



<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
<b>Das Wichtigste in Kürze</b>	3
<b>Grundversicherung</b>	
- Allgemeines zur Grundversicherung	4
- Kostenbeteiligung in der Grundversicherung	5
<b>Projekt „Gesundheit und Solidarität“</b>	6
<b>Häufig gestellte Fragen</b>	8
<b>Leistungen der Grundversicherung</b>	10
<b>Spezialsituationen</b>	
- Projektteilnehmer mit individueller Prämienverbilligung	12
- Projektteilnehmer mit Ergänzungsleistungen	13

## Das Wichtigste in Kürze

1. Die einzelnen **Krankenkassen unterscheiden sich** in der Grundversicherung nicht in ihren Leistungen, sondern **in ihren administrativen Kosten**.
2. Die **Wahl der günstigsten Krankenkasse** in der Grundversicherung ist sinnvoll und empfehlenswert.
3. Jeder kann bis Ende November 2019 seine bisherige Krankenkasse kündigen und zur Assura wechseln, **unabhängig von Alter und Gesundheit**.
4. Die **Wahl des Hausarztmodells** ist zu empfehlen.
5. Die Wahl einer **Franchise von 2500 Franken** bietet das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis und ist in fast allen Fällen sinnvoll. Eine Ausnahme bilden Patienten, die Jahr für Jahr mindestens **2000 Franken** Gesundheitskosten verursachen. Für sie ist eine Franchise von **300 Franken** zu empfehlen.
6. **Zusatzversicherungen** sind teuer und **lohnen sich meist nicht!**
7. Wir bieten Ihnen eine Teilnahme am **Projekt «Gesundheit und Solidarität»** an, wodurch Sie vom administrativen Verkehr mit der Krankenkasse entlastet sind.

## Allgemeines zur Grundversicherung

Das Krankenversicherungsgesetz KVG legt fest, welche Leistungen eine Krankenkasse bezahlen muss und was Sie nicht bezahlen darf. In der Grundversicherung unterscheiden sich daher die Leistungen der verschiedenen Krankenkassen nicht voneinander. Die Grundversicherungsleistungen sind **bei jeder Krankenkasse gleich**.

1. Sie ist **obligatorisch**.
2. Jeder kann seine Krankenkasse **frei wählen** und auch beliebig wechseln. Die Krankenkasse darf in der Grundversicherung niemanden ablehnen (auch wenn er krank und alt ist) und auch **keine Bedingungen** für eine Aufnahme stellen.
3. Die Krankenkasse kann bei einer Franchise von 300 Franken zweimal im Jahr gekündigt werden, bei einer höheren Franchise nur per Ende Dezember. Die **Kündigung** muss bei der Krankenkasse bis 31. März bzw. 30. September eintreffen (bis 30. November, wenn die Krankenkasse die Prämien für das folgende Jahr erhöht).
4. Die Grundversicherung umfasst auch **Unfall**. Dieser Unfallanteil kann ausgeschlossen werden, wenn die Person bei seinem Arbeitgeber gegen Unfall versichert ist.

# Kostenbeteiligung in der Grundversicherung

## Prämie

Jede Person zahlt monatlich eine Prämie für ihre Krankenversicherung. Sie ist unabhängig vom Einkommen. Die Prämie ist abhängig von der Prämienregion (also dem Wohnort), der Krankenkasse und dem Alter.

## Franchise

Jede erwachsene Person über 18 Jahre muss sich pro Kalenderjahr mit mindestens 300 Franken an den Behandlungskosten (Arzt, Spital, Medikamente etc.) beteiligen. Diese Beteiligung nennt man Franchise. Erst wenn der Patient die ersten 300 Franken an die Behandlungskosten bezahlt hat, beginnt die Krankenkasse zu zahlen.

## Selbstbehalt

Wenn der Patient die Franchise von 300 Franken an die Behandlungskosten geleistet hat, kommt der Selbstbehalt zum Zug. Der Patient muss sich nun mit 10% an den verbleibenden Kosten beteiligen, die restlichen 90% übernimmt die Krankenkasse. Der Selbstbehalt beträgt maximal 700 Franken pro Jahr. Wird dieser Betrag überschritten, bezahlt die Grundversicherung die restlichen Kosten zu 100%.

Das heisst: Ab einem Betrag von 7300 Franken bezahlt die Krankenkasse 100% der noch anfallenden medizinischen Kosten. Die Franchise (300 Franken) und der Selbstbehalt (10% von 7000 Franken) sind damit ausgeschöpft. **Die maximale Beteiligung des Patienten pro Jahr beträgt 1000 Franken**

## Ausnahmen:

Kinder zahlen keine Franchise und ihr Selbstbehalt beträgt nur 350 Franken pro Jahr. Bei einer normal verlaufenden Schwangerschaft entfallen Franchise und Selbstbehalt.

## Projekt „Gesundheit und Solidarität“

Dieses Projekt wurde von der Dr. med. Andreas Rohner ins Leben gerufen. Es bietet den Patienten einige wichtige Vorteile:

1. Kein Papierkrieg mehr mit den Krankenkassen
2. Keine medizinischen Rechnungen mehr
3. Kostengünstigste Grundversicherung
4. Einfach budgetierbare Gesundheitskosten
5. Rückvergütung von bis zu 2000 Franken per Ende des Kalenderjahres, wenn man gesund geblieben ist.

Das Projekt bietet jedem Menschen die Möglichkeit, die eigenen Gesundheitskosten einfach zu budgetieren, nämlich mit 400 Franken monatlich, unabhängig davon, ob man krank ist oder nicht. Das Projekt hilft dem Projektteilnehmer, weniger medizinische Leistungen zu beanspruchen und von diesen Einsparungen direkt zu profitieren. Das Projekt basiert auf einer hausärztlichen und zwischenmenschlichen Vertrauensbasis und beinhaltet folgende Punkte:

- Der Projektteilnehmer zahlt **monatlich 400 Franken** ans Projektkonto ein per Dauerauftrag (ab Januar 2020). Damit sind alle Kosten im Falle einer Erkrankung gedeckt.
- Das **Projektbüro bezahlt** mit diesen monatlichen Beiträgen sämtliche Rechnungen des Projektteilnehmers, d.h.:
  - Die Krankenkassenprämie
  - Die Franchise
  - Den Selbstbehalt von 10%
  - Alle anfallenden Rechnungen im Rahmen der Grundversicherung d.h. Arztrechnungen, Laborrechnungen, Spital-Rechnungen, Spitex-Rechnungen, Medikamente, Physiotherapie etc.

- Das **Projektbüro erledigt den gesamten administrativen Aufwand** mit der Krankenkasse und der Sozialversicherungsanstalt.
  - Einsenden der Rückforderungsbelege an die Krankenkasse und Erhalt der entsprechenden Rückzahlungen zugunsten des Projektteilnehmers
  - Rückforderung von Franchise und Selbstbehalt bei der Sozialversicherungsanstalt, wenn ein Projektteilnehmer Ergänzungsleistungen erhält
  - Rückerhalt der Prämienverbilligungen von der Krankenkasse, welche vom Staat an diese gezahlt werden.
  
- Für den administrativen Aufwand wird dem Konto des Projektteilnehmers ein **Unkostenbeitrag von 100 Franken für das ganze Jahr 2020** belastet.
  
- Wenn beide Elternteile beim Projekt Gesundheit und Solidarität mitmachen, bezahlen sie **keinen zusätzlichen Beitrag für ihre minderjährigen Kinder** (unter 18 Jahre alt), obwohl sie versichert werden. Das Projekt Gesundheit und Solidarität ist damit sehr familienfreundlich.

## **Gelebte Solidarität**

**Das Projekt fördert die Solidarität. Erkrankt der Projektteilnehmer schwer, gerät er durch die hohen Rechnungen in einen negativen Saldo. Er muss sich deswegen aber keine Sorgen machen. Seine Rechnungen werden aus der Projektkasse bezahlt. Durch seine weiteren monatlichen Beiträge gleicht der erkrankte Projektteilnehmer bis Jahresende seinen negativen Saldo vollständig aus.**

## Häufig gestellte Fragen zu den Krankenkassen

Gerne möchte ich Ihnen einige Fragen beantworten, die im Rahmen der Krankenversicherung häufig gestellt werden:

### **Kann eine Krankenkasse meine Aufnahme ablehnen oder Vorbehalte anbringen?**

Antwort: Nein! Wenn es um die obligatorische Grundversicherung geht, sind alle Krankenkassen verpflichtet, Sie vorbehaltlos und ohne Wartefrist aufzunehmen, ungeachtet Ihres Alters und Ihres Gesundheitszustandes!

### **Darf eine Krankenkasse mich bei der Anmeldung für die Grundversicherung auffordern, einen Gesundheits-Fragebogen auszufüllen?**

Antwort: Nein! Denn die Krankenkasse muss Sie ohne Vorbehalt aufnehmen. Hingegen ist die Krankenkasse bei einem Aufnahmege such für eine Zusatzversicherung berechtigt, Ihnen Fragen über Ihren Gesundheitszustand zu stellen, Vorbehalte anzubringen oder Ihr Gesuch abzulehnen.

### **Ist der Selbstbehalt von 700 Franken für alle Franchisen gleich?**

Antwort: Ja! Der Selbstbehalt hängt nicht von der gewählten Franchise ab. Wenn Sie die Franchise von 300 Franken wählen, dann ist Ihre Beteiligung an den Gesundheitskosten pro Jahr maximal 1000 Franken (Franchise plus 700 Franken), Wenn Sie eine Franchise von 2500 Franken wählen, ist Ihre maximale Beteiligung 3200 Franken (Franchise von 2500 Franken plus 700 Franken).

### **Unter welchen Umständen muss ich das Unfallrisiko in der obligatorischen Krankenversicherung einschliessen?**

Antwort: Wenn Sie nicht in einem Arbeitsverhältnis angestellt sind oder weniger als 8 Wochenstunden bei einem einzelnen Arbeitgeber arbeiten.



## **Ist es weise, im Alter die Zusatzversicherung zu kündigen, für die man schon viele Jahre einbezahlt hat?**

Antwort: Zusatzversicherungen sind relativ teuer. Im Rentenalter stehen Ihnen vermutlich nur beschränkte finanzielle Mittel zur Verfügung, nämlich die AHV und die Pensionskassenrente. Wenn Sie daher im Alter den Gürtel enger schnallen müssen, dann entlasten Sie Ihr Budget am besten durch die Kündigung der Zusatzversicherung und einem Wechsel der Grundversicherung zur günstigsten Krankenkasse. Dadurch können Sie Hunderte von Franken pro Monat einsparen. Durch diese Sparmassnahme gehen Sie kein Risiko ein, weil die Grundversicherung alle notwendigen medizinischen Behandlungskosten weiterhin übernimmt. Daher lohnt sich auch im Alter eine Kündigung der Zusatzversicherung

Folgende Fehlüberlegung ist oft zu beobachten: Man schliesst eine Zusatzversicherung in jungen Jahren ab, weil man sich wegen des guten Lohnes/Verdienstes die hohe Prämie dafür leisten kann. Aber eigentlich braucht man die Zusatzversicherung während des Erwerbslebens gar nicht – man ist ja meist gesund. Die über Jahre einbezahlte hohe Zusatzprämie ist jedoch kein Sparanteil, welcher die Krankenkasse dem Kunden für spätere Jahre gutschreibt. Die einbezahlte Prämie verfällt per Ende jedes Kalenderjahres. Von den Einzahlungen in jungen Jahren kann man im Alter nicht profitieren. Das Geld ist definitiv „verloren“.

## **Kann man sich bei einem bescheidenen Einkommen überhaupt eine höhere Franchise leisten?**

Antwort: Ja!

Mit der Teilnahme am Projekt Gesundheit und Solidarität können Sie risikofrei eine höhere Franchise wählen und damit viel Geld sparen.

## **Leistungen der Grundversicherung**

Die Leistungen der Grundversicherung ermöglichen eine umfassende Abklärung und Behandlung des Patienten.

### **Ärztliche Behandlung und ärztlich verordnete Therapien**

Damit sind alle ärztlich durchgeführten Leistungen gemeint wie Beratung, Untersuchung, Labor, Röntgen, Ultraschall, Hausbesuche, Behandlung in Pflegeheimen, manuelle Medizin. Physiotherapie (9 Sitzungen in 3 Monaten, bei ärztlich bestätigter Notwendigkeit auch mehr), Logopädie, Ergotherapie, Diabetesberatung, Spitex. Beiträge an ärztlich verordnete Badekuren (10 Fr. pro Tag, maximal 210 Fr. pro Jahr)

### **Transportkosten**

50% der Kosten, maximal 500 Fr. pro Jahr (bei Lebensgefahr maximal 5000 Fr pro Jahr)

### **Laboruntersuchungen**

Gemäss Analysenliste. Gilt für das Praxislabor wie auch für die ins Zentrallabor eingeschickten Untersuchungen.

### **Medikamente und Gegenstände**

Krankenkassenpflichtig sind rund 2500 Medikamente. Diese sind in der Spezialitätenliste aufgeführt, welche laufend aktualisiert wird. Bezahlt wird auch medizinisches Material sowie Hilfsmittel, die in der Mittel- und Gegenstandsliste aufgeführt sind (MiGel - Liste).

### **Spitalaufenthalt**

Die Grundversicherung bezahlt die Spitalkosten auf der Allgemeinen Abteilung eines Spitals im Wohnkanton (gemäss Spitalliste). Eine ausserkantonale Spitalbehandlung wird ebenfalls bezahlt, wenn diese medizinisch notwendig ist oder im Notfall erfolgt.

## **Mutterschaft**

- Kontrolluntersuchung während und nach der Schwangerschaft inklusive 2 Routine Ultraschalluntersuchungen
- Stillberatung
- Straffloser Schwangerschaftsabbruch

## **Vorsorgeuntersuchungen**

- Untersuchungen der gesunden Kinder im Vorschulalter
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
- Mammografie
- Grundimpfungen bei Kindern gemäss Impfplan
- Grippeimpfung bei Risikopatienten und Personen über 65 J.
- Hepatitis A und B - Impfung bei Risikopatienten

## **Komplementärmedizin**

- Anthroposophische Medizin
- Homöopathie
- Neuraltherapie
- Phytotherapie
- Traditionelle chinesische Medizin

## **Zahnärztliche Behandlung**

- Unter bestimmten Umständen bei schwerer Allgemeinerkrankung.
- Unfallbedingte Schäden des Kausystems. (Nicht bezahlt werden normale Zahnbehandlungen bei Karies)

## **Erkrankungen im Ausland**

Notfallmässige Behandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt (Ferien) werden von der Grundversicherung übernommen. In Europa erfolgt die Behandlung im Aufenthaltsland wie bei einer dort versicherten Person, wenn vor Abreise bei der Krankenkasse die europäische Krankenversicherungskarte angefordert wurde.

Bei einem Notfall ausserhalb von Europa (z.B. USA): Übernahme der Kosten bis zum doppelten Betrag, den die gleiche Behandlung in der Schweiz gekostet hätte.

## Individuelle Prämienverbilligungen (IPV)

Die Krankenkassenprämien sind für alle Personen an einem bestimmten Wohnort gleich. Das Einkommen und das Vermögen spielen keine Rolle.

Für Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen kann die Bezahlung der monatlichen Krankenkassenprämien zu einer grossen Belastung werden. Sie haben Anspruch auf eine individuelle Prämienverbilligung. Der Kanton finanziert diese Prämienverbilligung und überweist den entsprechenden Betrag direkt an die Krankenkasse, sodass für die Person von der Krankenkasse eine kleinere Prämie in Rechnung gestellt wird.

Der Kanton regelt die Höhe der Vergünstigung und die zu erfüllenden Bedingungen für eine Prämienverbilligung. Zum Bezug einer individuellen Prämienverbilligung sind Personen berechtigt mit Wohnsitz im Kanton St. Gallen sowie Ausländer mit einer Aufenthaltsbewilligung (B-Bewilligung).

Grundlage für die Berechnung des massgebenden Einkommens bildet das nach kantonalem Steuerrecht festgestellte Reineinkommen der letzten Steuerperiode. Verschiedene Faktoren wie Vermögen, Kinderzahl, Einkäufe in die berufliche Vorsorge, freiwillige Zuwendungen, Eigenmietwert etc. werden dabei mitberücksichtigt.

Alleinstehende Personen mit einem steuerbaren Vermögen von mehr als 100 000 Franken haben keinen Anspruch auf eine Prämienverbilligung (bei Verheirateten 150 000 Franken).

**Auch Bezügerinnen und Bezüger von Prämienverbilligungen können problemlos beim Projekt Gesundheit und Solidarität mitmachen**

## **Ergänzungsleistungen (EL) – das Wichtigste in Kürze**

Grundsätzlich decken Renten der AHV, IV und der Pensionskassen den Existenzbedarf. Wenn dies nicht zum Leben reicht, können Ergänzungsleistungen (EL) als individuelle Leistungen bezogen werden. Diese werden vom Kanton ausgerichtet. Sie sind somit keine Sozialhilfeleistungen der Gemeinde, die zurückbezahlt werden müssen.

Die Ergänzungsleistungen **finanzieren 100% der Krankheitskosten**. Vom monatlichen Betrag der EL wird eine Prämienpauschale direkt von der SVA (Sozialversicherungsanstalt St. Gallen) an die Krankenkasse überwiesen.

### **Wichtige Information**

Der Projektteilnehmer von Gesundheit und Solidarität profitiert sehr von einer Teilnahme am Projekt, wenn er Ergänzungsleistungen bezieht. Dies aus folgenden Gründen:

1. Die Versicherungsprämie bei der Assura ist tiefer als der vom Kanton an die Assura überwiesene Betrag. Die Differenz wird dem Projektteilnehmer zurückvergütet auf sein Konto beim Projektbüro.
2. Der Projektteilnehmer braucht keinen monatlichen Beitrag zu bezahlen, er nimmt also gratis am Projekt teil.
3. Das Projektbüro fordert die Eigenbeteiligung der Krankheitskosten vom Kanton (SVA ST. Gallen) zurück. Dies sind maximal 1000 Fr.

**Ein Projektteilnehmer mit Ergänzungsleistungen «verdient» durch die Teilnahme am Projekt, ohne dass er einen Projektbeitrag zahlen muss**

**Ein Mitmachen lohnt sich für ihn auf jeden Fall!**