Die obligatorische Krankenversicherung kurz erklärt

Sie fragen – wir antworten







Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Inhalt

Versicherungsschutz: Muss ich mich versichern? 4

Leistungen: Was bezahlt mir die Krankenversicherung? 6

Prämien und Kostenbeteiligung 12

Sparmöglichkeiten 14

Was tun bei Problemen? 17

Adressen 18

Musterbriefe 24

Weitere Informationen 26

Stichworte / Index 27

Impressum

© Bundesamt für Gesundheit BAG
Herausgeber: Bundesamt für Gesundheit BAG
Publikationszeitpunkt: Dezember 2018

Diese Broschüre erscheint ebenfalls in französischer, italienischer und englischer Sprache.

Vertrieb:
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.admin.ch
Bestellnummer: 316.950.d

BAG-Publikationsnummer: 2018-KUV-04
www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-va.html

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Dieser Ratgeber beantwortet Fragen zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung, welche am häufigsten gestellt werden. Er vermittelt einen allgemeinen Überblick über die gesetzlichen Vorschriften (Stand: 1. Januar 2019). Massgebend sind die geltenden gesetzlichen Bestimmungen. In Einzelfällen geben die Versicherer (Krankenkassen) Auskunft.

Begriffe

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

Obligatorische Krankenpflegeversicherung (nach dem Krankenversicherungsgesetz KVG): Diese Versicherung gewährleistet eine 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 Naturärzte und -ärztinnen, 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/-r Staatsangehörige/-r mit einer Aufenthaltsbewilligung von drei Monaten und länger;
- als ausländische/-r Staatsangehörige/-r, wenn Sie 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;
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EU/EFTA-Staatsangehörige/-r in der Schweiz erwerbstätig sind und in einem EU-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- wenn Sie als Schweizer/Schweizerin oder EU/EFTA-Staatsangehörige/-r ausschliesslich eine Rente oder eine Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz beziehen und in einem EU-Mitgliedstaat, in Island oder Norwegen wohnen. Dies gilt auch für Ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.
- als Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerin, wenn Sie von Ihrem schweizerischen Arbeitgeber vorübergehend ins Ausland entsandt werden. Dies gilt auch für Ihre nichterwerbstätigen Familienangehörigen.

Nein, in bestimmten Ausnahmefällen besteht keine Versicherungspflicht oder Sie können sich befreien lassen

In bestimmten Fällen besteht keine Versicherungspflicht, obwohl Sie in der Schweiz wohnen, z.B.

- wenn Sie in einem EU-/EFTA-Staat erwerbstätig sind;
- wenn Sie ausschliesslich eine Rente aus einem EU-/EFTA-Staat erhalten;
- als Mitglied diplomatischer oder konsularischer Missionen sowie als Angestellte/-r von internationalen Organisationen, welche Vorrechte nach internationalem Recht haben.

Zudem können sich einige Personen von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen, z.B.

- wenn Sie vorübergehend in die Schweiz kommen um zu studieren;
- wenn Sie z.B. als Grenzgängerin, als Grenzgänger, als Rentnerin oder als Rentner mit Wohnort in einem EU-/EFTA-Staat über ein Optionsrecht in der Krankenversicherung verfügen. Das steht Ihnen z.B. bei Wohnort in Deutschland, Frankreich, Italien oder Österreich zu.

Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht sind innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht in der Schweiz an die zuständige kantonale Stelle (die Adressen finden Sie auf Seite 21 und 22) oder bei Rentnerinnen und Rentnern, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, an die Gemeinsame Einrichtung zu richten (www.kvg.org/de/rentner-_content---1--1041.html).
(s. Broschüre «Ratgeber Sozialversicherung», abrufbar via Internet unter: www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/publikationen/broschueren.html).

Wo kann ich mich versichern?

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung kann bei jeder Niederlassung einer der rund 60 Krankenkassen abgeschlossen werden. Der Abschluss einer Krankenversicherung bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen ist nur bei bestimmten Krankenkassen möglich. Weitere Auskünfte über die Versicherungspflicht und Befreiung davon erteilen die kantonalen Behörden (s. Adressen Seite 21).

Wann muss ich mich versichern?

Die Krankenpflegeversicherung vergütet Ihnen rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen, sofern Sie sich oder Ihr Neugeborenes rechtzeitig, d.h. innert drei Monaten seit Wohnsitznahme oder der Geburt in der Schweiz bei einem Krankenversicherer anmelden.
Da auch zeitlich rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn allfällige Auslagen vergütet werden, sind zwingend auch die Prämien rückwirkend bis zum Versicherungsbeginn zu entrichten.
Falls Sie die Frist von drei Monaten seit Ihrer Wohnsitznahme oder der Geburt Ihres Kindes in der Schweiz nicht einhalten, bezahlen Sie einen Zuschlag, und bereits entstandene Auslagen werden von der Versicherung nicht vergütet.

Was bezahlt mir die Krankenversicherung?

...beim Arzt oder bei der Ärztin:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet grundsätzlich alle Behandlungen, die von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden. Vor einer Untersuchung oder Behandlung sollte die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Patientin / den Patienten darüber orientieren, ob die betreffende Leistung übernommen wird oder nicht.
Daneben können Personen im Auftrag eines Arztes oder einer Ärztin bestimmte Leistungen erbringen (Physiotherapie, Krankenpflege ambulant (SPITEX) oder im Pflegeheim, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, Ergotherapie, Neuropsychologie). Vergütet werden ebenfalls Untersuchungen (z.B. Analysen, Röntgen), die vom Arzt / von der Ärztin angeordnet worden sind. Psychotherapien werden unter Einhaltung bestimmter Bedingungen übernommen. Für entsprechende Vergütungen erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt / bei Ihrer Ärztin oder bei Ihrer Krankenkasse. 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 obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen bezahlt.

…in der Komplementärmedizin:

- die Akupunktur
- die Anthroposophische Medizin
- die Arzneimitteltherapie der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)
- die Ärztliche Klassische Homöopathie
- die Phytotherapie

Die oben erwähnten komplementärmedizinischen Behandlungen werden übernommen, wenn sie von einem Arzt oder einer Ärztin mit einem Facharzttitel und einer anerkannten Weiterbildung in der entsprechenden komplementärmedizinischen Disziplin erbracht werden (Dokumente einsehbar im Internet unter www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Aerztliche-Komplementaermedizin.html).
Das Medizinalberuferegister (MedReg) listet die Ärzte und Ärztinnen mit einem solchen Titel auf (www.medregom.admin.ch/DE).
Die zur Behandlung eingesetzten Medikamente werden vergütet, wenn sie in der Spezialitätenliste oder der Arzneimittelliste mit Tarif aufgeführt sind (s. Seite 7).

...im Spital:

Sie können unter den Spitälern wählen, die auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons oder jener des Standortkantons aufgeführt sind (Listenspital). Die Spitallisten erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse oder beim kantonalen Gesundheitsdepartement. Wenn Sie sich aus freien Stücken in einem Listenspital behandeln lassen wollen, das nicht auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons ist, werden die Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung höchstens in der Höhe übernommen, wie sie für die betreffende Behandlung in einem Listenspital des Wohnkantons gelten. Muss die Behandlung aus medizinischen Gründen (Notfall, Spezialbehandlung) in einem Spital durchgeführt werden, das nicht auf der Spitalliste Ihres Wohnkantons aufgeführt ist, werden die Kosten für die Behandlung und den Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung dieses Spitals vollumfänglich übernommen.

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.

...bei Medikamenten:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für sämtliche Medikamente, die von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben werden und die in der sogenannten **«Spezialitätenliste»** aufgeführt sind (s. Seite 26). Kassenpflichtig sind zurzeit rund 2500 Medikamente, wobei die Liste ständig dem medizinischen Fortschritt angepasst wird. Vergütet werden auch die Medikamente, die als Magistralrezeptur (in der Regel in der Apotheke) hergestellt werden, wenn die Inhaltsstoffe in der Arzneimittelliste mit Tarif enthalten sind (s. Seite 26).
Apothekerinnen und Apotheker können an Stelle der Originalpräparate Generika abgeben, sofern die Ärztinnen und Ärzte nicht ausdrücklich Originalmedikamente verschreiben. Generika sind qualitativ gleichwertige «Kopien», die in der Regel billiger sind als Originalpräparate; sie enthalten dieselben Wirkstoffe (s. Seite 26).

...bei Massnahmen zur Prävention:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten verschiedener Massnahmen, die der Gesundheitsvorsorge (Prävention) dienen, wie insbesondere

- **verschiedene Impfungen** gemäss den Richtlinien und Empfehlungen des Schweizerischen Impfplans (www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischer-impfplan.html), so beispielsweise:
  - Impfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, Kinderlähmung, Haemophilus-Influenzae Typ B, Windpocken sowie Masern, Mumps und Röteln (MMR).
  - Impfung gegen Hepatitis-B und für spezielle Risikogruppen gegen Hepatitis-A
  - Impfung gegen Grippe bei Personen ab 65 Jahren und bei Personen mit einem erhöhten Komplikationsrisiko bei einer Grippeerkrankung
  - Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (Zeckenenzephalitis)
  - Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs für Mädchen im Schulalter und junge Frauen bis 26 Jahre sowie gegen andere durch humane Papillomaviren verursachte Krebserkrankungen für Knaben und Männer im Alter von 11 bis 26 Jahren, wenn die Impfung im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms erfolgt. Auf dieser Impfung wird keine Franchise erhoben.
  - Nicht bezahlt werden spezielle Reiseimpfungen und prophylaktische reisemedizinische Leistungen, zum Beispiel die Gelbfieberimpfung oder die Malariaprophylaxe.
- 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.
- **Mammografie** zur Erkennung von Brustkrebs: Digitale Mammografie, Mamma-MRI bei Frauen mit mässig oder stark erhöhtem familiärem Brustkrebsrisiko oder mit vergleichbarem individuellem Risiko. Screening-Mammografie alle zwei Jahre für Frauen ab dem vollendeten fünfzigsten Altersjahr, wenn die Untersuchung im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms vorgenommen wird, das bestimmte Auflagen der Qualitätssicherung erfüllt. Solche Programme gibt es in den Kantonen Basel-Stadt, Bern, Freiburg, Genf, Graubünden, Jura, Neuenburg, St. Gallen, Tessin, Thurgau, Waadt, Wallis, (nähere Auskünfte erteilen der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin oder sind

abrufbar im Internet unter www.swisscancerscreening.ch). Auf der Screening-Mammografie wird keine Franchise erhoben.
- Vorsorgeuntersuchungen zu Dickdarmkrebs bei Frauen und Männern zwischen 50 und 69 Jahren. Untersuchungen auf Blutspuren im Stuhl alle 2 Jahre inkl. der notwendigen Laboranalysen oder Dickdarmspiegelungen alle 10 Jahre. Findet die Untersuchung im Rahmen der Früherkennungsprogramme in den Kantonen Jura, Neuenburg, Tessin, Uri oder Waadt statt, wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

Wichtig: All diese Massnahmen dienen der Prävention und werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 Krankenversicherung getragen. ■

...bei Mutterschaft:

- **Schwangerschaft**: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für sieben Routineuntersuchungen während der Schwangerschaft bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme, sowie für zwei Ultraschalluntersuchungen (eine zwischen der 12. bis 14., eine weitere zwischen der 20. bis 23. Schwangerschaftswoche). Im Fall einer Risikoschwangerschaft werden so viele (Ultraschall-) Untersuchungen wie nötig übernommen.
- Sie vergütet den Ersttrimestertest zur pränatalen Abklärung des Risikos der Trisomien 21, 18 und 13 anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12.-14. Schwangerschaftswoche) sowie der Bestimmung von bestimmten Faktoren im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren (u.a. Alter der Mutter)
- Ein Trisomie-Test (nicht-invasiver Pränatal-Test NIPT) wird übernommen zur Untersuchung auf eine Trisomie 21, 18 oder 13 ab der 12. Schwangerschaftswoche, wenn ein erhöhtes Risiko einer Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt. Ein erhöhtes Risiko liegt vor, wenn dieses 1:1000 oder höher ist. Ein positives Resultat im NIPT sollte in einer Fruchtwasseruntersuchung bestätigt werden.
- An Kurse zur **Geburtsvorbereitung,** die von Hebammen oder Organisationen der Hebammen einzeln oder in Gruppen durchgeführt werden, oder für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme oder einer Organisation der Hebammen bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung 150 Franken.
- **Geburt:** Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten einer Geburt zu Hause, in einem Spital oder in einem Geburtshaus, sofern die letztgenannten beiden Einrichtungen auf der Spitalliste des Wohnkantons stehen (siehe hierzu S. 6/7 zur Hospitalisierung). Die Versorgung durch einen Arzt, eine Ärztin oder eine Hebamme gehört zur Leistung.
- **Nach der Geburt** übernimmt die obligatorische Krankenpflegeversicherung:
  - eine **Nachkontrolle** zwischen der 6. und 10. Woche bei einem Arzt, einer Ärztin oder einer Hebamme;
  - die Kosten von maximal drei **Stillberatungen**, die von Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell ausgebildeten Pflegefachpersonen durchgeführt werden;
  - die Betreuung im Wochenbett im Rahmen von Hausbesuchen durch Hebammen und Organisationen der Hebammen zur Pflege und zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind. In den 56 Tagen nach einer Frühgeburt, einer Mehrlingsgeburt, bei Erstgebärenden und nach einem Kaiserschnitt werden höchstens 16 Hausbesuche vergütet, in allen anderen Fällen höchstens 10 Hausbesuche. In den ersten 10 Tagen nach der Geburt kann die Hebamme oder die Organisation der Hebammen zusätzlich an höchstens 5 Tagen einen zweiten Besuch machen. Für

Hausbesuche, die zusätzlich in den 56 Tagen nach der Geburt oder die nach den 56 Tagen nach der Geburt durchgeführt werden, ist eine ärztliche Verordnung notwendig.

...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 (mit Kostenbeteiligung).

...bei Physiotherapie:

Die Kosten für Physiotherapie sind gedeckt, wenn die Behandlung ärztlich verordnet wurde und von einer zugelassenen Physiotherapeutin oder einem zugelassenen Physiotherapeuten durchgeführt wird. Es können bis zu 9 Sitzungen verschrieben werden, wobei die erste Behandlung innert fünf Wochen seit der ärztlichen Anordnung durchgeführt werden muss. 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:

Für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Altersjahr bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag von 180 Franken pro Jahr an ärztlich verordnete Brillengläser und Kontaktlinsen.
Bei sehr starken Sehfehlern oder beim Vorliegen von bestimmten Erkrankungen wie beispielsweise krankheitsbedingten Refraktionsänderungen, Anpassungen nach Operationen oder Hornhauterkrankungen, übernimmt die Versicherung – unabhängig vom Alter der versicherten Person – höhere Beiträge an ärztlich verordnete Brillengläser und Kontaktlinsen (Auskünfte erteilen die Krankenkassen oder die Augenärztinnen und Augenärzte).
Die Leistungen für Brillengläser und Kontaktlinsen unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 12).

...an Hilfsmittel und Apparate:

Die Kosten für ärztlich verordnete Hilfsmittel und Apparate wie Bandagen, Stützverbände, Inhalations- und Atemtherapiegeräte oder Inkontinenzhilfen usw., die in der Mittel- und Gegenständeliste aufgeführt sind («MiGeL», siehe Seite 26), werden bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernommen.
Die Leistungen für Hilfsmittel und Apparate unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 12).

...bei Zahnbehandlungen:

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet Zahnbehandlungskosten lediglich, wenn eine schwere Erkrankung des Kausystems auftritt sowie wenn die zahnärztlichen Behandlungen im Zusammenhang mit einer schweren Allgemeinerkrankung (z.B. bei Leukämie, Herzklappenersatz) 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 mindestens 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 obligatorische Krankenpflegeversicherung 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 (erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse). Die zusätzlichen Kosten, beispielsweise für ärztliche Behandlung, Physiotherapie oder Medikamente, 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, leistet die obligatorische Krankenpflegeversicherung einen Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten und aufgrund eines ausgewiesenen Pflegebedarfs erbrachten pflegerischen Leistungen (z.B. Spritzen verabreichen, Verband wechseln, Wunden reinigen und versorgen, Puls- und Blutdruck messen, Beratung bei der Einnahme von Medikamenten und beim Gebrauch medizinischer Geräte, Fusspflege bei Diabetikern).
In der Regel haben Sie einen bestimmten, betraglich begrenzten Teil der Pflegekosten selber zu übernehmen, die verbleibenden ungedeckten Pflegekosten decken die Wohnkantone/-gemeinden. Weitere Auskünfte erhalten Sie bei Ihrer Wohngemeinde, der Spitexorganisation oder im Pflegeheim.
Die Beiträge an die Pflegekosten unterliegen wie die übrigen Leistungen der Krankenversicherung der Kostenbeteiligung (s. Seite 12).
Die Kosten für Haushalthilfen (z.B. Kochen, Putzen, Einkaufen) oder den eigentlichen Aufenthalt in Pflegeheimen (d.h. Kost und Logis) übernimmt demgegenüber die obligatorische Krankenpflegeversicherung 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.ahv-iv.ch/de/Merkblätter-Formulare/Merkblätter/Ergänzungsleistungen-zur-AHV-und-IV).

...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 obligatorische Krankenpflegeversicherung die Hälfte bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 500 Franken.

- An die Rettung von Personen in Lebensgefahr (z.B. nach einem Bergunfall oder bei einem Herzinfarkt) bezahlt die Versicherung ebenfalls die Hälfte, jedoch bis maximal 5000 Franken pro Jahr (gilt nur für die Schweiz).

...bei einer notwendigen Behandlung in einem EU/EFTA-Staat:

In EU-/EFTA-Ländern haben Sie mit der europäischen Krankenversicherungskarte, die Sie von Ihrem Krankenversicherer erhalten haben, Anspruch auf alle Sachleistungen, die sich unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen. Sie haben Anspruch auf Vergütung der gleichen Leistungen wie die in diesem Land versicherten Personen (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Spitäler, Transporte).
Die Behandlungskosten werden je nach Land entweder durch die entsprechende ausländische Stelle bezahlt und dem schweizerischen Krankenversicherer später in Rechnung gestellt, oder die versicherte Person muss vorübergehend die Kosten übernehmen und kann dann eine Rückvergütung verlangen (www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Leistungen-im-Ausland/Behandlungen-im-Ausland-fuer-Versicherte-mit-Wohnsitz-in-der-Schweiz.html).
Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-Land, in Island oder Norwegen finden weitere Informationen unter:
www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/informationen-fuer/versicherte/int.html).

...bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA:

Bei Notfallbehandlung in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA, beispielsweise im Falle einer Erkrankung während der Ferien, bezahlt die obligatorische Krankenpflegeversicherung die Kosten bis zum doppelten Betrag, den sie für die gleiche Behandlung in der Schweiz vergüten würde. Im Fall von stationären Behandlungen bedeutet dies, dass sie höchstens 90 % der Kosten übernimmt, die diese Hospitalisation in der Schweiz kosten würde (Grund: bei Spitalbehandlungen in der Schweiz übernehmen die Kantone einen Anteil von mindestens 55 % der Kosten, was bei Hospitalisationen im Ausland nicht der Fall ist). Eine zusätzliche Reiseversicherung kann notwendig sein für bestimmte Länder (z.B. USA, Australien, Asien), dort wo die Gesundheits- und Transportkosten höher liegen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Versicherer.
Die Krankenversicherung übernimmt 50 % der medizinisch notwendigen Transportkosten bis zu einem jährlichen Maximalbetrag von 1'000 Franken.

…wenn ich in einem EU-/EFTA-Staat wohne

Wenn Sie in der Schweiz versichert sind und in einem EU-/EFTA-Staat wohnen, dann haben Sie das Behandlungswahlrecht, d.h. Sie können sich wahlweise in Ihrem Wohnland und in der Schweiz behandeln lassen.

Wichtig: Für alle Beispiele der obigen Liste gilt: Die Behandlungen werden allein von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 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 Prämie ist im Voraus sowie in der Regel monatlich zu bezahlen. Gemäss neuer Rechtsprechung des Bundesgerichts, zum Beginn und Ende der Versicherung, wird diese taggenau berechnet und nicht mehr für den ganzen Monat.
Die Krankenkassen bieten reduzierte Prämien für Kinder und Jugendliche (bis zum vollendeten 18. Altersjahr) und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) an. Die Prämien sind unabhängig vom Einkommen einer Person, variieren aber von Kasse zu Kasse und von Kanton zu Kanton bzw. von Land zu Land bei Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen. Innerhalb eines Kantons oder eines EU/EFTA-Staates können die Kassen maximal drei regionale Abstufungen machen. Für alle Versicherer gilt die vom BAG vorgegebene einheitliche Einteilung der kantonalen Prämienregionen.
Personen, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben Anspruch auf eine Verbilligung der Krankenversicherungsprämien (vgl. Adressen Seite 18).

Kostenbeteiligung

Ein Teil der Behandlungskosten geht zu Lasten der Versicherten.
Die Kostenbeteiligung setzt sich zusammen aus:

- der ordentlichen **Franchise.** Sie beträgt 300 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 700 Franken pro Jahr (Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre: 350 Franken). Ausnahme (Medikamente): der Selbstbehalt für Arzneimittel, die durch in einem bestimmten Ausmass günstigere Arzneimittel austauschbar sind, beträgt 20 Prozent. Es können Originalpräparate und Generika mit einem erhöhten Selbstbehalt belegt sein. Ihr Arzt/Ihre Ärztin oder Ihr Apotheker/Ihre Apothekerin können Ihnen diesbezüglich nähere Auskunft erteilen.

Die ordentliche Kostenbeteiligung beträgt somit maximal 1000 Franken pro Jahr für Erwachsene und 350 Franken für Kinder und Jugendliche.

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

Beispiel:
Ihre Behandlungskosten (Arzt, Spital, Medikamente, etc.) in einem Jahr betragen 2000 Franken. Daran bezahlen Sie 300 Franken Franchise sowie 10 Prozent Selbstbehalt an den Rest, also insgesamt 470 Franken (300 Fr. + 10 % von 1700 Fr. = 470 Fr.). Den Rest von 1530 Franken bezahlt die Krankenversicherung.

Mutterschaft
Auf den Kosten der spezifischen Mutterschaftsleistungen (Leistungsumfang s. Seite 8) wird keine Kostenbeteiligung erhoben. Ausserdem müssen sich Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Geburt nicht mehr an den Kosten für allgemeine medizinische Leistungen und Pflegeleistungen bei Krankheit beteiligen. Sie müssen sich auch nicht mehr an den Behandlungskosten von unabhängig von der Schwangerschaft auftretenden Krankheiten beteiligen.

Mammografie
Bei der Screening-Mammografie zwecks Früherkennung von Brustkrebs, die im Rahmen eines kantonalen oder regionalen Programms durchgeführt wird (s. Seite 7/8), wird keine Franchise erhoben. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin oder bei der Krankenkasse.

Darmkrebsvorsorge
Bei Untersuchungen im Rahmen der Früherkennungsprogramme (s. Seite 8) wird auf der Leistung keine Franchise erhoben.

Aufenthalt im Spital
Pro Spitaltag muss ein Spitalbeitrag von 15 Franken bezahlt werden. Keinen Beitrag zu entrichten haben Kinder bis 18 Jahre, junge Erwachsene bis 25 Jahre, die in Ausbildung sind, und Frauen für Leistungen bei Mutterschaft. Der Spitalbeitrag ist betraglich nicht limitiert.

Achtung! Für Leistungen, die in einem EU-Land, in Island oder Norwegen erbracht werden, gilt die dortige Regelung der Kostenbeteiligung. ■

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 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. Ausserdem gibt es Kassen, bei welchen Sie die Medikamentenkosten zuerst selber bezahlen müssen. Aber jede Kasse ist verpflichtet, Sie aufzunehmen.

Prämienübersicht
Jedes Jahr im Oktober stellt das BAG allen Interessierten eine Übersicht über die Grundversicherungsprämien pro Kanton, bzw. für die EU-Staaten sowie für Island und Norwegen zur Verfügung. Sie erhalten das Dokument «Prämienübersicht» gratis beim BAG oder via Internet (s. Seite 26).

Kündigungsfristen

- Falls Sie die Grundversicherung mit der obligatorischen Franchise von 300 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 (s. Musterbrief 1, Seite 24).
- Wenn Sie eine Krankenversicherung mit einer höheren Franchise oder mit eingeschränkter Arzt-/ Spitalwahl abgeschlossen haben, können Sie nur auf Ende Jahr kündigen, in der Regel mit einer Frist von drei Monaten, d.h. Ihre Kündigung muss spätestens bis 30. September bei der Krankenkasse eingetroffen sein (s. Musterbrief 1, Seite 24).
- Bei der **Mitteilung einer neuen Prämie** können Sie den Versicherer mit einer **nur einmonatigen Kündigungsfrist auf Ende des Monats wechseln, welcher der Gültigkeit der neuen Prämie vorangeht**, unabhängig davon, ob die neue, vom BAG genehmigte Prämie, erhöht wurde oder ob Sie eine Versicherung mit HMO-, Hausarzt-Modell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung oder Wahlfranchise abgeschlossen haben. Der Krankenversicherer muss Ihnen die neue Prämie mindestens zwei Monate im Voraus mitteilen. Er ist ausserdem verpflichtet, Sie bei der Mitteilung der Prämie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen (siehe Musterbrief 1, Seite 24).
- Der Wechsel zu einer anderen Franchise oder zu einer anderen Versicherungsform (HMO- oder Hausarztmodell, Modell mit vorgängiger telefonischer Beratung) ist nur auf Anfang Jahr möglich (s. Musterbrief 2, Seite 24).

Beispiel:
Wenn Sie Ihren bisherigen Versicherer für die Grundversicherung wechseln möchten, muss er Ihre Kündigung bis spätestens am 30. November erhalten haben. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Prämie erhöht wurde oder Sie eine besondere Versicherungsform (Gesundheitsnetzwerk, HMO, Hausarztmodell, telemedizinische Beratung, wählbare Franchise, Bonusversicherung) abgeschlossen haben. Ausschlaggebend ist, dass der Krankenversicherer Ihnen die neue, vom BAG genehmigte Prämie vor dem 31. Oktober mitgeteilt hat.

Wichtig: Kündigen Sie rechtzeitig (siehe Musterbrief 1, Seite 24)! Ihr Krankenversicherer muss die Kündigung vor Ablauf der Kündigungsfrist erhalten haben. Nicht der Poststempel der Kündigung ist massgebend, sondern das Datum, an welchem die Kündigung bei der Krankenkasse eintrifft. Es wird empfohlen, die Kündigung bis Mitte März bzw. Mitte November eingeschrieben zu senden. Vervollständigen Sie die einzelnen Schritte bis zum Eintritt beim neuen Versicherer. Der Wechsel wird erst in dem Moment vollzogen, in dem der neue Versicherer dem bisherigen mitteilt, dass es zu keinem Versicherungsunterbruch kommt. Ohne diese Information kann der Wechsel nicht stattfinden. ■

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 Versicherer Personen ablehnen, Prämien nach Alter und Geschlecht festlegen, sowie Vorbehalte aufgrund des Gesundheitszustandes einer Person anbringen. Vergleichen Sie, zu welchen Bedingungen ein neuer Versicherer Ihnen eine Zusatzversicherung anbietet. Achten Sie insbesondere auf den Leistungsumfang. Bei den Zusatzversicherungen kann dieser je nach Kasse unterschiedlich sein.

Kündigungsfrist: Vergleichen Sie unbedingt die Versicherungsbedingungen Ihres Versicherers. Die Kündigungsfrist für die Zusatzversicherung weicht in der Regel von derjenigen der Grundversicherung ab. ■

Wählen Sie eine besondere Versicherungsform

Wenn Sie eine der folgenden besonderen Versicherungsformen wählen, bezahlen Sie eine günstigere Prämie (vgl. Prämienübersicht des BAG, siehe Seite 26).

Einschränkung der Arzt- und Spitalwahl

Sie können Prämien sparen, wenn Sie sich einer sog. HMO-Versicherung (= Health Maintenance Organization) oder einem Hausarzt-Modell anschliessen. 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 (vgl. Prämienübersicht des BAG/Verzeichnis der zugelassenen Versicherer s. Seite 23).
Die Rabatte beziehen sich auf die Prämie der ordentlichen Versicherung mit Unfalldeckung. Bei einer Kombination mit einer Wahlfranchise können diese Rabatte allenfalls wegen den Vorschriften betreffend minimaler Prämie (siehe Seite 16) nicht ausgeschöpft werden.

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 300 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.

Für Erwachsene betragen die Wahlfranchisen 500, 1000, 1500, 2000 und 2500 Franken, für Kinder 100, 200, 300, 400, 500, 600 Franken. Die Kassen müssen nicht alle Wahlfranchisen anbieten. Sie können für Erwachsene und junge Erwachsene (vom 19. bis zum vollendeten 25. Altersjahr) unterschiedliche Franchisen anbieten.

Prämienrabatte für die Wahlfranchisen:

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

Erwachsene					Kinder					
500	1000	1500	2000	2500	100	200	300	400	500	600
140	490	840	1190	1540	70	140	210	280	350	420

Weitere Versicherungsmodelle

Verschiedene Versicherer bieten weitere Modelle (z.B. Modell mit vorgängiger telefonischer medizinischer Beratung oder kombinierte Versicherungsmodelle) an. Für genauere Informationen empfehlen wir Ihnen, sich an diese Versicherer zu wenden.

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. Die Prämie kann innerhalb von 5 Jahren auf die Hälfte der Ausgangsprämie sinken.

Vorsicht! Die besonderen Versicherungsformen stehen Versicherten mit Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen nicht offen. ■

Schliessen Sie die Unfalldeckung aus,

...wenn Sie mindestens 8 Stunden pro Woche arbeiten und durch Ihren Arbeitgeber gemäss Unfallversicherungsgesetz (UVG) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert sind (vgl. Musterbrief 3, Seite 24).

Sistieren Sie Ihre Krankenversicherung bei länger dauernder Dienstpflicht

Während Diensten, die länger als 60 aufeinanderfolgende Tage dauern (z.B. RS, während des Zivildienstes oder während des Zivilschutzes) kann die Versicherung sistiert werden. Die für den Dienst zuständigen Behörden informieren die dienstleistenden Personen über das Verfahren. Die Militärversicherung deckt während der Dienstzeit die Risiken Krankheit und Unfall ab.

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 23).

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 4, Seite 25).

Erwägen Sie eine Einsprache

Innerhalb von 30 Tagen können Sie formell (mündlich oder besser schriftlich: vgl. Musterbrief 5, Seite 25) 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 innert 30 Tagen an die sozialrechtliche Abteilung des Schweizerischen Bundesgerichtes in Luzern gelangen. Dessen Entscheid ist endgültig und nicht weiter anfechtbar.

Für die Prämienverbilligung zuständige Stellen

1. Kantonale Stellen

Kanton	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
AG Aargau	Gemeindezweigstelle der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Aargau in der Wohngemeinde	✆ 062 836 81 81 🖷 062 836 81 99 @ ipv@sva-ag.ch 💻 http://www.sva-ag.ch/
AI Appenzell-Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	✆ 071 788 94 52 🖷 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 💻 www.ai.ch
AR Appenzell-Ausserrhoden	Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden Neue Steig 15 Postfach 9102 Herisau	✆ 071 354 51 51 🖷 071 354 51 52 @ info@sovar.ch 💻 www.sovar.ch
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	✆ 031 636 45 00 🖷 031 634 51 62 @ asv.pvo@jgk.be.ch 💻 www.be.ch/pvo
BL Basel-Landschaft	Sozialversicherungsanstalt Basel-Landschaft Hauptstrasse 109 4102 Binningen	✆ 061 425 25 25 🖷 061 425 25 00 @ info@sva-bl.ch 💻 www.sva-bl.ch
BS Basel-Stadt	Amt für Sozialbeiträge Grenzacherstrasse 62 4005 Basel	✆ 061 267 87 11 @ asb-pv@bs.ch 💻 www.asb.bs.ch
FR Freiburg	Ausgleichskasse des Kantons Freiburg Impasse de la Colline 1 Postfach 176 1762 Givisiez	✆ 026 305 52 52 🖷 026 305 52 62 @ ecasfrrpi@fr.ch 💻 www.caisseavsfr.ch
GE Genf	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	✆ 022 546 19 00 🖷 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 💻 www.geneve.ch/sam
GL Glarus	Kantonale Steuerverwaltung Abteilung IPV Hauptstrasse 11/17 8750 Glarus	✆ 055 646 61 50 🖷 055 646 61 98 @ steuerverwaltung@gl.ch 💻 www.gl.ch
GR Graubünden	Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden Ottostrasse 24 7000 Chur	✆ 081 257 41 11 🖷 081 257 42 22 @ info@sva.gr.ch 💻 www.sva.gr.ch
JU Jura	Caisse de compensation du canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	✆ 032 952 11 11 🖷 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 💻 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	✆ 041 375 05 05 🖷 041 375 05 00 @ info@ahvluzern.ch 💻 www.ahvluzern.ch
NE Neuenburg	Service de l'action sociale Espace de l'Europe 2 Case postale 752 2002 Neuchâtel	✆ 032 889 66 00 🖷 032 889 60 89 @ Service.ActionSociale@ne.ch 💻 www.ne.ch

NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	✆ 041 618 51 00 🖷 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 💻 www.aknw.ch
OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	✆ 041 666 63 05 🖷 041 666 61 15 @ praemienverbilligung@ow.ch 💻 www.ow.ch
SG St. Gallen	AHV-Zweigstelle der Gemeinde oder SVA St. Gallen Brauerstrasse 54 9016 St. Gallen	✆ 071 282 66 33 🖷 071 282 69 10 @ info@svasg.ch 💻 www.svasg.ch
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	✆ 052 632 61 11 🖷 052 632 61 99 @ info@svash.ch 💻 www.svash.ch
SO Solothurn	Ausgleichskasse des Kantons Solothurn Allmendweg 6 4528 Zuchwil Postadresse: Postfach 116 4501 Solothurn	✆ 032 686 22 00 @ info@akso.ch 💻 www.akso.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	✆ 041 819 04 25 🖷 041 819 05 25 @ ipv@aksz.ch 💻 www.aksz.ch
TG Thurgau	Krankenkassenkontrollstelle der Wohngemeinde	@ gesundheit@tg.ch 💻 www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio delle prestazioni Servizio sussidi assicurazione malattia Viale Stazione 28a 6500 Bellinzona	✆ 091 821 93 11 🖷 091 821 92 99 @ sussidi@ias.ti.ch 💻 www.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	✆ 041 875 22 42 🖷 041 875 21 54 @ praemienverbilligung@ur.ch 💻 www.ur.ch/praemienverbilligung
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	✆ 021 557 47 47 🖷 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 💻 www.vd.ch
VS Wallis	Ausgleichskasse des Kantons Wallis Abteilung Subventionen Av. Pratifori 22 1950 Sion	✆ 027 324 91 11 🖷 027 607 01 51 @ info@avs.vs.ch 💻 www.avs.vs.ch
ZG Zug	Ausgleichskasse des Kantons Zug Baarerstrasse 11 Postfach 6302 Zug	✆ 041 560 47 00 🖷 041 560 47 47 @ info@akzug.ch 💻 www.akzug.ch
ZH Zürich	Für die Landgemeinden: Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich Röntgenstrasse 17 Postfach 8087 Zürich Für die Stadt Zürich: Städtische Gesundheitsdienste Walchestrasse 31 Postfach 8021 Zürich	 ✆ 044 448 50 00 🖷 044 448 55 55 @ info@svazurich.ch 💻 www.svazurich.ch ✆ 044 412 25 90 🖷 044 412 23 93 @ sgd@zuerich.ch 💻 www.stadt-zuerich.ch

2. Gemeinsame Einrichtung

Die Gemeinsame Einrichtung ist zuständig für die Prämienverbilligung der Versicherten, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder in Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen, und ihren in der Schweiz versicherten Familienangehörigen (Art. 66a KVG).

Institution	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
Gemeinsame Einrichtung KVG	Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	032 625 30 30 032 625 30 90 @ info@kvg.org www.kvg.org

Kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Versicherungspflicht

Kanton	Adresse	Telefon / Fax / E-Mail / Internet
AG Aargau	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🖳 www.kvg.org
AI Appenzell-Innerrhoden	Gesundheitsamt des Kantons AI Hoferbad 2 9050 Appenzell	✆ 071 788 94 52 🖷 071 788 94 58 @ info@gsd.ai.ch 🖳 www.ai.ch
AR Appenzell-Ausserrhoden	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🖳 www.kvg.org
BE Bern	Amt für Sozialversicherungen Forelstrasse 1 3072 Ostermundigen	✆ 031 633 76 55 🖷 031 634 51 61 @ info.asv@jgk.be.ch 🖳 www.jgk.be.ch
BL Basel-Landschaft	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🖳 www.kvg.org
BS Basel-Stadt	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🖳 www.kvg.org
FR Freiburg	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
GE Genf	Service de l'assurance-maladie Route de Frontenex 62 1207 Genève	✆ 022 546 19 00 🖷 022 546 19 19 @ sam@etat.ge.ch 🖳 www.ge.ch/sam
GL Glarus	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 🖳 www.kvg.org
GR Graubünden	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
JU Jura	Caisse de compensation du Canton du Jura Rue Bel-Air 3 Case postale 368 2350 Saignelégier	✆ 032 952 11 11 🖷 032 952 11 01 @ mail@ccju.ch 🖳 www.caisseavsjura.ch
LU Luzern	Ausgleichskasse Luzern Würzenbachstrasse 8 Postfach 6000 Luzern 15	✆ 041 375 05 05 🖷 041 375 05 00 @ info@ahvluzern.ch 🖳 www.ahvluzern.ch
NE Neuenburg	Office cantonal de l'assurance maladie Espace de l'Europe 2 Case postale 716 2002 Neuchâtel	✆ 032 889 66 30 🖷 032 889 60 92 @ Office.AssuranceMaladie@ne.ch 🖳 www.ne.ch
NW Nidwalden	Ausgleichskasse Nidwalden Stansstaderstrasse 88 Postfach 6371 Stans	✆ 041 618 51 00 🖷 041 618 51 01 @ info@aknw.ch 🖳 www.aknw.ch

OW Obwalden	Gesundheitsamt St. Antonistrasse 4 Postfach 1243 6061 Sarnen	✆ 041 666 64 58 🖷 041 666 61 15 @ gesundheitsamt@ow.ch 💻 www.ow.ch
SG St. Gallen	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
SH Schaffhausen	Sozialversicherungsamt Schaffhausen Oberstadt 9 8200 Schaffhausen	✆ 052 632 61 11 🖷 052 632 61 99 @ info@svash.ch 💻 www.svash.ch
SO Solothurn	Amt für soziale Sicherheit Ambassadorenhof 4509 Solothurn	✆ 032 627 23 11 🖷 032 627 76 81 @ aso@ddi.so.ch 💻 www.so.ch
SZ Schwyz	Ausgleichskasse Schwyz Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53 6431 Schwyz	✆ 041 819 04 25 🖷 041 819 05 25 @ info@aksz.ch 💻 www.aksz.ch
TG Thurgau	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in) Amt für Gesundheit Promenadenstrasse 16 8510 Frauenfeld	 ✆ 058 345 68 40 🖷 058 345 68 41 @ gesundheit@tg.ch 💻 www.gesundheit.tg.ch
TI Tessin	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo Via Ghiringhelli 15a 6500 Bellinzona	✆ 091 821 91 11 🖷 091 821 92 99 @ obbligo@ias.ti.ch 💻 www.ti.ch
UR Uri	Amt für Gesundheit Klausenstrasse 4 6460 Altdorf	✆ 041 875 21 51 🖷 041 875 21 54 @ ds.gsud@ur.ch 💻 www.ur.ch
VD Waadt	Office vaudois de l'assurance-maladie Ch. de Mornex 40 1014 Lausanne	✆ 021 557 47 47 🖷 021 557 47 50 @ info.ovam@vd.ch 💻 www.vd.ch
VS Wallis	Wohnsitzgemeinde bzw. Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes (Grenzgänger/in)	
ZG Zug	Gemeinsame Einrichtung KVG Gibelinstrasse 25 Postfach 4503 Solothurn	✆ 032 625 30 30 🖷 032 625 30 90 @ info@kvg.org 💻 www.kvg.org
ZH Zürich	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich Prämienverbilligung / Versicherungs-obligatorium Stampfenbachstrasse 30 8090 Zürich	✆ 043 259 24 38 🖷 043 259 52 10 @ kvg@gd.zh.ch 💻 www.gd.zh.ch

Verzeichnis der Krankenversicherer

Ein Adressverzeichnis der zugelassenen Krankenversicherer finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 26) und im Internet unter:
www.priminfo.ch (Rubrik: „Zahlen und Fakten“)

Verzeichnis HMO-Standorte / Einzugsgebiete Hausarztnetze

Ein Verzeichnis HMO-Standorte bzw. Einzugsgebiete Hausarztnetze finden Sie in der aktuellen Prämienübersicht des Bundesamtes für Gesundheit (s. Seite 26).

Weitere Adressen

- **Ombudsstelle Krankenversicherung**, Morgartenstrasse 9, Postfach 3565, 6002 Luzern, Tel. 041 226 10 10, (Beratung und Vermittlung in Streitfällen; keine allgemeine Versicherungsberatung),
  Internet: www.om-kv.ch
- **SPO Patientenschutz**, Häringstrasse 20, 8001 Zürich. Hotline für Nichtmitglieder 0900 56 70 47 (Fr. 2.90/Min.), Internet: www.spo.ch/
- **Stiftung für Konsumentenschutz** (SKS), Monbijoustrasse 61, Postfach, 3001 Bern, Tel. 031 370 24 24, Internet: www.konsumentenschutz.ch
- **Konsumentenforum** kf, Belpstrasse 11, 3007 Bern, Tel. 031 380 50 30, Internet: www.konsum.ch
- **Dachverband Schweizerischer Patientenstellen**, Hofwiesenstrasse 3, 8042 Zürich, Tel. 044 361 92 56, Internet: www.patientenstelle.ch

Musterbriefe

Maria Muster
Spitalweg 6
3000 Bern
Versichertennummer: 12.3456789.0

Einschreiben

Krankenkasse Sanissima
Postfach
3000 Bern

Bern, 15. Oktober [Jahr]

Betrifft: Obligatorische Krankenpflegeversicherung: Wechsel des Versicherers

Sehr geehrte Damen und Herren

Hiermit kündige ich meine obligatorische Krankenpflegeversicherung per 31.12. [Jahr] und werde ab dann bei einem anderen Krankenversicherer nach KVG versichert sein.

Mit freundlichen Grüssen

M. Muster

Beilagen:

◄ Ihr Vorname + Name
◄ Ihre Adresse

◄ Ihre Versichertennummer (gemäss Versicherungsausweis)

◄ Name/ Adresse Ihrer Krankenkasse

◄ Wahlweise Text 1 bis 5 einfügen

Wahlweise Text 1 bis 5, je nach Situation:

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 Unfalldeckung** (gem. Art. 8 KVG)
Ich möchte Sie bitten, die Unfalldeckung 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 **Erlass einer schriftlichen Verfügung**
Im Zusammenhang mit Ihrer Stellungnahme vom [Datum] möchte ich Sie bitten, mir diese gemäss Art. 51 Abs. 2 ATSG in Form einer schriftlichen Verfügung zukommen zu lassen.
Beilage: Kopie Ihres Entscheides [nicht zwingend nötig].

5 **Einsprache**
Hiermit erhebe ich im Sinne von Art. 52 Abs. 1 ATSG 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 BAG erstellt jedes Jahr im Oktober für das Folgejahr eine Übersicht mit den Prämien aller Krankenkassen pro Kanton, bzw. für die EU-Staaten sowie für Island und Norwegen. Sie erhalten die Prämienübersicht gratis, indem Sie eine an Sie adressierte Selbstklebeetikette (bitte kein Couvert!) an folgende Adresse schicken:

Bundesamt für Gesundheit
Prämien-Service
3003 Bern

Die Prämienübersicht ist via Internet abrufbar unter:
www.priminfo.ch

Krankenversicherungsgesetz

Der Text des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und der dazugehörenden Verordnungen kann via Internet abgerufen werden:
www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesetzgebung/gesetzgebung-versicherungen/gesetzgebung-krankenversicherung/kvg.html oder beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 832.10.D):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

«Spezialitätenliste» inkl. Generikaliste sowie Arzneimittelliste mit Tarif

Die Listen der Medikamente, die Pflichtleistungen für die Krankenkassen sind «Spezialitätenliste» inkl. Generikaliste und die „Arzneimittelliste mit Tarif“, sind via Internet abrufbar www.spezialitaetenliste.ch/ respektive
www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel/Mitteilungen-zur-Spezialitaetenliste.html
oder können beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 316.930 resp. 316.925):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

Mittel- und Gegenständeliste («MiGeL»)

Die Mittel- und Gegenständeliste («MiGeL») ist via Internet abrufbar
www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html oder kann beim BBL bestellt werden (Bestellnummer 316.940.D):
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, 3003 Bern, Internet
www.bundespublikationen.admin.ch/de

Index/ Stichwortverzeichnis

Arzt 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15

Ausland 4, 11

Badekur 10

Beschwerde 17

Bonus-Versicherung 16

Brille 9

Chiropraktor 9

Diabetes 6

Einsprache 17, 25

Ergotherapie 6

Ernährungsberatung 6

EU/EFTA 4, 11, 12

Franchise 12, 13, 14, 16, 24

Geburt 5, 8

Geburtsvorbereitung 8

Generika 7, 26

Grundversicherung 8, 14, 15

Hausarzt-Modell (HAM) 15, 23

Hilfsmittel und Apparate 9

HMO 15, 23

Impfung 7

Kontaktlinsen 9

Kostenbeteiligung 9, 12

Krankenversicherungsgesetz / KVG 26

Kündigungsfrist 14

Logopädie 6

Mammografie 7, 13

Medikamente 7

Mittel- und Gegenständeliste 9, 26

Mutterschaft 8, 9, 12

Nachkontrolle 8

Neugeborene 9

Notfallbehandlung 11

Pflegeheim 6, 10

Physiotherapie 6, 9, 10

Prämie 12, 14, 15, 26; Prämienrabatt 16;
Prämienübersicht 14;
Prämienübersicht 26;
Prämienverbilligung 12;
Prämienverbilligung 18

Prävention 7, 8

Psychotherapie 6

Rettung 10

Selbstbehalt 12

Spezialitätenliste 7, 26

Spital 6, 9, 12, 13

Spitex 6, 10

Stillberatung 8

Transport 10

Unfall 10

Unfalldeckung 16, 24

Versicherungspflicht 4, 5, 21

Zahnbehandlung 9

Zusatzversicherung 7, 11, 15