gallenblase
- Operation des grauen Stars
- Operation von Krampfadern
- Hornhauttransplantation

6. Wechsel des Krankenversicherers

(vgl. dazu Seiten 10 und 11)

7. Prämienverbilligung

Personen mit bescheidenem Einkommen erhalten vom Kanton Verbilligungsbeiträge, damit sie die Prämie für die Grundversicherung zahlen können. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Wohngemeinde.

8. Prämienreduktion für junge Erwachsene

Wenn Versicherte zwischen 18 und 25 Jahre alt sind, erhalten sie im Normalfall bei ihrem Versicherer eine Prämienermässigung. Es lohnt sich nachzufragen.

9. Zurückhaltung bei Arztbesuchen

Wer nicht wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt rennt, verursacht weniger Kosten und entlastet damit sein Portemonnaie.

10. Gesund leben

Wer gesund lebt, ist in der Regel weniger krank und spart Geld.



Einnahmen und Ausgaben: Stimmt die Rechnung?



Peter Santi

In der Grundversicherung gibt es um Milliarden. Da werden entsprechend wohl auch die Gewinne bei den Krankenversicherern sprudeln?

Die Krankenversicherer dürfen von Gesetzes wegen keinen Gewinn machen. Von Jahr zu Jahr erzielte Überschüsse gehören den Versicherten. Positive Abschlüsse dienen der Bildung von Reserven, die als Polster gegen Schwankungen im Kostenverlauf wirken und die Zahlungsfähigkeit der Krankenversicherer gewährleisten. Von jedem Prämienfranken werden 95 Rappen für die Bezahlung der medizinischen Leistungen verwendet. 5 Rappen decken die Kosten der Administration.



Sonja Santi

Die Arztrechnungen sind voll von unverständlichen Angaben. Kann ich als Laie die Rechnung trotzdem kontrollieren?

Als Patient kann man auch ohne Fachkenntnisse die Rechnung darauf hin überprüfen, ob die aufgeführten Leistungen korrekt erfasst und aufgeführt sind. Unstimmigkeiten können die Patienten dem Krankenversicherer oder dem Rechnungssteller mitteilen. Die Arztrechnungen werden nach einheitlichen Vorgaben des Einzelleistungstarifs TARMED schweizweit gleich geschrieben. Zu allen TARMED-Positionen sind Detailangaben öffentlich zugänglich (z. B. über www.tarmedsuisse.ch).



Sepp Santi

Solange ich mich erinnern kann, sind die Prämien immer nur gestiegen. Lässt sich das nicht ändern?

Für die Kostendämpfung muss bei den grossen Kostenblöcken angesetzt werden. Das sind die Arztbehandlungen, die Spitäler, die Medikamente und die Pflege. Eine Rolle spielen schliesslich die Versicherten mit ihren steigenden Ansprüchen. Die Kostenentwicklung wird aber auch beeinflusst durch den wachsenden Anteil älterer Menschen und den medizinischen Fortschritt.



Samira Santi

Ich verdiene noch nicht viel und hätte es deshalb viel lieber, dass meine Arztrechnungen zur Bezahlung direkt an den Krankenversicherer gehen.

Samira Santi kann Ihre Rechnungen auf diese Weise bezahlen lassen. Sofern die versicherte Person nicht bereits in einem Kanton wohnt, der diese Zahlweise vorschreibt, muss diese mit dem Arzt vereinbart werden. Die versicherte Person erhält dann jeweils eine Kopie der Rechnung, die an den Versicherer gegangen ist.



Olga Santi

Kann mein Arzt so viele Behandlungen und Medikamente verschreiben wie er will?

Die ärztliche Tätigkeit muss sich nach dem Grundsatz der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit richten. Anhand von Vergleichswerten innerhalb einer Ärztegruppe überprüfen die Krankenversicherer, ob bei einem Arzt der höhere Kosten ausweist, allenfalls eine Überarztung der Patienten vorliegt. Auffällige Abweichungen von den Durchschnittsn können aber auch auf Besonderheiten bei den Patienten und spezielle Behandlungen zurückzuführen sein.

Einnahmen und Ausgaben: Stimmt die Rechnung?

In den meisten Fällen schickt der Arzt die Rechnung dem Patienten. Die versicherte Person bezahlt die Rechnung und schickt das Original an den Versicherer, welcher seinerseits die Rechnung kontrolliert und dem Patienten das bereits bezahlte Arzt-Honorar vergütet. Diese Zahlweise wird als «Tiers garant» bezeichnet.

In einigen Kantonen geht die Arztrechnung direkt an den Krankenversicherer. In diesem Fall erhält die versicherte Person eine Rechnungskopie. Diese Zahlweise wird als «Tiers payant» bezeichnet. Auf Wunsch kann mit dem Arzt diese Zahlweise auch direkt vereinbart werden.

Gleich wie bei anderen Rechnungen empfiehlt es sich, die Arztrechnung zu kontrollieren. Darauf ist zu achten:

- Stimmt die Anzahl Konsultationen (Kontakte mit dem Arzt)
- Stimmen die aufgeführten Medikamente in Art und Menge
- Stimmen die übrigen Punkte (z. B. speziell aufgeführte Behandlungen) aus Sicht des Patienten

Unstimmigkeiten sind mit Bleistift direkt auf der Rechnung beziehungsweise der Rechnungskopie zu markieren. Die beanstandete Rechnung ist von der versicherten Person an denjenigen Versicherer zu leiten, bei dem sie zum Zeitpunkt der Behandlung versichert war.

Es ist selbstverständlich auch möglich, direkt beim Rechnungssteller zu reklamieren und eine bereinigte Rechnung zu verlangen

TARMED

TARMED ist der Einzelleistungstarif, der für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital, in der freien Praxis und beim Patienten daheim Gültigkeit hat. Die Abrechnung dieser Leistungen ist in rund 4600 Tarifpositionen geregelt.

Details zu TARMED sind auf der Website von TARMED Suisse (www.tarmedsuisse.ch) einsehbar.

TARMED erleichtert und fördert den elektronischen Datentransfer zwischen den Versicherern und den Ärzten bzw. Spitälern. Dazu gehört auch das standardisierte Rechnungsformular:

Code	Beschreibung	Menge	Einheit	Preis	Netto	Brutto
0101.0001	001 Konsultation	1	Stk	10.00	10.00	10.00
0101.0002	002 Konsultation	1	Stk	15.00	15.00	15.00
0101.0003	003 Konsultation	1	Stk	20.00	20.00	20.00
0101.0004	004 Konsultation	1	Stk	25.00	25.00	25.00
0101.0005	005 Konsultation	1	Stk	30.00	30.00	30.00
0101.0006	006 Konsultation	1	Stk	35.00	35.00	35.00
0101.0007	007 Konsultation	1	Stk	40.00	40.00	40.00
0101.0008	008 Konsultation	1	Stk	45.00	45.00	45.00
0101.0009	009 Konsultation	1	Stk	50.00	50.00	50.00
0101.0010	010 Konsultation	1	Stk	55.00	55.00	55.00

Was muss ich selber bezahlen?

Die versicherte Person muss einen bestimmten Teil der Kosten selber tragen über die so genannte Franchise und den Selbstbehalt. Ausnahme: Auf den Leistungen bei Mutterschaft wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Franchise

Würden Leistungen in Anspruch genommen, muss die versicherte Person 300 Franken pro Jahr selber zahlen (ordentliche Franchise). Die Krankenversicherung übernimmt nur den Kostenanteil, der die Franchise übersteigt. Für Kinder wird keine ordentliche Franchise erhoben.

Die Franchise kann freiwillig höher gewählt werden – gegen eine entsprechende Prämienermässigung. Erwachsene und junge Erwachsene können eine Franchise von maximal 2500 Franken, Kinder von maximal 600 Franken wählen.

Selbstbehalt

Wenn die Franchise ausgeschöpft ist, vergütet die Krankenversicherung die über der Franchise liegenden Kosten zu 90 Prozent. Der Patient trägt die verbleibenden 10 Prozent der Abrechnung, *allerdings nur bis zum Höchstbeitrag von 700 Franken pro Jahr*. Für Kinder liegt die Obergrenze bei 350 Franken.

Beitrag an den Spitalaufenthalt

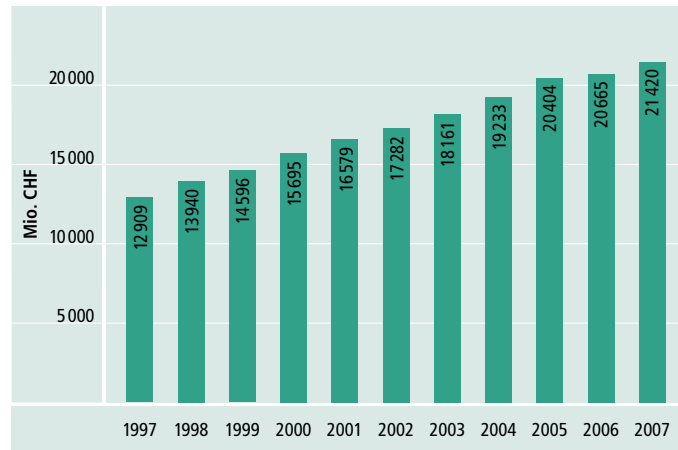
Allein stehende Personen müssen sich mit 10 Franken pro Tag an den Kosten eines Spitalaufenthaltes beteiligen – ungeachtet der Franchise und des Selbstbehalts. Für Leistungen bei Mutterschaft wird kein solcher Beitrag erhoben.

Das kostet die Grundversicherung

In der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) sind seit Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes 1997 die Kosten von Jahr zu Jahr angestiegen. Das Kostenwachstum betrug im Jahr 2007 pro versicherte Person 4,4 Prozent. Seit 2003 sind die Gesamtkosten von 19,3 auf 21,5 Milliarden Franken gestiegen. Dies entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Kostenwachstum von 5%.

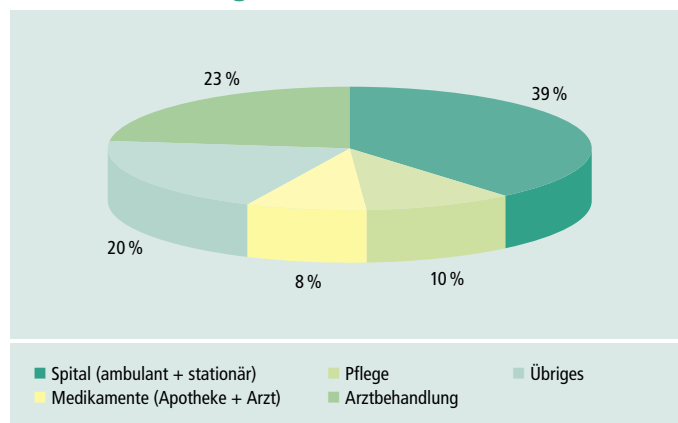
$\frac{4}{5}$ der Kosten in der Grundversicherung werden durch die Spitäler, die Medikamente und die Ärzte verursacht. Alleine die Spitalkosten ambulant und stationär schlagen mit rund 8,3 Milliarden Franken zu Buche.

Gesamtkosten in der Grundversicherung



Quelle: santésuisse-Datenpool

Die fünf grossen Kostenblöcke in der Grundversicherung 2007



Quelle: santésuisse

Reserven und Rückstellungen ja – Gewinn nein!

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) ist nicht gewinnorientiert. Wenn die Einnahmen die Ausgaben für die Bezahlung der Leistungen und Verwaltungskosten übertreffen, muss der Überschuss vollumfänglich den Versicherten zugute kommen. Die Krankenversicherer sind verpflichtet, jederzeit ihren finanziellen Verpflichtungen nachzukommen. Dafür bilden sie Reserven, welche eine gesetzliche Mindesthöhe erreichen müssen. Betriebswirtschaftlich betrachtet, sind Reserven Eigenkapital der Versicherer. Einen anderen Charakter haben die Rückstellungen. Sie werden für die Deckung bereits erbrachter, aber noch nicht bezahlter Leistungen gebildet und gehören damit zum Fremdkapital.



Etwas mehr Fitness würde Yanik auch nicht schaden.

Bewegung ist halt schon wichtig in meinem Alter.

... geht das nicht schneller?!

Haben wir die Regenmäntel eingepackt?

Wie bleibe ich gesund?



Peter Santi

Ich sollte wieder mehr Sport machen, aber mir fehlt die Zeit dazu.

Jeder dritte Erwachsene und bereits jedes fünfte Kind leidet unter Übergewicht. Schon mit 30 Minuten täglicher aktiver Betätigung lässt sich ein Trainingseffekt erzielen und Übergewicht vorbeugen. Es muss nicht immer Sport sein. Regelmässiges Treppensteigen oder Arbeiten im Garten genügen bereits als Einstieg.



Sonja Santi

Wenn ich ins Wasser-Jogging gehe, zahlt mir der Krankenversicherer einen Beitrag an die Kurskosten?

Einige Krankenversicherer übernehmen auf freiwilliger Basis einen Teil der Kurskosten. Eine Anfrage kann sich lohnen!



Sepp Santi

Ist es richtig, dass ich mit meiner Krankenversicherungsprämie einen Beitrag an die Gesundheitsprävention zahlen muss?

Die Krankenversicherer betreiben zusammen mit den Kantonen gemeinsam eine Institution zur Verhütung von Krankheiten und zur Förderung der Gesundheit. Unter dem Namen «Gesundheitsförderung Schweiz» nimmt diese Institution ihre Aufgabe wahr. Jede versicherte Person beteiligt sich über einen Prämienbeitrag an deren Finanzierung.



Samira Santi

Wenn ich gesund lebe, sinkt meine Krankenversicherungsprämie nicht. Wo bleibt da für mich der Anreiz?

Eine gesundheitsbewusste Lebensweise unterstützt das Wohlbefinden und hilft mit, Stress und Leistungsanforderungen besser zu bewältigen. Wer weniger häufig krank ist, profitiert nicht nur persönlich davon, sondern leistet auch einen Beitrag an die Dämpfung der Kosten unseres Gesundheitswesens.



Olga Santi

Frisches Gemüse und Früchte schätze ich über alles. Im Winter ist das aber viel zu teuer.

Als Alternative zu Saison-gemüse und -früchten stehen Tiefkühlprodukte den Frisch-waren kaum nach. Es kann deshalb unbedenklich auf die qualitativ guten und kosten-günstigen Tiefkühlprodukte zurückgegriffen werden.

Wie bleibe ich gesund?

In unserem Gesundheitswesen ist die Gesundheitsförderung eine Aufgabe, die weitgehend in der persönlichen Verantwortung jedes Einzelnen liegt. Wie regelmässige Umfragen zeigen, steigt aber auch die Unterstützung von Behördenmassnahmen, welche auf ungesundes Verhalten einwirken wollen. Ein Beispiel dafür ist die rasch gestiegene Akzeptanz von Rauchverboten in öffentlichen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln und Restaurants.

Gesundes Körpergewicht

Insgesamt ist unsere Gesellschaft mobiler geworden, aber der Anteil der aktiven Bewegung geht zurück. Übergewicht und Bewegungsangel werden für die Entstehung zahlreicher Erkrankungen mitverantwortlich gemacht.

Schon 30 Minuten tägliche Bewegung mit Alltagsaktivitäten unterstützt das Erreichen und Halten eines gesunden Körpergewichts.

Dazu müssen Sie sich nicht unbedingt ins Sporttunee stürzen. Steigen Sie einfach eine Tram-

oder Bushaltestelle früher aus und gehen Sie zu Fuss! Nehmen Sie die Treppe statt den Lift! Und wenn Sie sich lieber in einer Gruppe bewegen, so gibt es sicher in Ihrer Nähe Angebote von Gemeinden oder Sportvereinen für Wasserjogging, Nordic Walking, Lauftreff, und vieles mehr.

besser! Legen Sie zu Hause und am Arbeitsplatz die Früchte in Griffweite bereit. Übrigens: In der Schweiz erreicht unser Trinkwasser aus dem Hahnen in vielen Ortschaften gar Mineralwasserqualität – ein Grund mehr, auf gesüsste Getränke zu verzichten.

Gesund ernährt mit viel Gemüse und Früchten

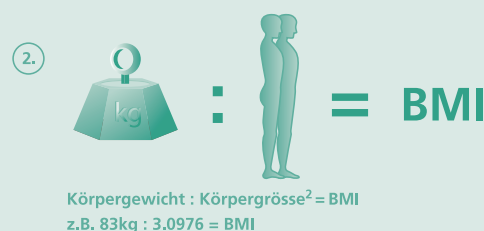
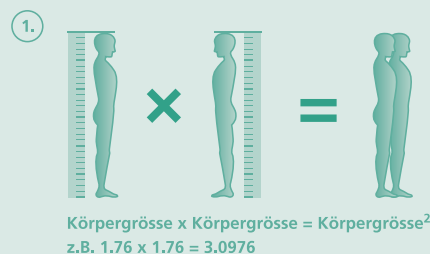
«5 mal am Tag»: Essen Sie fünf Mal am Tag in einer abwechslungsreichen Mischung Früchte und Gemüse nach Lust und Laune. Je farbenfroher, desto

Psychische Gesundheit – der Ausgleich macht's

Wir müssen ständig berufliche oder schulische, gesellschaftliche und private Verpflichtungen unter einen Hut bringen und bewältigen. Es verwun-

Ist mein Körpergewicht OK?

Mit dem Body-Mass-Index (BMI) kann das Körpergewicht beurteilt werden. Der BMI berechnet sich aus der Körpergrösse und dem Gewicht.



BMI < 18,5 = Untergewicht.
Bitte kontaktieren Sie eine medizinische Fachperson.

BMI 18,5 bis 25 =
Normalgewicht.
Bravo!

BMI 25–30 = Übergewicht.
Versuchen Sie Ihr Gewicht zuerst stabil zu halten und dann zu reduzieren.

BMI > 30 = Starkes Übergewicht.
Bitte kontaktieren Sie eine medizinische Fachperson.

dert deshalb nicht, dass diese leistungsorientierte Lebensweise zu stressbedingten Erkrankungen führen kann. Schaffen Sie einen Ausgleich zu Stressphasen mit sinnvoller Freizeitbeschäftigung und viel Bewegung. Achten Sie auf genügend Schlaf. Pflegen Sie Kontakte zu Ihren Mitmenschen. Anerkennung und Wertschätzung sind wichtige Elemente zur Steigerung der Lebensfreude. Ein Lob oder Kompliment im richtigen Moment kann Wunder wirken. Und: schaffen Sie sich regelmässig Momente der Musse, sei es mit einem Spaziergang oder einer Lektüre.

Suchtverhalten – wenn allzu viel ungesund ist!

Neben den illegalen Suchtstoffen gibt es viele gesellschaftlich akzeptierte legale Stoffe und Angebote, die zu Suchtformen führen können: Alkohol, Tabak oder PC- und Internet-Spiele sind nur einige Beispiele.

Präventionsmassnahmen haben zum Ziel, dass so wenig (junge) Menschen als möglich mit dem Konsum von legalen oder illegalen Drogen beginnen oder ein Suchtverhalten entwickeln. Dazu gehört auch, dass Verstösse gegen die Jugendschutzbestimmungen kein Kavaliersdelikt darstellen.

Was ist Gesundheitsförderung Schweiz?

Gesundheitsförderung Schweiz ist eine Stiftung, die von Kantonen und Versicherern getragen wird. Mit gesetzlichem Auftrag initiiert, koordiniert und evaluiert sie Massnahmen zur Förderung der Gesundheit (Krankenversicherungsgesetz, Art. 19). Die Stiftung unterliegt der Kontrolle des Bundes.

Jede Person in der Schweiz leistet einen jährlichen Beitrag von CHF 2.40 zugunsten von Gesundheitsförderung Schweiz. Mit dieser kleinen Investition leistet somit jede und jeder einen Beitrag für die Gesundheit aller. Der Betrag wird von den Krankenversicherern für die Stiftung eingezogen.

Drei Kernthemen

Damit die Stiftung ihren Auftrag mit den ihr anvertrauten Mitteln effizient umsetzen kann, konzentriert sie sich auf ausgewählte Themen. Sie zielen direkt auf Probleme der Volksgesundheit und ergänzen das Engagement anderer Institutionen. Die langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz konzentriert sich auf folgende Themenbereiche:

- Gesundheitsförderung und Prävention stärken
- Gesundes Körpergewicht
- Psychische Gesundheit – Stress

Wichtige Kontakte und Adressen im Gesundheitswesen

santésuisse

Die Schweizer Kranken-
versicherer

Römerstrasse 20
4502 Solothurn
Telefon 032 625 41 41
Fax 032 625 41 51
mail@santesuisse.ch
www.santesuisse.ch

Bundesamt für Privat- versicherungen (BPV)

Schwanengasse 2
3003 Bern
Telefon 031 322 79 11
Fax 031 323 71 56
info@bpv.admin.ch
www.bpv.admin.ch

Ombudsman der sozialen Krankenversicherung

Morgartenstrasse 9
6003 Luzern
Telefon (D) 041 226 10 10
Telefon (F) 041 226 10 11
Telefon (I) 041 226 10 12
Fax 041 226 10 13
info@om-kv.ch
www.ombudsman-kv.ch

SVV

Schweizerischer
Versicherungsverband

C. F. Meyer-Strasse 14
8022 Zürich
Telefon 044 208 28 28
Fax 044 208 28 00
info@svv.ch
www.svv.ch

Eidgenössisches Departement des Innern (EDI)

Bundeshaus-Inselgasse
3003 Bern
Telefon 031 322 80 41
info@gs-edi.admin.ch
www.edi.admin.ch

RVK

Verband der kleinen und
mittleren Krankenversicherer

Haldenstrasse 25
6006 Luzern
Telefon 041 417 05 00
Fax 041 417 05 01
info@rvk.ch
www.rvk.ch

Gesundheitsförderung Schweiz

Dufourstrasse 30
3000 Bern 6
Telefon 031 350 04 04
Fax 031 368 17 00
www.gesundheitsfoerderung.ch

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Schwarzenburgstrasse 165
3079 Liebefeld
Postadresse:
Bundesamt für Gesundheit
3003 Bern
Telefon 031 322 21 11
Fax 031 322 95 07
www.bag.admin.ch

Gemeinsame Einrichtung KVG

Gibelinstrasse 25
4503 Solothurn
Telefon 032 625 30 30
Fax 032 625 30 90
info@kvg.org
www.kvg.org

Promotion Santé Suisse

Av. de la Gare 52
1001 Lausanne
Telefon 021 345 15 15
Fax 021 345 15 45
www.promotionsantesuisse.ch

Impressum

Herausgeber: santésuisse, Solothurn
Konzept und Realisation: SRT Kurth&Partner AG, Ittigen
Fotografie: Dominik Labhardt, Basel
~~Druck: Weber Benteli AG, Brugg~~
1. Auflage / ~~Januar~~ 2009

Bezug der Broschüre

Die Broschüre kann bei santésuisse bezogen oder heruntergeladen werden: www.santesuisse.ch/de/publikations_shop



santésuisse
Römerstrasse 20
4502 Solothurn
Telefon 032 625 41 41
E-Mail mail@santesuisse.ch