



*Bundesamt für Sozialversicherung
Office fédéral des assurances sociales
Ufficio federale delle assicurazioni sociali
Uffizi federal da las assicuranzas socialas*

Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt

Inhalt

Versicherungsschutz: Muss ich mich versichern?	3
Leistungen: Was bezahlt mir die Krankenkasse?	5
Prämien und Kostenbeteiligung	10
Sparmöglichkeiten	11
Was tun bei Problemen?	14
Adressen	15
Musterbriefe	18
Weitere Informationen	20
Stichworte / Index	23

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Dieser Ratgeber beantwortet Fragen zur obligatorischen Krankenversicherung, welche am häufigsten gestellt werden. Er vermittelt einen allgemeinen Überblick über die gesetzlichen Vorschriften (Stand: 1. Januar 2001). In Einzelfällen geben die Versicherer (Krankenkassen) Auskunft. Massgebend sind ausschliesslich die gesetzlichen Bestimmungen.

Begriffe

«Krankenkasse»: Versicherer, die die obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) anbieten. Die Krankenkassen sind nicht gewinnorientiert und müssen vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) anerkannt sein. Es steht ihnen frei, neben der Grundversicherung auch Zusatzversicherungen anzubieten.

Grundversicherung/ Krankenpflegeversicherung KVG: Obligatorisch, gewährleistet qualitativ hoch stehende und umfassende Grundversorgung für alle. Sie bietet allen Versicherten denselben Leistungsumfang. Der vorliegende Ratgeber gibt Ihnen Informationen dazu.

Zusatzversicherung: Freiwillig, deckt u.a. zusätzlichen Komfort (z.B. Halbprivat- oder Privatabteilung im Spital) oder weitere Leistungen ab (Behandlung durch NaturheilerInnen, gewöhnliche Zahnbehandlungen etc.). Prämien können sich nach dem «Risiko», das eine Person für eine Krankenkasse darstellt, richten. Diese kann die Aufnahme von Personen ablehnen oder Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes anbringen.

Muss ich mich versichern?

Grundsätzlich ja, in der Schweiz ist die Krankenversicherung obligatorisch.

Sie müssen sich versichern,

- wenn Sie in der Schweiz wohnhaft sind, unabhängig von Ihrer Staatsangehörigkeit. Jedes Familienmitglied muss versichert sein, Erwachsene ebenso wie Kinder.
- als ausländische Staatsangehörige mit einer Aufenthaltsbewilligung von länger als drei Monaten;
- als ausländische Staatsangehörige, die in der Schweiz für weniger als drei Monate arbeiten und nicht über einen gleichwertigen ausländischen Versicherungsschutz verfügen;
- wenn Sie sich neu in der Schweiz niederlassen. Sie müssen sich **innert drei Monaten** versichern; diese Frist gilt auch für die Anmeldung von Neugeborenen.

Rechtzeitig anmelden! Die Krankenversicherung vergütet Ihnen rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen, wenn Sie sich oder Ihr Neugeborenes rechtzeitig, d.h. innert drei Monaten anmelden. Falls Sie die Frist von drei Monaten seit Ihrer Einreise oder der Geburt Ihres Kindes nicht einhalten, bezahlen Sie einen Zuschlag, und bereits entstandene Auslagen werden von der Versicherung nicht vergütet. ◀

Nein, in bestimmten Ausnahmefällen besteht keine Versicherungspflicht:

- als Grenzgängerin oder Grenzgänger mit Ihren Familienangehörigen; Sie können sich freiwillig versichern. Diese Regelung wird ändern sobald die Bilateralen Verträge in Kraft treten.
- als im Ausland wohnhafte Angehörige einer Person, die in der Schweiz versichert ist.
- Mitglieder diplomatischer oder konsularischer Missionen sowie Angestellte von internationalen Organisationen und ihre Familien, sofern sie sich nicht freiwillig in der Schweiz versichern.

Vorsicht! Wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, gilt das Krankenversicherungsgesetz im Prinzip für Sie nicht mehr. (Siehe «Häufig gestellte Fragen zur Krankenversicherung» unter www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm). ◀

Wann bin ich auch im Ausland versichert?

- Als Ferienreisende/r (vgl. Seite 9, Notfallbehandlung im Ausland)
- Angestellte und ihre Angehörigen, wenn sie von ihrem Arbeitgeber befristet ins Ausland entsandt werden. (Siehe auch «Häufig gestellte Fragen zur Krankenversicherung» unter www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm)
- Personen, die sich zu Studienzwecken oder sonst für längere Zeit im Ausland aufhalten, wenden sich an den eigenen Kanton (vgl. Seite 15).

Wo kann ich mich versichern?

Die obligatorische Krankenversicherung kann bei jeder Niederlassung einer der rund 100 Krankenkassen abgeschlossen werden. Weitere Auskünfte über die Versicherungspflicht und Befreiung davon erteilen die kantonalen Behörden (vgl. Seite 15).

Was bezahlt mir die Krankenkasse?

... beim Arzt oder bei der Ärztin:

Die Krankenkasse vergütet grundsätzlich alle Behandlungen, die von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden. Daneben können Personen im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bestimmte Leistungen erbringen (Physiotherapie, Ernährungsberatung, Logopädie, Orthophonie, Ergotherapie). Vergütet werden ebenfalls vom Arzt angeordnete Untersuchungen (z.B. Analysen, Röntgen). Psychotherapien werden unter Einhaltung bestimmter Bedingungen übernommen. Für entsprechende Vergütungen erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt oder bei Ihrer Krankenversicherung. Dies gilt ebenfalls, wenn Sie überhaupt Zweifel hegen, ob die Krankenkasse eine medizinische Behandlung übernimmt. Behandlungsmethoden, bei denen die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit oder das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen (Wirtschaftlichkeit) fraglich ist, werden in der Grundversicherung nicht (z.B. Frischzellentherapie, Heileurythmie) oder nur unter bestimmten Bedingungen bezahlt.

... in der Komplementärmedizin:

- die **Akupunktur**;
- die **anthroposophische Medizin** (diese Medizin inspiriert sich an der Philosophie von Rudolf Steiner, so z.B. die Iscador-Therapie, die bei der Krebsbehandlung eingesetzt wird);
- die **chinesische Medizin** (gemeint ist die traditionelle chinesische Medizin);
- die **Homöopathie** (Medizin, die sich am Prinzip der Gleichheit orientiert, und zwar mit Medikamenten – in winzigen Dosen – die bei gesunden Menschen genau die Symptome hervorrufen würden, die geheilt werden sollten);
- die **Neuraltherapie** (Schmerzbehandlung mit einer speziellen Injektionstechnik);
- die **Phytotherapie** (Behandlung mit Pflanzen, die auf Kenntnissen der pflanzlichen Wirkstoffe beruht).

Komplementärmedizinische Behandlungen (wie oben erwähnt) werden von der Krankenversicherung grundsätzlich übernommen, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden, deren Spezialausbildung von der FMH anerkannt ist (Verzeichnis via Internet abrufbar unter www.fmh.ch, Rubrik «Zertifikate»). Ausser bei der Akkupunktur gilt die Leistungspflicht erst einmal während einer Evaluationsphase bis 30.6.2005.

Die zur Behandlung eingesetzten Medikamente werden vergütet, wenn sie in der «Spezialitätenliste» aufgeführt sind (s.u.).

... im Spital:

Die Grundversicherung bezahlt die Behandlung und den Aufenthalt in der **allgemeinen Abteilung** eines Spitals, das auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons aufgeführt ist. Die Zusatzkosten für die Behandlung und

den Aufenthalt in der Privat- oder Halbprivat-Abteilung gehen zu Ihren Lasten oder werden von einer allfälligen Zusatzversicherung gedeckt.

Spitalwahl: Die Spitalliste erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder bei der Gesundheitsdirektion Ihres Wohnkantons. Wenn Sie sich ausserhalb Ihres Wohnkantons behandeln lassen **müssen**, beispielsweise bei Notfällen oder für Spezialbehandlungen, werden die Kosten ebenfalls übernommen, sofern das Spital auf einer der beiden kantonalen Spitallisten aufgeführt ist.

Wenn Sie sich aus freien Stücken in einem Spital ausserhalb Ihres Wohnkantons behandeln lassen **wollen**, sollten Sie sich zuvor bei Ihrer Krankenkasse informieren. ◀

... bei Medikamenten:

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für sämtliche Medikamente, die von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben werden und die in der sogenannten «**Spezialitätenliste**» aufgeführt sind. Kassenpflichtig sind zur Zeit rund 2500 Medikamente, wobei die Liste ständig dem medizinischen Fortschritt angepasst wird. Seit dem 1. Januar 2001 können Apothekerinnen und Apotheker an Stelle der Originalpräparate Generika abgeben, sofern die Ärztinnen und Ärzte nicht ausdrücklich Originalmedikamente verschreiben. Generika sind qualitativ gleichwertige «Kopien», die deutlich billiger sind als Originalpräparate; sie enthalten dieselben Wirkstoffe.

(Spezialitätenliste: www.bsv.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm)

Generika: www.pro-generika.ch und www.krankenversicherer.ch)

... bei Massnahmen zur Prävention:

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten verschiedener Massnahmen, die der Gesundheitsvorsorge (Prävention) dienen, insbesondere

- **Impfungen** und deren Wiederholungen (Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Röteln, Masern, Mumps, Kinderlähmung) für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahre.
Impfungen gegen Grippe werden bei Personen bezahlt, die älter sind als 65 Jahre oder die an schweren Erkrankungen leiden, so dass eine Grippeerkrankung gravierende Folgen haben könnte. Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen, zum Beispiel gegen Malaria oder Gelbfieber.
- Acht Untersuchungen zur Kontrolle des Gesundheitszustandes und der normalen **Entwicklung von Kindern** im Vorschulalter.
- **Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen** (inklusive Krebsabstrich): werden alle drei Jahre bezahlt, wenn zuvor zwei jährliche Kontrollen ohne Befund gewesen sind; sonst nach Notwendigkeit.
- **Mammographie** zur Erkennung von Brustkrebs: Übernahme einer Untersuchung pro Jahr, wenn Mutter, Tochter oder Schwester an Brustkrebs erkrankt sind oder waren. Übernahme einer Untersuchung alle zwei Jahre für Frauen ab dem fünfzigsten Altersjahr. Die Untersuchung muss in einer Einrichtung vorgenommen werden, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllt (nähere Auskünfte erteilt der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin).

Wichtig: All diese Massnahmen dienen der Prävention und werden von der Grundversicherung bezahlt, auch wenn kein Verdacht auf eine Erkrankung besteht. Sobald es Anhaltspunkte für eine Erkrankung gibt, können Arzt und Ärztin Untersuchungen im Rahmen ihres eigenen Ermessens durchführen. Diese werden von der Grundversicherung getragen. ◀

... bei Mutterschaft:

- **Schwangerschaft:** Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für sieben Routineuntersuchungen während der Schwangerschaft, sowie für zwei Ultraschalluntersuchungen (eine zwischen der 10. und 12., eine weitere zwischen der 20. und 23. Schwangerschaftswoche). Im Fall einer Risikoschwangerschaft werden so viele (Ultraschall-) Untersuchungen wie nötig übernommen.
- An Kurse zur **Geburtsvorbereitung**, die von Hebammen in Gruppen durchgeführt werden, bezahlt die Grundversicherung 100 Franken.
- Die Kosten einer **Geburt** werden vergütet, wenn diese von einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme begleitet wird, sei es im Spital, zu Hause oder in einem Geburtshaus (Spital siehe Seite 5).
- Nach der Geburt übernimmt die Grundversicherung eine **Nachkontrolle** zwischen der 6. und 10. Woche sowie die Kosten von maximal drei **Stillberatungen**, die von Hebammen oder Krankenpflegepersonal durchgeführt werden.

... bei Spitalkosten für das Neugeborene:

Die Spital- und Pflegekosten für das gesunde Neugeborene, die während des Spitalaufenthalts mit seiner Mutter anfallen, gehören zu den Mutterschaftsleistungen, d.h. sie gehen zu Lasten der Versicherung der Mutter (ohne Kostenbeteiligung). Wird aber das Neugeborene krank, dann gehen die Kosten zu Lasten des Versicherers des Neugeborenen.

... bei Physiotherapie:

Die Kosten für Physiotherapie sind gedeckt, wenn die Behandlung ärztlich verordnet wurde und von einer zugelassenen Physiotherapeutin oder einem Physiotherapeuten durchgeführt wird. Es können bis zu 12 Sitzungen innerhalb von drei Monaten verschrieben werden. Falls erforderlich, kann jedoch der Arzt oder die Ärztin eine Fortsetzung der Behandlung anordnen.

Im Unterschied zur Physiotherapie wird die Behandlung durch **Chiropraktorinnen und -praktoren** ohne ärztliche Verordnung vergütet.

... an Brillen und Kontaktlinsen:

Die obligatorische Krankenversicherung bezahlt an Brillengläser und Kontaktlinsen 200 Franken pro Jahr für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre; ab dem 19. Altersjahr 200 Franken alle 5 Jahre, wobei beim ersten Mal ein augenärztliches Rezept verlangt wird, danach können die Optiker/-innen den Sehtest vornehmen.

Alter	Leistung	Voraussetzung
Bis zum 18. Altersjahr	200.- pro Jahr	Jeweils mit ärztlichem Rezept
Ab dem 19. Altersjahr	200.- alle 5 Jahre	Erste Verordnung vom Arzt, danach Verordnung durch Optiker

Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen bezahlt die Grundversicherung – unabhängig vom Alter der versicherten Person – höhere Beiträge an Brillengläser und Kontaktlinsen (Auskünfte erteilen die Krankenkassen oder die Augenärztinnen und Augenärzte).

Brillen und Kontaktlinsen unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 10).

... an Hilfsmittel und Apparate:

Die Kosten für Hilfsmittel und Apparate wie Stützverbände, Inhalationsapparate oder Prothesen, die auf der Liste der Hilfsmittel und Apparate stehen, übernimmt die Krankenversicherung unter bestimmten Voraussetzungen. (Siehe «Mittel und Gegenstände-Liste (MiGeL)»; Bestellnummer 318.940 d via www.admin.ch/edmz).

... bei Zahnbehandlungen:

Die obligatorische Krankenversicherung vergütet Zahnbehandlungskosten lediglich, wenn eine schwere Erkrankung des Kausystems auftritt sowie im Zusammenhang mit einer schweren Allgemeinerkrankung (z.B. Leukämie) wenn sie zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind, oder wenn nach Unfällen keine andere Versicherung die Behandlungskosten deckt. Demgegenüber werden beispielsweise die Kosten für gewöhnliche Zahnfüllungen bei Karies oder die Korrektur von Zahnstellungen (Zahnspangen bei Kindern) nicht übernommen.

... bei einem Unfall:

- Wenn Sie mehr als 8 Stunden in der Woche arbeiten, sind Sie beim Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfall gemäss Unfallversicherungsgesetz UVG versichert. Bei einem Unfall kommen Sie in den Genuss der Leistungen dieser Versicherung.
- Wenn Sie keine obligatorische Unfallversicherung (gemäss UVG) abgeschlossen haben, müssen Sie sich bei Ihrer Krankenversicherung gegen Unfall versichern; Ihre Prämie wird dadurch etwas höher sein. Bei einem Unfall muss Ihre Krankenversicherung die gleichen Leistungen erbringen wie im Falle einer Krankheit.

... an Badekuren:

Die Krankenkasse vergütet 10 Franken pro Tag (während 21 Tagen pro Jahr), wenn eine Badekur von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben wurde und in einem zugelassenen Heilbad durchgeführt wird (erkundi-

gen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse). Die zusätzlichen Kosten, beispielsweise für ärztliche Behandlung oder Physiotherapie, werden separat vergütet.

... an Pflege zu Hause (Spitex) oder in Pflegeheimen:

Wenn Sie nach einer Operation oder aufgrund einer Krankheit der Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim bedürfen, übernimmt die Grundversicherung die Kosten für pflegerische Leistungen, sofern diese Leistungen von einem Arzt oder einer Ärztin angeordnet wurden (z.B. Spritzen verabreichen, Verband wechseln). Die Kosten für Haushalthilfen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) oder den eigentlichen Aufenthalt in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis) übernimmt demgegenüber die Grundversicherung nicht. Hierfür hat grundsätzlich die versicherte Person aufzukommen.

Rentnerinnen und Rentner mit bescheidenen Einkommen können Ergänzungsleistungen zur AHV/IV beantragen. (Siehe Merkblätter 5.01 und 5.02 der Informationsstelle AHV/IV, erhältlich bei Ihrer Ausgleichskasse oder via Internet: www.avs-ai.ch).

... bei Notfallbehandlung im Ausland:

Bei Notfallbehandlung im Ausland, beispielsweise im Falle einer Erkrankung während der Ferien, bezahlt die Krankenkasse die Kosten bis zum doppelten Betrag, den die gleiche Behandlung in der Schweiz gekostet hätte. Eine zusätzliche Reiseversicherung kann notwendig sein für bestimmte Länder (z.B. USA), dort wo die Gesundheits- und Transportkosten höher liegen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.

... bei Transporten und Rettungen:

- Es kann vorkommen, dass für die Fahrt zu einer Behandlung ein spezielles Transportmittel nötig ist (z.B. Ambulanz). An solche Transporte bezahlt die Grundversicherung die Hälfte bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 500 Franken. Dies gilt auch für Transporte im Ausland.
- An die Rettung von Personen in Lebensgefahr (z.B. nach einem Bergunfall oder bei einem Herzinfarkt) bezahlt die Grundversicherung ebenfalls die Hälfte, jedoch bis maximal 5000 Franken pro Jahr (gilt nur für die Schweiz).

Wichtig! Für alle Beispiele der obigen Liste gilt: Die Behandlungen werden allein von der Grundversicherung bezahlt; eine Zusatzversicherung ist dazu nicht nötig. Die Liste von Leistungen und Leistungserbringern ist jedoch nicht abschliessend. Fragen Sie Ihre Krankenkasse, wenn Sie Fragen zu speziellen, oben nicht aufgeführten Leistungen haben. ◀

Welche Kosten muss ich selber tragen?

Die Prämien

Jede Person bezahlt ihre eigene Prämie, eine so genannte «Kopfprämie». Die Krankenkassen bieten reduzierte Prämien für Kinder und Jugendliche (0 bis 18 Jahre) und junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) an. Die Prämien sind unabhängig vom Einkommen einer Person, variieren aber von Kanton zu Kanton und von Kasse zu Kasse. Innerhalb eines Kantons können die Kassen maximal drei regionale Abstufungen machen. Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämien (vgl. Adressen Seite 15).

Kostenbeteiligung

Ein Teil der Behandlungskosten geht zulasten der Versicherten.

Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus:

- der ordentlichen **Franchise**. Sie beträgt 230 Franken pro Jahr, wobei Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre keine ordentliche Franchise bezahlen;
- dem **Selbstbehalt** von 10 Prozent des verbleibenden Rechnungsbetrages, jedoch bis zu einem Maximum von 600 Franken pro Jahr (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: 300 Franken).

Die ordentliche Kostenbeteiligung beträgt somit maximal 830 Franken pro Jahr für Erwachsene und 300 Franken für Kinder und Jugendliche.

Achtung! Dieser Betrag variiert, wenn freiwillig eine höhere Franchise gewählt wurde.

Beispiel:

Ihre Behandlungskosten (Arzt, Spital, Medikamente, Brillen etc.) in einem Jahr betragen 2000 Franken. Daran bezahlen Sie 230 Franken Franchise sowie 10 Prozent Selbstbehalt an den Rest, also insgesamt 407 Franken (230 Fr. + 10% von 1770 Fr. = 407 Fr.). Den Rest von 1593 Franken bezahlt die Krankenversicherung.

Bei der Mutterschaft ist prinzipiell keine Kostenbeteiligung geschuldet, und bei der Mammographie zwecks Früherkennung von Brustkrebs wird keine Franchise erhoben, sofern sie im Rahmen eines Präventivprogramms durchgeführt wird. Erkundigen Sie sich beim Arzt oder bei der Krankenkasse.

Aufenthalt im Spital

Personen, die nicht mit einem anderen Familienmitglied in einem Haushalt leben, bezahlen zudem 10 Franken pro Tag bei einem Aufenthalt im Spital.

Wie kann ich bei den Prämien sparen?

Vergleichen Sie die Angebote

Sie können ohne Nachteil zu einer Krankenkasse wechseln, die Ihnen mehr entspricht; **der Leistungsumfang der Grundversicherung ist in jedem Fall derselbe**. Unterschiede kann es allenfalls beim «Service» der Kassen geben. Beispielsweise vergüten nicht alle Kassen die Leistungen gleich schnell oder es gibt Unterschiede bei der Qualität der Beratung, aber jede Kasse ist verpflichtet, Sie aufzunehmen.

Achtung! Einige Krankenversicherer stellen Ihnen Rechnung für «administrative Kosten», wenn Sie nur die Grundversicherung wechseln nicht aber die Zusatzversicherungen (erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse).

Prämienübersicht

Jedes Jahr im Oktober veröffentlicht das Bundesamt für Sozialversicherung eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton. Sie erhalten das Dokument «Prämienübersicht» gratis beim BSV oder via Internet (s. «Weitere Informationen», Seite 20).

Ordentliche Kündigungsfristen

- Falls Sie eine Krankenversicherung mit der obligatorischen Franchise von 230 Franken abgeschlossen haben, können Sie sie mit einer Frist von drei Monaten immer auf Ende Juni und Dezember kündigen. Damit die Kündigung gültig ist, muss sie spätestens am 31. März beziehungsweise am 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein.
- Wenn Sie eine Krankenversicherung mit einer höheren Franchise oder mit eingeschränkter Arzt-/ Spitalwahl abgeschlossen haben, können Sie im Prinzip nur auf Ende Jahr kündigen mit einer Frist von drei Monaten, d.h. bis 30. September. Diese dreimonatige Frist spielt aber nur noch theoretisch eine Rolle für den Fall, dass eine Kasse ihr Versicherungsjahr nicht von Januar bis Dezember, sondern zum Beispiel von Februar bis Januar führen würde.
- Der Wechsel von einer Versicherung mit einer ordentlichen Franchise zu einer Versicherung mit eingeschränkter Arzt-/Spitalwahl ist jederzeit möglich; der Wechsel zu einer höheren Franchise hingegen ist nur auf Anfang Jahr möglich.

Kündigungsfristen im Zusammenhang mit neuen Prämien

Teilt Ihr Versicherer Ihnen die neue Prämie per nächsten 1. Januar vor dem 31. Oktober mit, so haben Sie bis zum 30. November Zeit, um mitzuteilen, dass Sie den Versicherer wechseln wollen. Machen Sie es am besten per eingeschriebenem Brief. Ihr Versicherer muss die Kündigung vor Ablauf der Frist erhalten haben, d.h. bis am 30. November. Vervollständigen Sie die einzelnen Schritte bis zum Eintritt beim neuen Versicherer. Der Wechsel wird erst in dem Moment vollzogen, wo der neue

Versicherer dem bisherigen mitteilt, dass es zu keinem Versicherungsunterbruch kommt. Ohne diese Information kann der Wechsel nicht stattfinden.

Wenn Sie eine höhere Franchise haben, gelten für sie die gleichen Kündigungsfristen wie bei einer ordentlichen Franchise. (Siehe Musterbrief 1, Seite 18). Wenn Sie eine Versicherung mit eingeschränkter Arzt-/Spitalwahl abgeschlossen haben, so gilt die genannte Kündigungsfrist auch für sie.

Überprüfen Sie die Zusatzversicherungen

Die Grundversicherung gewährleistet eine qualitativ hoch stehende und umfassende medizinische Versorgung für alle. Vergleichen Sie daher, was Ihnen Zusatzversicherungen bieten im Vergleich zu dem, was die Grundversicherung bereits umfasst.

Wichtig! Kündigen Sie nie eine Zusatzversicherung, ohne sich bei einer anderen Krankenkasse genau über die Aufnahmebedingungen informiert zu haben. Im Bereich der Zusatzversicherungen können Kassen Personen ablehnen, Prämien nach Alter und Geschlecht festlegen, sowie Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes einer Person anbringen. Vergleichen Sie, zu welchen Bedingungen eine neue Kasse Ihnen eine Zusatzversicherung anbietet. Achten Sie insbesondere auf den Leistungsumfang. Bei den Zusatzversicherungen kann dieser je nach Kasse unterschiedlich sein. ◀

Wählen Sie eine besondere Versicherungsform

Wenn Sie eine der folgenden besonderen Versicherungsformen wählen, bezahlen Sie eine günstigere Prämie. (vgl. Prämienübersicht des BSV).

Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl

Bis zu 25 Prozent kann sparen, wer sich einer sog. HMO-Versicherung (= Health Maintenance Organization) oder einem Hausarzt-Modell anschliesst. Dafür verzichten Sie auf die freie Wahl des Arztes oder der Ärztin sowie des Spitals und lassen sich stattdessen in einem HMO-Zentrum (z.B. ärztliche Gruppenpraxis) behandeln. Beim Hausarzt-Modell verpflichten Sie sich, immer zuerst zu Ihrem Hausarzt zu gehen, der dann entscheidet, ob Sie allenfalls von einer Spezialistin oder einem Spezialisten behandelt werden müssen (Ausnahme bei Notfällen). Beachten Sie hierzu die Versicherungsbedingungen.

Wahl einer höheren Franchise

Die Krankenkasse gewährt Ihnen eine tiefere Prämie, wenn Sie die Franchise, also den festen Jahresbetrag, mit dem Sie sich an den Kosten beteiligen, auf mehr als die vorgeschriebenen 230 Franken erhöhen. Die Ermässigungen hängen von der Höhe der gewählten Franchise ab. Die Franchise kann nur jeweils auf den 1.1. erhöht werden und dies für mindestens 1 Jahr. Der Rabatt ist abhängig von der Höhe der Franchise, jedoch gesetzlich begrenzt.

Wahlfranchise Erwachsene					Kinder bis 18 J.		
Betrag	400.-	600.-	1200.-	1500.-	150.-	300.-	375.-
max. Rabatt	8%	15%	30%	40%	15%	30%	40%

Beitritt zu einer Bonus-Versicherung

Die Prämie wird mit jedem Jahr, in dem Sie sich keine Rechnungen vergüten lassen, schrittweise gesenkt. Die Ausgangsprämie ist 10 Prozent höher als die ordentliche Prämie. Innerhalb von 5 Jahren kann sie anschliessend auf 45 Prozent der Ausgangsprämie sinken. Eine Bonus-Versicherung muss für mindestens 5 Jahre abgeschlossen werden.

Schliessen Sie die Unfalldeckung aus,

... wenn Sie mehr als 8 Stunden pro Woche arbeiten und durch Ihren Arbeitgeber gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind (vgl. Musterbrief 3, Seite 18). Die meisten Krankenkassen gewähren ebenfalls eine Ermässigung, wenn jemand fakultativ gemäss UVG gegen Unfall versichert ist.

Verlangen Sie eine Rückerstattung der Prämien während des Militärdienstes

Während Diensten, die länger als 60 Tage dauern (z.B. RS, während des Zivildienstes oder während des Zivilschutzes) ist die Versicherung suspendiert. Die Militärversicherung deckt während der Dienstzeit alle Risiken ab. Ihre Prämien werden Ihnen zurückerstattet, wenn Sie dem Versicherer eine Fotokopie des EO Fragebogens oder der eingetragenen Tage im Dienstbüchlein zustellen (vgl. Musterbrief 4, Seite 18).

Was kann ich tun bei Problemen?

Verlangen Sie Erklärungen

Die Krankenkassen haben eine gesetzliche Auskunftspflicht und müssen Sie informieren, wenn Sie Fragen oder Unklarheiten haben.

Wenden Sie sich an die Ombudsstelle

oder eine Beratungsorganisation. Unter Umständen kann Ihnen die Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung oder eine der verschiedenen Beratungsorganisationen weiterhelfen (Adressen Seite 16).

Verlangen Sie eine schriftliche Verfügung

Von Ihrer Krankenkasse können Sie eine schriftliche Verfügung verlangen, in der Sie neben einer Begründung des Entscheides auch Informationen über Ihre Rechtsmittel erhalten (vgl. Musterbrief 5, Seite 18). Der Entscheid muss Ihnen innert 30 Tagen zugestellt werden.

Erwägen Sie eine Einsprache

Innerhalb von 30 Tagen können Sie formell (mündlich oder besser schriftlich: vgl. Musterbrief 6, Seite 18) bei Ihrer Kasse Einsprache erheben gegen deren Verfügung. Die Kasse muss Ihnen darauf einen Einspracheentscheid zustellen, der eine Begründung enthält und Sie über Ihre weiteren Rechtsmittel informiert.

Erwägen Sie eine Beschwerde

Innerhalb von 30 Tagen können Sie beim kantonalen Versicherungsgericht schriftlich Beschwerde einreichen gegen den Einspracheentscheid Ihrer Kasse. Ebenfalls Beschwerde einreichen können Sie, wenn die Krankenkasse es unterlässt, Ihnen die gewünschte Verfügung oder den Einspracheentscheid zuzustellen.

Wichtig! Das Verfahren ist gratis. Beschwerde beim kantonalen Versicherungsgericht können Sie nur einreichen, wenn Sie vorgängig bei der Krankenkasse formell (mündlich oder schriftlich) Einsprache erhoben haben. ◀

Zu guter Letzt ...

Wenn Sie mit dem Urteil des kantonalen Versicherungsgerichts nicht einverstanden sind, können Sie mit einer weiteren Beschwerde schriftlich und innert 30 Tagen ans Eidg. Versicherungsgericht in Luzern gelangen. Dessen Entscheid ist endgültig und nicht weiter anfechtbar.

Kantonale Stellen zur Prämienverbilligung

AG Gemeindezweigstelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau in der Wohngemeinde	8750 Glarus	SZ Ausgleichskasse Schwyz Abteilung übertragene Aufgaben Postfach 53 6431 Schwyz
AI Gesundheitsamt des Kantons AI Marktgasse 2 9050 Appenzell	GR Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden AHV-Ausgleichskasse Ottostrasse 24, PF 7001 Chur	TG Wohnsitzgemeinde
AR Ausgleichskasse des Kantons AR Kasernenstrasse 4 9100 Herisau	JU Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 2350 Saignelégier	TI Uff. cantonale dell'assicurazione malattia Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona
BE Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht ASVS des Kantons Bern Nydegasse 11/13 3011 Bern	LU AHV-Zweigstelle des Wohnortes	UR Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf
BL Sozialversicherungsanstalt des Kantons Basel-Landschaft Ausgleichskasse Hauptstrasse 109 4102 Binningen	NE Service de l'assurance-maladie Faubourg de l'Hôpital 3 2001 Neuchâtel	VD Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents Case postale 288 1001 Lausanne
BS Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 Postfach 4021 Basel	NW Ausgleichskasse Nidwalden Postfach 6371 Stans	VS Caisse de compensation du Canton du Valais Pratifori 22 1951 Sion
FR Ausgleichskasse des Kantons Freiburg 1, impasse de la Colline 1762 Givisiez	OW Kantonale Steuerverwaltung St. Antonistrasse 4 6061 Sarnen	ZG Einwohnerkontrolle der Wohngemeinde
GE Service de l'assurance-maladie 4, rue du Vieux-Marché Case postale 3709 1211 Genève 3	SG AHV-Zweigstelle der Gemeinden Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	ZH <i>Für die Stadt Zürich:</i> Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31/33 Postfach 8035 Zürich 6
GL Ausgleichskasse des Kantons Glarus Sandstrasse 29	SH Wohnsitzgemeinde bzw. Ausgleichskasse Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	<i>Für die Landgemeinden:</i> SVA Zürich Prämienverbilligung Postfach 8087 Zürich
	SO Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Postfach 116 4501 Solothurn	

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht

AG Gesundheitsdepartement Spitalabteilung Telli-Hochhaus 5004 Aarau	und Stiftungsaufsicht ASVS Nydegasse 11/13 3011 Bern	FR Wohnsitzgemeinde (Gemeindeverwaltung)
AI Verwaltungspolizei Marktgasse 2 9050 Appenzell	BL Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion Bahnhofstrasse 5 Postfach 4410 Liestal	GE Service de l'assurance-maladie Case postale 3709 1211 Genève 3
AR Ausgleichskasse des Kantons AR Postfach 1047 9102 Herisau 2	BS Amt für Sozialbeiträge Basel-Stadt Obligatoriumskontrolle Grenzacherstrasse 62 Postfach 611 4021 Basel	GL Sanitätsdirektion des Kantons Glarus Postgasse 29 8750 Glarus
BE Amt für Sozialversicherung		GR Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartement des Kantons Graubünden Hofgraben 5

7000 Chur	SH Kantonales Sozialversicherungsamt Rechtsdienst Oberstadt 9 8201 Schaffhausen	VD Organe cantonal de contrôle de l'assurance-maladie et accidents (OCC) Case postale 288 1001 Lausanne
JU Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 2350 Saignelégier	SO Amt für Gemeinden und Soziale Sicherheit Abt. Krankenversicherung Wengistrasse 17 4509 Solothurn	VS Wohnsitzgemeinde/ Commune de domicile
LU Ausgleichskasse Luzern Postfach 6000 Luzern 15	SZ Ausgleichskasse Schwyz Abteilung übertragene Aufgaben Rubiswilstrasse 8 6438 Ibach	ZG Einwohnerkontrolle der Wohngemeinde
NE Service cantonal de l'assurance-maladie Faubourg de l'Hôpital 3 Case postale 1344 2001 Neuchâtel	TG Wohnsitzgemeinde	ZH Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich Abteilung Krankenversicherung Obstgartenstrasse 21 8090 Zürich
NW Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 54 6371 Stans	TI Ufficio cantonale dell'assicurazione malattia Via Ghiringhelli 15a 6501 Bellinzona	<i>Für die Stadt Zürich:</i> Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31/33 Postfach 8035 Zürich 6
OW Gesundheits- und Sozialdepartement Gesundheitsamt Postfach 1261 6061 Sarnen	UR Gesundheits-, Sozial- und Umweltdirektion Uri Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	
SG Wohnsitzgemeinde		

Verzeichnis der Krankenversicherer

Ein Adressverzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Sozialversicherung (siehe hinten). Das Verzeichnis kann auch im Internet abgerufen werden unter www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm

Verzeichnis HMO-Standorte/ Hausarztnetze

Ein Verzeichnis HMO-Standorte bzw. der Hausarztnetze finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Sozialversicherung (siehe hinten). Das Verzeichnis kann auch im Internet abgerufen werden unter www.bsv.admin.ch/kv/beratung/d/index.htm

Weitere Adressen

- **Ombudsstelle der sozialen Krankenversicherung**, Morgartenstr. 9, 6003 Luzern, Tel. Mo-Fr 9-11.30 Uhr: 041 226.10.10 (d), 041 226.10.11 (f) und 041 226.10.12 (i), Fax 041 226.10.13 (Beratung und Vermittlung in Streitfällen; keine allgemeine Versicherungsberatung)
- **Schweizerische Patientenorganisation (SPO)**, Zähringerstr. 32, 8025 Zürich, Hotline für Nichtmitglieder: Tel. 0900 567 047 (Fr. 2.13/Min.), Fax 01 252 54 43, Internet: www.spo.ch
- **Stiftung für Konsumentenschutz (SKS)**, Monbijoustr. 61, 3007 Bern, Tel. 0900 900 440 (Fr. 1.70/Min) Di 13-16 Uhr/ Do 10 - 13 Uhr. Fax 031 372 00 27, Internet : www.konsumentenschutz.ch

- **Konsumentenforum Schweiz (KF)**, Zähringerstrasse 23, Postfach, 8001 Zürich, Tel. 01 251 57 70 Mo, Di, Do 9 - 11 Uhr, Fax 01 251 57 57, Internet: www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Postfach, 8042 Zürich, Tel. 01 361 92 56, Fax 01 361 94 34

Musterbriefe

<p>Maria Muster Spitalweg 6 3000 Bern Versichertennummer: 12.3456789.0</p> <p>Einschreiben</p> <p>Krankenkasse Sanissima Postfach 3000 Bern</p> <p>Bern, 15. Oktober 2991</p> <p>Betrifft: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers</p> <p>Sehr geehrte Damen und Herren</p> <p>Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per 31.12.2001 und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.</p> <p>Mit freundlichen Grüssen</p> <p><i>M. Muster</i></p> <p>Beilagen:</p>	<p>◀ Ihr Vorname + Name</p> <p>◀ Ihre Adresse</p> <p>◀ Ihre Versichertennummer (gemäss Versicherungsausweis)</p> <p>◀ Name/ Adresse Ihrer Krankenkasse</p> <p>◀ Wahlweise Text 1 bis 6 einfügen</p>
---	--

1 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers**

Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per [Datum] und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

2 **Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Änderung der Franchise**

Ich bitte Sie zur Kenntnis zu nehmen, dass ich per 1. Januar [Jahr] meine Franchise in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auf Fr. [Betrag] festsetzen möchte.

3 **Gesuch um Sistierung der Unfaldeckung** (gem. Art. 8 KVG)

Ich möchte Sie bitten, die Unfaldeckung in meiner obligatorischen Krankenpflegeversicherung zu sistieren. Eine Bestätigung meines Arbeitgebers, dass ich gemäss UVG gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert bin, habe ich Ihnen beigelegt.
Beilage: Bestätigung des Arbeitgebers

4 **Gesuch für eine Rückerstattung der Prämien während des Militärdienstes**

Ich ersuche Sie um Rückerstattung der Krankenkassen Prämien für die Zeit des Militärdienstes (oder Zivildienst) den ich geleistet habe. In der Beilage erhalten Sie die offizielle Bestätigung für den Militär-

dienst.

Beilage: Bestätigung [Fotokopie des EO Fragenbogens oder Eintrag im Dienstbüchlein].

5 Erlass einer schriftlichen Verfügung

Im Zusammenhang mit Ihrer Stellungnahme vom [Datum] möchte ich Sie bitten, mir diese gemäss Art. 80 KVG in Form einer schriftlichen Verfügung zukommen zu lassen.

Beilage: Kopie Ihres Entscheides [nicht zwingend nötig].

6 Einsprache

Hiermit erhebe ich im Sinne von Art. 85 KVG Einsprache gegen Ihre schriftliche Verfügung vom [Datum]. Begründung: [Ihre Argumente
aufführen]

Beilagen:

- Kopie Ihrer Verfügung [nicht zwingend nötig]
- [falls vorhanden: Belege zur Stützung der Argumente]

Weitere Informationen

Prämienübersicht

Das BSV veröffentlicht jedes Jahr im Oktober eine Übersicht mit den Prämien aller Krankenkassen pro Kanton für das Folgejahr. Sie erhalten die Prämienübersicht gratis, indem Sie eine an Sie adressierte Selbstklebeetikette (bitte kein Couvert!) an folgende Adresse schicken:

Bundesamt für Sozialversicherung«Prämienübersicht»
Effingerstr. 20
3003 Bern

Die Prämienübersicht ist via Internet abrufbar unter www.bsv.admin.ch

Krankenversicherungsgesetz

Der Text des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der dazugehörigen Verordnungen kann via Internet abgerufen werden: www.admin.ch/ch/d/sr/c832_10.html oder Bestellung bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ), 3000 Bern. Fax für Bestellungen: 031 992 00 23. Internet (Bestellung) www.admin.ch/edmoz.

«Spezialitätenliste»

Die Liste der Medikamente, die Pflichtleistungen für die Krankenkassen sind («Spezialitätenliste»), sowie die Generikalliste sind via Internet abrufbar unter www.bsv.admin.ch/kv/gesetze/d/index.htm. Bestellung bei der EDMZ: Bestellnummer 318.930d/f/i) www.admin.ch/edmoz.

Index/ Stichwortverzeichnis

- Akupunktur 5
anthroposophische Medizin 5
Arzt 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12
Ausland 3, 9
Badekur 8
Beschwerde 14
Bonus-Versicherung 13
Brille 7, 10
chinesische Medizin 5
Chiropraktor 7
Einsprache 14, 19
Franchise 10, 11, 12, 18
Geburtsvorbereitung 7
Generika 6
Grundversicherung 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12
Hausarzt-Modell (HAM) 12, 16
Hilfsmittel und Apparate 8
HMO 12, 16
Homöopathie 5
Impfung 6
Komplementärmedizin 5
Kontaktlinsen 7, 8
Kostenbeteiligung 7, 10
Krankenversicherungsgesetz / KVG 20
Kündigungsfrist 11, 12
Mammographie 6, 10
Medikamente 5, 6
Militärdienst 18
Mutterschaft 7, 10
Neuraltherapie 5
Notfallbehandlung 9
Pflegeheim 9
Physiotherapie 5, 7, 9
Phytotherapie 5
Prämie 10, 11, 12, 13, 18, 20;
Prämienübersicht 20
Prämienverbilligung 15
Prävention 6, 7
Rettung 9
Selbstbehalt 10
Spezialitätenliste 5, 6, 20
Spital 5, 6, 7, 10
Spitex 9
Transport 9
Unfall 8, 13
Unfalldeckung 13, 18
Versicherungspflicht 15
Zahnbehandlung 8
Zusatzversicherung 6, 9, 12

Die Vorliegende Broschüre ist in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch erhältlich. Einzelexemplare können mit einer an Sie adressierten Selbstklebeetikette bestellt werden bei der Eidg. Drucksachen- und Materialzentrale (EDMZ), 3003 Bern (Bestellnummer: 318.950 d). Die Broschüre ist ebenfalls via Internet abrufbar unter www.bsv.admin.ch