



# KRANKEN- KASSE IM VERGLEICH



VIFIT GROUP AG

[www.vifit-group.ch](http://www.vifit-group.ch)







# Das finden Sie in dieser Broschüre

Dieser Broschüre stellt die verschiedenen Sparmöglichkeiten in der Grundversicherung vor. Und sie zeigt, welche Krankenkasse gute und günstige Zusatzversicherungen anbieten.

## **OBLIGATORISCHE GRUNDVERSICHERUNG**

**Seite 6**

Die Leistungen der Grundversicherung sind bei allen Krankenkassen identisch. Prämien lassen sich mit dem Wechsel zu einer günstigeren Kasse sparen, mit einem Sparmodell wie dem Telefonberatungs-, HMO-, Hausarzt- oder Apotheken-Modell sowie mit der Wahl der richtigen Franchise. In diesem Kapitel erhalten Sie neben vielen Spartipps auch einen Überblick über die wichtigsten Leistungen der Grundversicherung.

## **AMBULANTE KRANKENPFLEGEZUSÄTZE**

**Seite 12**

Bei den Zusatzversicherungen unterscheiden sich die Leistungen von Kassen zu Kasse. Vor Vertragsabschluss sollte man deshalb nicht nur die Prämie vergleichen, sondern auch den Leistungsumfang der einzelnen Angebote. Die REXON-Experten nehmen Ihnen diese mühsame Arbeit ab. Sie haben das Kleingedruckte der meistverkauften Krankenpflegezusätze gelesen. In diesem Kapitel finden Sie ihre Leistungsbeurteilung.

## **SPITALZUSATZVERSICHERUNG**

**Seite 30**

Hier erfahren Sie, welche Leistungen die Spitalzusatzversicherungen umfassen. Und Sie lernen günstigere Alternative zu den teuren Spitalzusätzen für die halbprivate oder private Abteilung kennen. Viele Optimierungen lassen sich bei der bisherigen Kasse vornehmen.

## **KRANKENKASSEWECHSEL**

**Seite 34**

In diesem Kapitel lesen Sie, wie Sie Grund- und Zusatzversicherungen richtig wechseln und welche Fristen Sie dabei beachten müssen.

## **WICHTIGE ADRESSEN**

**Seite 36**

Hier finden Sie die Adresse der grössten Krankenkassen und der Beratungs- und Anlaufstellen für Versicherte, an die sich zum Beispiel bei Problemen mit Ihrer Krankenkasse wenden können. Die Angaben zur REXCON-Hotline finden Sie auf Seite 37.

# Grundversicherung: Das müssen Sie wissen

## UMFASSENDE LEISTUNGEN

Die Grundversicherung bietet einen umfassenden Versicherungsschutz, der die medizinische Grundversorgung für alle Versicherten gewährleistet. Sie übernimmt die Kosten für notwendige und anerkannte Behandlungen, die von einem zugelassenen Arzt vorgenommen werden. Bezahlte werden auch vom Arzt angeordnete Untersuchungen (z.B. Labortests und Röntgenaufnahmen) und Behandlungen durch zugelassene Hilfspersonen (z.B. Physiotherapeuten und Krankenpfleger).

Grundversicherte können jeden Arzt in der Schweiz für eine ambulante Behandlung aufsuchen. Die Kosten dafür werden übernommen, selbst wenn sich der Versicherte ohne Not ausserhalb seines Wohnkantons behandeln lässt. Bei stationären Spitalaufenthalten hingegen besteht volle Kostendeckung nur in der allgemeinen Abteilung eines Spitals im Wohnkanton, das auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt ist. Ausserkantonale Spitalaufenthalte sind vollumfänglich gedeckt in Notfällen oder wenn die notwendige Behandlung im Wohnkanton nicht angeboten wird und der Kantonsarzt die Notwendigkeit einer ausserkantonalen Behandlung bestätigt. Wer sich also freiwillig in einem anderen Kanton im Spital behandeln lässt, muss meistens einen Teil der Rechnung selber bezahlen, falls er keine entsprechende Spitalzusatzversicherung hat. Die Grundversicherung vergütet in so einem Fall höchstens die Kosten, die für die gleiche Behandlung im Wohnkanton angefallen wären.

## LEISTUNGEN BEI ALLEN KASSEN GLEICH

Die Leistungen der Grundversicherung sind im Krankenversicherungsgesetz genau festgelegt. Sie sind bei allen Krankenkassen identisch. Grosse Unterschiede gibt es aber im Kundenservice, in der Abwicklung und Betreuung (z. B. kein bargeldloser Medikamentenbezug mit der Versichertenkarte) sowie bei den Prämien. Die Prämien unterscheiden sich vor allem, weil einzelne Kassen mehr gesunde Versicherte oder eine effizientere Administration haben als andere.

## AUFNAHME OHNE EINSCHRÄNKUNGEN

Jede Kasse muss jeden Antragsteller ohne Einschränkungen aufnehmen, wenn sie an dessen Wohnort tätig ist. Die Kassen dürfen einen Antragsteller nicht zu seiner Gesundheit befragen, ausser er beantragt gleichzeitig Zusatzversicherungen.

## KOSTENBETEILIGUNG (FRANCHISE UND SELBSTBEHALT)

Die Versicherten müssen sich im Rahmen der gewählten Franchise an ihren Gesundheitskosten beteiligen. Die Mindestfranchise beträgt für Erwachsene 300 Franken. Kinder bis 18 Jahre müssen keine Franchise bezahlen, ausser die Eltern wählen diese freiwillig.

Zusätzlich zur Franchise müssen die Versicherten 10 Prozent der Kosten übernehmen, die die Franchise übersteigen. Für Originalmedikamente und Generika, die viel teurer sind als andere Generika, beträgt der Selbstbehalt oft 20 Prozent. Der Selbstbehalt ist für Erwachsene auf 700 Franken pro Jahr begrenzt, für Kinder auf 350 Franken. Erwachsene müssen sich bei einem Spitalaufenthalt mit einem zusätzlichen Selbstbehalt von 15 Franken pro Tag an den Kosten beteiligen. Für medizinische Leistungen bei einer Schwangerschaft und Geburt fallen weder Franchise noch Selbstbehalt an.

# Die wichtigsten Leistungen der Grundversicherung

## Behandlungen

Untersuchungen, Behandlungen und Pflege-massnahmen von Ärzten, Chiropraktikern, Hebammen und von Personen, die auf ärztliche Anordnung hin tätig sind (zum Beispiel Physiotherapeuten, Krankenschwestern).

## Psychotherapie

Die Grundversicherung übernimmt nach ärztlicher Anordnung die Kosten für Psychotherapien nach Methoden, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist.

## Spitalaufenthalt

Zeitlich unbeschränkter Aufenthalt in der allgemeinen Abteilung eines Spitals gemäss kantonaler Spitalliste (max. Kostenübernahme zum Tarif des Wohnkantons).

## Medikamente, Labor

Ärztlich verordnete kassenpflichtige Medikamente (gemäss Spezialitätenliste) und Laboruntersuchungen.

## Notfall im Ausland

Maximal doppelte Kosten dessen, was die gleiche Behandlung in der Schweiz gekostet hätte.

## Transporte

Beiträge an medizinisch notwendige Transporte (50% der Kosten, max. 500 Franken pro Jahr) und Rettungsmassnahmen (50% der Kosten, max. 5000 Franken pro Jahr).

## Prävention

Beiträge zum Beispiel an Impfungen (keine Reiseimpfungen) und gynäkologische Untersuchungen (einmal pro drei Jahre) sowie unter bestimmten Voraussetzungen für Mammografien.

## Komplementärmedizin

Von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführte Behandlungen, die der Gesetzgeber als wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich erachtet.

## Spitex, Pflegeheim

Kantonal unterschiedlich hohe Beiträge an Pflegeleistungen zu Hause (Spitex) oder im Pflegeheim, keine Übernahme von Kosten für Haushaltshilfen (zum Kochen, Putzen usw.) und für die Unterkunft im Pflegeheim.

## Mutterschaft

Sieben Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft, zwei Ultraschall- und eine Nachuntersuchung, Geburtsvorbereitungskurs (150 Franken) und drei Stillberatungen.

## Zahnarzt

Deckung für Zahnunfälle, schwere Erkrankungen des Kausystems (falls diese unvermeidlich waren), Zahnschäden infolge einer schweren Allgemeinerkrankung; keine Deckung für Kariesschäden und Weisheitszähne (meistens); Kostenübernahme für Zahnstellungs-korrekturen nur bei schwerer Entstellung.

## Hilfsmittel

Beiträge an Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder der Behandlung dienen (zum Beispiel Inhalationsgeräte, Blutzuckermessgeräte).

## Stationäre Rehabilitation

Volle Kostenübernahme in der allgemeinen Abteilung einer Reha-Klinik im Wohnkanton, sofern ärztlich verordnet und Spitalbedürftigkeit nachgewiesen (Einholen einer Kostengutsprache vor Klinikeintritt dringend empfohlen).

## Badekuren

Unkostenbeitrag von 10 Franken pro Tag während maximal 21 Tagen an ärztlichen verordneten Badekuren

# Spartipps für die Grundversicherung

## WÄHLEN SIE EINE GÜNSTIGE KRANKENKASSE

Jeder Versicherte kann zu jeder Krankenkasse wechseln, die an seinem Wohnort tätig ist. Auch kleine und eher unbekannte Krankenkassen sind sicher. Wird eine Kasse zahlungsunfähig, haftet ein Insolvenzfonds für ihre gesetzlichen Leistungen. Eine heute günstige Kasse erhöht Ihre Prämien in den Folgejahren nicht zwingend stärker als die Konkurrenz. Etliche günstige Krankenkassen haben schon seit Jahren tiefe Prämien.

Achtung: Die Telefonzentralen von günstigen Kassen sind in Zeiten des Kassenwechsels oft überlastet. Oder die Kassen verschleppen Offertanfragen von Älteren und Kranken absichtlich in der Hoffnung, dass sich diese an eine andere Kasse wenden. Lassen Sie sich nicht abwimmeln – Sie können die Aufnahme erzwingen, indem Sie sich mit eingeschriebenem Brief für die Grundversicherung anmelden. Die Krankenkasse darf Ihnen die Aufnahme nicht verweigern.

Musterbriefe für die Kündigung sowie für die Anmeldung bei einer neuen Kasse können Sie unter [www.rexcon.ch](http://www.rexcon.ch) herunterladen. Die neue Kasse schickt Ihnen allenfalls noch ein formelles Antragsformular. Füllen Sie es aus. Beantworten Sie aber keine Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand, wenn Sie nur die Grundversicherung beantragen. Solange Sie keine Zusatzversicherung wünschen, müssen Sie der Kasse keine entsprechenden Auskünfte erteilen. Beachten Sie vor der Kündigung die Hinweise auf Seite 34.

## GRUND- UND ZUSATZVERSICHERUNGEN BEI VERSCHIEDENEN KASSEN: KEIN PROBLEM

Viele Versicherte verzichten auf einen Kassenwechsel aus Angst vor administrativen Problemen, wenn sie Grund- und Zusatzversicherungen bei verschiedenen Kassen haben. Diese Angst ist unbegründet. Der Umgang mit solchen Versicherten ist für die Kassen Alltag.

Spitäler rechnen fast immer direkt mit den beteiligten Krankenkassen ab und sind verpflichtet, ihre Leistungen nach Grund- und Zusatzversicherungen aufzuschlüsseln. Spitalaufenthalte verursachen demnach keinen administrativen Mehraufwand.

Beim Bezug von Medikamenten in der Apotheke legen Sie einfach beide Versicherungsausweise vor. Der Apotheker wird dann Medikamente, die nicht aus der Grundversicherung bezahlt werden, direkt mit dem Zusatzversicherer abrechnen.

Bei Arztrechnungen empfiehlt sich folgendes Vorgehen: Kopieren Sie Ihre Rechnung, und schicken Sie das Original der Krankenkasse, bei der Sie Ihre Grundversicherung haben. Weisen Sie die Kasse darauf hin, dass Sie bei einer anderen Kasse Zusatzversichert sind. Nach Erhalt der Abrechnung Ihres Grundversicherers schicken Sie diese zusammen mit der Kopie der Originalrechnung dem Zusatzversicherer, sofern der Grundversicherer nicht alle Leistungen übernommen hat.

## ERKUNDIGEN SIE SICH NACH PRÄMIENVERBILLIGUNGEN

Personen in bescheidenen finanziellen Verhältnissen haben Anrecht auf staatliche Prämienverbilligungen. Sie sind kantonal geregelt und hängen vom Einkommen und vom Vermögen ab. Erkundigen Sie sich bei Ihrer Gemeindeverwaltung, ob Ihnen eine Verbilligung zusteht.



## **SCHLIESSEN SIE DEN UNFALLSCHUTZ AUS**

Arbeitnehmer sind gegen die Folgen von Berufs- und Freizeitunfällen versichert, wenn sie mindestens acht Stunden pro Woche beim gleichen Betrieb arbeiten. Sie können den Unfallschutz in der Grundversicherung ausschliessen. Ihre Prämie sinkt dadurch je nach Kasse um 5 bis 7 Prozent. Die Kassen verlangen in der Regel eine schriftliche Bestätigung des Arbeitgebers. Wer nicht mehr vom Arbeitgeber unfallversichert ist, muss die Krankenkasse informieren und den Unfallschutz selbst wieder einschliessen lassen.

## **PRÄMIENERLASS BEI LÄNGEREM MILITÄRDIENST**

Wer während mehr als 60 aufeinanderfolgenden Tagen Militär- oder Zivilschutzdienst leistet, kann die Grundversicherung sistieren und muss während dieser Zeit keine Prämien zahlen. Reichen Sie Ihrer Krankenkasse mindestens acht Wochen vor Dienstbeginn eine Kopie des Marschbefehls oder Aufgebots ein. Bei verspäteter Meldung sistiert die Krankenkasse die Grundversicherung ab dem nächstmöglichen Termin, spätestens nach acht Wochen.

## **SIE MÜSSEN IHRE KINDER NICHT BEI DER GLEICHEN KASSE VERSICHERN**

Die Prämien für Kinder unterscheiden sich weniger stark als jene für Erwachsene. Trotzdem kann es sich lohnen, die Kinder nicht bei der gleichen Kasse wie die Eltern zu versichern. Einige Kassen gewähren ab dem zweiten oder dritten bei ihnen versicherten Kind einen Rabatt in der Grundversicherung. Achtung: Wird ein Neugeborenes nicht bei der gleichen Kasse versichert wie die Mutter, müssen die Eltern unter Umständen einen Teil der Spitalkosten selbst tragen, die bei der Geburt anfallen. Erkundigen Sie sich frühzeitig bei Ihrer Kasse.

## **NUTZEN SIE SPARMODELLE**

Mit Sparmodellen können Sie bis zu 20 Prozent Prämien sparen. Wenn Sie diese Sparmodelle mit einer höheren Franchise kombinieren, sparen Sie sogar bis zu 50 Prozent. Mehr darüber erfahren Sie auf der nächsten Seite.

# Sparmodelle in der Grundversicherung

Viele Kassen bieten Sparmodelle an. Der Rabatt auf ein bestimmtes Modell unterscheidet sich von Kasse zu Kasse. Ein Sparmodell lässt sich nach mindestens einem Jahr jeweils auf Jahresende kündigen. Viele Kassen verlangen aber eine Mitteilung bis spätestens Ende November.

## TELEFONBERATUNGS-MODELL

Wer dieses Sparmodell wählt, verpflichtet sich, einen ärztlichen Beratungsdienst anzurufen, bevor er zum Arzt geht - ausser in Notfällen, bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen oder Besuchen beim Zahn- oder Augenarzt. Die Ärzte am Beratungstelefon stehen rund um die Uhr zur Verfügung und geben eine Empfehlung ab, ob der Besuch eines Arztes oder die Einweisung in ein Spital notwendig ist oder ob sich der Patient selbst helfen kann. Bei einigen Krankenkassen schränkt das Modell die freie Arztwahl nicht ein.

## HMO-MODELL

HMO-Versicherte verpflichten sich, immer zuerst die gewählte HMO-Praxis aufzusuchen - ausser in Notfällen sowie meist bei gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen und bei Besuchen beim Zahn- oder Augenarzt. In einer HMO-Praxis arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen, häufig auch Physiotherapeuten und Ernährungsberater. Wenn es aus medizinischen Gründen angezeigt ist, überweisen die HMO-Ärzte Patienten zu einem Spezialisten oder ins Spital.

## HAUSARZT-MODELL

Beim Hausarzt-Modell verzichtet man auf die freie Arztwahl. Versicherte wählen aus einer Liste der Krankenkasse einen Hausarzt und verpflichten sich, ausser in Notfällen und den beim HMO-Modell genannten Gründen immer zuerst diesen Arzt zu konsultieren. Er überweist den Patienten gegebenenfalls zu einem Spezialisten oder in ein Spital.

## APOTHEKEN-MODELL

Bei diesem Sparmodell muss man immer zuerst eine Partnerapotheke aufsuchen oder einen ärztlichen Beratungsdienst anrufen. Davon ausgenommen sind Notfälle, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen oder Besuche beim Kinderarzt, Augenarzt oder Zahnarzt. Die Apotheke berät und betreut die Versicherten in einem separaten Raum. Bei Bedarf wird ein Arzt telefonisch hinzugezogen oder der Versicherte direkt an einen Arzt oder in ein Spital überwiesen.

## KOMBINIERTE SPARMODELLE

Immer mehr Krankenkassen vermischen die oben genannten Sparmodelle miteinander oder verbinden sie mit weiteren Einschränkungen. Zum Beispiel dürfen sich Versicherte nur in ausgewählten Spitälern behandeln lassen. Oder sie verpflichten sich, statt des teuren Original-medikaments ein Generikum zu nehmen, falls es eines gibt. Einschränkungen müssen Versicherte unter Umständen auch beim Service in Kauf nehmen: Sie können die Krankenkasse nur per Mail oder telefonisch kontaktieren, müssen Medikamente in der Apotheke zunächst selbst bezahlen oder können ihre Prämien nur mittels Lastschriftverfahren oder Direct Debit bezahlen.

## TIPP

Erkundigen Sie sich vor dem Beitritt zu einem Sparmodell, welche Konsequenzen es für Sie hat, wenn Sie sich nicht an die Regeln halten und sich zum Beispiel ohne vorgängige Bewilligung direkt von einem Spezialisten behandeln lassen.

**BONUS-MODELL**

Das Bonus-Modell stösst bei den Versicherten auf wenig Anklang, deshalb bieten es heute nur noch wenige Kassen an. Im ersten Jahr zahlt man 10 Prozent mehr als die Normalprämie. Ab dem zweiten Jahr reduziert sich die Prämie jedes Jahr, wenn man die Versicherung nicht beansprucht. Erst nach fünf Jahren ohne Leistungsbezüge ist der Maximalbonus von rund 45 Prozent gegenüber der Normalprämie erreicht.

**FRANCHISE ERHÖHEN**

Mit einer höheren Franchise als der Standard-Franchise lassen sich bis zu 50 Prozent der Prämien sparen. Die Tabelle unten zeigt alle wählbaren Franchisen und den jeweiligen Maximalrabatt.

Eine höhere Franchise lässt sich in der Regel mit den auf der gegenüberliegenden Seite genannten Sparmodellen kombinieren. Der Gesamtrabatt gegenüber der Normalprämie darf aber auch in diesem Fall nicht mehr als 50 Prozent betragen.

Ob sich eine höhere Franchise lohnt, hängt von den jährlichen Gesundheitskosten (Arzt-, Spital-, Medikamentenkosten usw.) ab. Eine Franchise von 2500 Franken zum Beispiel lohnt sich für Erwachsene, wenn ihre Gesundheitskosten nicht mehr als 1700 Franken pro Jahr betragen: Da Sie Ihre Gesundheitskosten für das nächste Jahr höchstens grob schätzen können, vergleichen Sie am besten Ihre Prämienersparnis mit dem zusätzlichen Kostenrisiko. Unter Berücksichtigung des Selbstbehalts von 10 Prozent der Arzt- und Spitalkosten, der höchstens 700 Franken pro Jahr beträgt, beläuft sich die maximale Kostenbeteiligung pro Jahr für Erwachsene bei der Minimalfranchise von 300 Franken auf 1000 Franken, bei der höchsten Franchise auf 3200 Franken. Bei der Wahl der höchsten Franchise steht einem Prämienrabatt von maximal 1540 Franken somit ein zusätzliches Kostenrisiko von 2200 Franken gegenüber. Eine höhere Franchise sollten nur Versicherte wählen, die gesund sind und das finanzielle Risiko tragen können.

**WÄHLBARE FRANCHISEN UND MAXIMALE PRÄMIENRABATTE**

Erwachsene ab 19 Jahren  
Jahre

Kinder und Jugendliche bis 18

| Jahresfranchise | Max. Rabatt<br>pro Jahr |
|-----------------|-------------------------|
| 500 CHF         | 140 CHF                 |
| 1000 CHF        | 490 CHF                 |
| 1500 CHF        | 840 CHF                 |
| 2000 CHF        | 1190 CHF                |
| 2500 CHF        | 1540 CHF                |

| Jahresfranchise | Max. Rabatt<br>pro Jahr |
|-----------------|-------------------------|
| 100 CHF         | 70 CHF                  |
| 200 CHF         | 140 CHF                 |
| 300 CHF         | 210 CHF                 |
| 400 CHF         | 280 CHF                 |
| 500 CHF         | 350 CHF                 |
| 600 CHF         | 420 CHF                 |

<sup>1</sup> Die Kassen müssen weder alle Franchisenvarianten anbieten noch den maximalen Rabatt gewähren.

Die Franchise lässt sich jedes Jahr neu festlegen, unabhängig vom Gesundheitszustand. Dazu genügt ein eingeschriebener Brief, der spätestens am letzten am letzten Arbeitstag im November bei der Kasse eintreffen muss. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind Franchisen nicht zu empfehlen. Die Prämieinsparung ist gering, und besonders kleine Kinder müssen regelmässig zum Arzt.

## Freiwillige Krankenpflegezusätze

Die freiwilligen Krankenpflegezusätze ergänzen die obligatorische Grundversicherung und kosten für Erwachsene in der Regel zwischen 20 und 60 Franken pro Monat. Nicht jeder Grundversicherte braucht aber Zusatzversicherungen. Die Leistungen der Grundversicherung reichen aus medizinischer Sicht aus. Die Krankenpflegezusätze sind sinnvoll für Ergänzungen das Ausland und Transportdeckung, für Zahnstellungskorrekturen bei Kindern und Jugendlichen, Komplementärmedizin usw.

### MEISTENS NUR ALS PAKET ERHÄLTlich

Die Krankenpflegezusätze sind häufig nur in Form von Leistungspaketen erhältlich und enthalten verschiedene Deckungen - zum Beispiel für Komplementärmedizin, Auslandschutz, Fitnesscenter und Brillen. Wer also eine Zusatzversicherung nur wählt, weil sie zum Beispiel einen Beitrag an die Kosten eines Fitnessabos leistet, zahlt zwangsweise auch für unerwünschte Deckungen. Bei einigen Kassen lässt sich die Deckung für Komplementärmedizin oder Auslandschutz separat abschliessen.

### LEISTUNGEN UNTERSCHIEDEN SICH

Die Kassen dürfen die Prämien für Zusatzversicherungen nach Alter, Geschlecht und Region abufen. Und sie können ihre Versicherungspakete beliebig zusammenstellen. Die Kasse A vergütet also beispielsweise für Brillen und Kontaktlinsen 200 Franken pro Jahr, die Kasse B aber nur 100 Franken. Nur wer die Leistungsübersichten der Kassen vergleicht, findet das beste Angebot für seine eigenen Bedürfnisse.

### ANGEBOTE VERGLEICHEN

Auf den folgenden Seiten finden Sie einen detaillierten Vergleich der Zusatzversicherungen der grössten Krankenkassen, die den Neukunden am meisten verkauft werden - aufgeschlüsselt nach Leistungsbereichen. So können Sie besser entscheiden, welcher Krankenpflegezusatz Ihren Bedürfnissen am ehesten entspricht. Die meisten getesteten Zusatzversicherungspakete enthalten nicht nur die hier verglichenen Leistungselemente, sondern weitere wie Kostenbeiträge an Badekuren, Haushalthilfen usw. Viele Kassen bieten auch Zusatzversicherungen mit geringeren oder höheren Leistungen an, als die hier getesteten Varianten bringen. Bei einigen Krankenkassen sind typische Leistungen eines Krankenpflegezusatzes auch in einer Spitalzusatzversicherung enthalten. Achten Sie nebst den Leistungen auch auf einen vergleichsweisen günstigen Preis.

### ACHTUNG

Krankenpflegezusätze lassen sich bei einigen Kassen nur zusammen mit der Grundversicherung abschliessen. Wechselt der Versicherte später die Grundversicherung, dürfen die Krankenkassen seine Zusatzversicherungen nicht automatisch kündigen. Allenfalls verlieren Versicherte aber Prämienrabatte auf den Zusatzversicherungen. Bitte beachten Sie die Hinweise zum Kassenwechsel auf Seite 33.

## DIE MEISTVERKAUFTEN KRANKENPFLEGEZUSÄTZE IM TEST

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspa-<br>ket | Monatsprä-<br>mie | Gesamtprä-<br>mie |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                               |                   |                   |
| Groupe Mutuel                    | Bonus                         | 18.20             | 25.60             |
|                                  | Premium                       | 67.30             | 67.30             |
| AXA                              | COMPLET                       | 44.00             | 44.00             |
| Helsana                          | COMPLETA                      | 51.20             | 54.10             |
| Visana                           | Ambulant II                   | 20.20             | 53.15             |
| Sympany                          | premium                       | 39.05             | 39.05             |
| EGK                              | SUN-3                         | 45.50             | 45.40             |
| SWICA                            | Completa-Top                  | 39.00             | 51.80             |
|                                  | Completa Praeventa            | 12.80             |                   |
| Durchschnittliche Leistung       |                               |                   |                   |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance       | 19.20             | 52.10             |
|                                  | Alternativ myFlex Balance     | 32.20             |                   |
| Atupri                           | Mivita Realä                  | 26.50             | 26.50             |
| ÖKK                              | START                         | 20.70             | 52.70             |
|                                  | NATUR MIDI                    | 16.20             |                   |
|                                  | PRÄVENTION                    | 15.80             |                   |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort         | 37.30             | 37.30             |
| Concordia                        | Diversa care                  | 20.00             | 43.00             |
|                                  | Diversa Natura                | 23.00             |                   |
| Assura                           | Complementa Extra             | 13.90             | 31.90             |
|                                  | Natura                        | 17.00             |                   |
|                                  | Mondia Plus                   | 9.00              |                   |
| Sanitas                          | Classic                       | 42.90             | 49.20             |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze. Angaben in Schweizer Franken.

Durchschnittsprämie ganze CH für 31- bis 35-jährige. Die Prämie variieren je nach Alter, Kanton und Geschlecht.

# Medikamente

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für Medikamente, die von einem Arzt verschrieben werden und in der sogenannten Spezialitätenliste (SL) aufgeführt sind. Die aktuelle Liste finden sie unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).

Apotheker können anstelle des Originalpräparats ein Generikum abgeben, wenn der Arzt nicht ausdrücklich ein Originalmedikament verschrieben hat. Generika sind Kopien von Originalmedikamenten, deren Patentschutz abgelaufen ist. Sie enthalten die gleichen Wirkstoffe, sind aber deutlich billiger als die Originale.

Für Medikamente gilt ein abgestufter Selbstbehalt: Wenn man sich auf eigenen Wunsch vom Arzt ein Originalpräparat verschreiben lässt, dessen Fabrikabgabepreis einen bestimmten Grenzwert überschreitet und von dem es in der Spezialitätenliste ein Generikum gibt, zahlt man statt der üblichen 10 Prozent 20 Prozent Selbstbehalt. Wenn der Arzt aus medizinischen Gründen auf der Verwendung des Originalpräparats besteht, beträgt der Selbstbehalt 10 Prozent. Der Selbstbehalt kann auch für Generika 20 Prozent betragen, wenn sie viel teurer sind als vergleichbare Generika.

Unter [www.generika.cc](http://www.generika.cc) können Sie prüfen, ob für ein bestimmtes Medikament ein Generikum auf dem Markt ist. Auch die meisten Kassen führen Listen mit den bekanntesten Generika.

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Diverse Medikamente erfüllen die Kriterien für eine Aufnahme in die Spezialitätenliste (noch) nicht, werden aber von den Krankenkassen über eine entsprechende Zusatzversicherung unter dem Begriff «nichtkassenpflichtige Medikamente» vergütet. Sie müssen allerdings vom Arzt verschrieben werden und in der Regel beim Schweizerischen Heilmittelinstitut (Swissmedic) für die betreffende Indikation registriert sein. Die Krankenkassen führen Listen der Medikamente, die von ihnen anerkannt werden.

Medikamente, die auf der Liste der pharmazeutischen Präparate mit spezieller Verwendung (Negativliste) stehen, werden auch von einer Zusatzversicherung nicht übernommen. Das betrifft zum Beispiel Appetitzügler, Diätprodukte, Mittel gegen Haarausfall und Lifestyle-Medikamente.

Für alle übrigen Medikamente, deren Kosten nicht gedeckt sind, kann die Apotheken-Liste der Stiftung für Konsumentenschutz ([www.konsumentenschutz.ch/medikamente-kaufen](http://www.konsumentenschutz.ch/medikamente-kaufen)) beigezogen werden. Diese führt rund 180 Apotheken auf, die bei einer Barzahlung freiwillig auf Apothekenpauschalen verzichten.

### TIPP

Verschreibt oder verabreicht Ihnen ein Arzt in der Praxis oder im Spital ein nichtkassenpflichtiges Medikament, muss er Sie darüber informieren. Der Arzt haftet sonst für jene Kosten, die Ihre Krankenkasse nicht übernimmt. Kaum jemand wird seinen Arzt oder seine Ärztin für die ungenügende Aufklärung belangen. Sie fragen also am besten nach, bevor Ihr Arzt Ihnen ein Medikament verschreibt.

## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR NICHTKASSENPLICHTIGE MEDIKAMENTE

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspaket | Kostenübernahme pro Jahr              |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                          |                                       |
| Atupri                           | Mivita Realia            | 90%, unbegrenzt                       |
| AXA                              | COMPLET                  | 90%, unbegrenzt                       |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance  | 90%, unbegrenzt                       |
| Groupe Mutuel                    | Bonus                    | 90%, unbegrenzt                       |
| Helsana                          | Completa                 | 90%, unbegrenzt                       |
| Sanitas                          | Classic                  | 90%, unbegrenzt                       |
| Visana                           | Ambulant II              | 90%, unbegrenzt                       |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort    | 90%, unbegrenzt <sup>1</sup>          |
| SWICA                            | Completa Praeventa       | 90%, unbegrenzt                       |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                          |                                       |
| ÖKK                              | START                    | 90%, bis 20'000 CHF/Jahr              |
| Concordia                        | Diversa Care             | 50%, unbegrenzt                       |
| Sympany                          | Premium                  | 50%, max. 6'000 CHF/Jahr              |
| EGK                              | SUN-3                    | 80%, max. 2'000 CHF/Jahr <sup>2</sup> |
| Assura                           | Complementa Extras       | 50'000 CHF/Vertragsdauer <sup>3</sup> |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup>Komplementärmedizinische Medikamente 90%, max. 200 CHF/Jahr

<sup>2</sup>Die Franchise gilt für alle ambulanten Leistungen zusammen

<sup>3</sup>Für lebenswichtige Medikamente ohne Äquivalent in der Spezialitätenliste und auf ärztliche Verordnung

# Brillen und Kontaktlinsen

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zahlt die Grundversicherung maximal 180 Franken pro Jahr an Brillengläser oder Kontaktlinsen, sofern ein ärztliches Rezept vorliegt. Erwachsene dagegen erhalten im Normalfall keine Kostenbeiträge. Alle Altersgruppen haben bei sehr starken Sehfehlern oder bei bestimmten Erkrankungen aber Anspruch auf einen Beitrag an die Kosten von Brillen und Kontaktlinsen, in schweren Fällen bis 630 Franken pro Auge. Fragen Sie Ihren Augenarzt. Ein allfälliger Kostenbeitrag aus der Grundversicherung ist wie bei den übrigen Leistungen franchisepflichtig.

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Die Krankenkassen zahlen über eine entsprechende Zusatzversicherung Beiträge an Brillengläser und Kontaktlinsen, oft auch ohne ärztliches Rezept. Ein Besuch beim Optiker genügt meistens.

## TIPP

Die Kostenbeiträge der Zusatzversicherungen sind gering. Der Abschluss einer Zusatzversicherung lohnt sich meist nur, wenn Sie neben dem Beitrag an Brillen oder Kontaktlinsen noch weitere Leistungen beanspruchen.



## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR BRILLEN UND KONTAKTLINSEN

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungs-<br>paket | Kostenübernahme pro Jahr               |
|----------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                               |                                        |
| Groupe Mutuel                    | Premium                       | max. 500 CHF/3 Jahre                   |
| Sympany                          | premium                       | max. 420 CHF/3 Jahre                   |
| AXA                              | COMPLET                       | max. 300 CHF/Jahr                      |
| Helsana                          | Completa                      | 90%, max. 300 CHF/Jahr                 |
| Sanitas                          | Classic                       | max. 300 CHF/3 Jahre                   |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort         | max. 200 CHF/Jahr <sup>1</sup>         |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance       | max. 150 CHF/Jahr                      |
| Assura                           | Complementa Extras            | max. 100 CHF/Jahr                      |
| Durchschnittliche Leistung       |                               |                                        |
| ÖKK                              | START                         | max. 80 CHF/Jahr (weltweit)            |
| Concordia                        | Diversa Care                  | max. 200 CHF/3 Jahre                   |
| Visana                           | Ambulant II                   | 90%, max. 200 CHF/3 Jahre              |
| SWICA                            | Completa Top                  | 90%, max. 200 CHF/3 Jahre <sup>2</sup> |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                               |                                        |
| EGK                              | SUN-3                         | max. 200 CHF/3 Jahre <sup>3</sup>      |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup>Karenzfrist 365 Tage

<sup>2</sup>Leistungen nur, wenn in derselben Dreijahresperiode nicht gleichzeitig Leistungen für Brillen aus der Grundversicherung erbracht werden.

<sup>3</sup>Die Franchise gilt für alle ambulanten Leistungen zusammen.

# Rettungs- und Transportkosten

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

In der Grundversicherung wird zwischen Rettungs- und Transportkosten unterschieden. Als Rettung gelten die Befreiung aus einer Notlage oder aus einer Lebensgefahr und der anschließende Transport ins Spital, zum Beispiel die Bergung eines Bergsteigers aus einer Gletscherspalte und der Transport mit einem Helikopter ins nächste Spital. Oder wenn eine Person zu Hause einen Herzinfarkt erleidet und mit einem Krankenwagen notfallmässig ins Spital transportiert werden muss. Die Grundversicherung zahlt 50 Prozent der Rettungskosten in der Schweiz bis maximal 5000 Franken pro Kalenderjahr. Nicht vergütet werden die Suche nach Vermissten, die Rettung von Unverletzten und die Bergung von Toten.

Unter Transportkosten versteht man zusätzliche Kosten, die entstehen, wenn eine erkrankte Person - ohne unmittelbare Lebensgefahr - zum Arzt oder ins Spital gebracht werden muss, und dies aus medizinischen Gründen weder zu Fuss noch mit einem öffentlichen Verkehrsmittel möglich oder zumutbar ist. In der Regel sind das Kosten für Ambulanzfahrzeuge. Die Grundversicherung übernimmt 50 Prozent der Transportkosten, jedoch maximal 500 Franken pro Jahr. Allenfalls muss die Grundversicherung auch Taxikosten bis zu diesem Betrag übernehmen, falls der Gesundheitszustand des Patienten eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht zulässt. Für Transporte mit dem Privatauto gibt es hingegen keine Vergütung.

Erfolgt eine medizinisch notwendige Verlegung von einem Spital ins andere (zum Beispiel für spezielle Untersuchungen), sind diese Kosten bei den Grundversicherten in der allgemeinen Abteilung vollumfänglich über die Spital-Pauschaltarife gedeckt.

## DAS BRINGT DER KANKENPFLEGEZUSATZ

Die Leistungen der Grundversicherung sind vor allem bei grösseren Rettungsaktionen unzureichend. Zudem übernimmt sie nur 50 Prozent der anfallenden Kosten. An Rettungskosten, die im Ausland entstehen, beteiligt sie sich gar nicht. Auch die höchstens 500 Franken, die für einen medizinisch notwendigen Rücktransport in die Schweiz übernommen werden, reichen meist bei Weitem nicht. Solche sogenannten Repatriierungen kosten oft mehrere 10'000 Franken. Bei Reisen ins Ausland ist eine entsprechende Zusatzversicherung daher unerlässlich.

### TIPP

Rega-Gönner und Inhaber von Auslandschutzbriefen wiegen sich oft in falscher Sicherheit. Die Rega übernimmt zwar die Kosten einer Repatriierung mit einem ihrer Flugzeuge. Sie beteiligt sich aber nicht an den Kosten für den Arzt oder das Spital im Ausland. Auch die Schutzbriefe der meisten Automobilclubs und die Jahresreiseversicherungen sind in diesem Punkt ungenügend. Sie decken nur die Repatriierungskosten und gewähren für Arzt- und Spitalkosten im Ausland lediglich einen Kostenvorschuss, den man später zurückzahlen muss. Achten Sie unbedingt auf eine ausreichende Versicherungsdeckung im Ausland (mehr dazu auf Seite 22).

## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR RETTUNG UND TRANSPORTKOSTEN

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspa-<br>ket | Kostenübernahme pro Jahr                                          |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                               |                                                                   |
| Groupe Mutuel                    | Bonus                         | 90%, unbegrenzt                                                   |
| Sympany                          | premium                       | 90%, unbegrenzt                                                   |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance       | Transportkosten unbegrenzt, Ret-<br>tungskosten max. 100'000/Fall |
| AXA                              | COMPLET                       | max. 100'000/Jahr                                                 |
| Helsana                          | Completa                      | max. 100'000/Jahr                                                 |
| EGK                              | SUN-3                         | max. 100'000/Jahr für Nottrans-<br>porte                          |
| Durchschnittliche Leistung       |                               |                                                                   |
| ÖKK                              | START                         | max. 50'000 CHF/Jahr                                              |
| Assura                           | Complementa Extra             | max. 20'000 CHF/Fall                                              |
| Visana                           | Ambulant II                   | 90%, max. 25'000/Jahr                                             |
| Concordia                        | Diversa Care                  | Transportkosten unbegrenzt, Ret-<br>tungskosten max. 15'000/Fall  |
| Atupri                           | Mivita Realta                 | max. 20'000/Jahr                                                  |
| SWICA                            | Completa Top                  | 90%, max. 20'000 CHF/Jahre <sup>12</sup>                          |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                               |                                                                   |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort         | max. 10'000 CHF/Jahre                                             |
| Sanitas                          | Classic                       | Max. 2000 CHF/Jahr                                                |

Hinweis: Aufgeführte Leistungen gelten nur für Ambulanz- und Rettungstransporte in der Schweiz. Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup>Leistungen aus der Grundversicherung werden von dieser Limite abgezogen.

<sup>2</sup>Notfalltransporte im Ausland max. 50'000 CHF pro Jahr.

# Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Die Grundversicherung bezahlt gewisse Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie Impfungen - insbesondere bei erhöhtem Risiko:

- Untersuchung der Haut: Die Grundversicherung übernimmt die Kosten, falls in der Familie vermehrt Hautkrebs aufgetreten ist.
- Untersuchung des Darms: Frauen und Männer zwischen 50 und 69 können auf Kosten der Grundversicherung alle zwei Jahre ihren Stuhlgang auf Spuren von Blut testen und alle zehn Jahre eine Darmspiegelung durchführen lassen,
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen (inklusive Krebsabstrich): Die Grundversicherung bezahlt die ersten beiden Untersuchungen im Abstand von einem Jahr. Ergeben sich bei diesen zwei Untersuchungen keine aussergewöhnlichen Befunde, wird eine Vorsorgeuntersuchung anschliessend alle drei Jahre bezahlt. Bei verdächtigen Befunden werden auf Anordnung des Arztes auch die Kosten häufigerer Kontrollen übernommen
- Mammografie: Die Grundversicherung bezahlt eine routinemässige Untersuchung pro Jahr, wenn die Mutter, eine Tochter oder Schwester an Brustkrebs erkrankt ist. In allen anderen Fällen bezahlt sie ab Alter 50 alle zwei Jahre eine Untersuchung im Rahmen eines anerkannten Programms zur Früherkennung von Brustkrebs
- Impfungen: Die Grundversicherung übernimmt die Kosten für die Zeckenimpfung von Personen in Risikogebieten und die jährliche Grippeimpfung von Personen über 65 Jahre oder mit einer Krankheit, die bei einer Grippe zu Komplikationen führen kann. Ausserdem bezahlt sie die HPV-Impfung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 11 bis 26 Jahren,
- Untersuchungen und Impfungen bei Kindern: Die Grundversicherung bezahlt bei Neugeborenen unter anderem das Hüft-Screening zur Erkennung von Hüftmissbildungen sowie einen HIV-Test, sofern die Mutter HIV-positiv ist. Kindern im Vorschulalter finanziert sie acht Untersuchungen zur Kontrolle des Gesundheitszustandes und der normalen Entwicklung. Und sie bezahlt die bei Kindern üblichen Impfungen, etwa gegen Kinderlähmung. Starrkrampf, Masern, Mumps und Röteln,

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Die Grundversicherung finanziert weder freiwillige Vorsorgeuntersuchungen ohne Krankheitsverdacht (Check-up) noch Schutzimpfungen für Auslandsreisen. Hier springen die Krankenpflegezusätze einiger Krankenkassen ein. Zudem leisten sie Beiträge an die Kosten von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen in den Jahren, in denen die Grundversicherung nicht dafür aufkommt.

### TIPP

Der Abschluss einer Zusatzversicherung lohnt sich vor allem für Frauen, die sich jedes oder jedes zweite Jahr von einem Gynäkologen vorsorglich untersuchen lassen - und für Männer, die sich regelmässig von einem Arzt checken lassen.

## ZUSATZVERSICHERUNGEN FÜR VORSORGEUNTERSUCHUNGEN

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspaket | Check-up                  | Gynäkologische Vorsorge         |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                          |                           |                                 |
| Groupe Mutuel                    | Bonus                    | 90%, unbegrenzt           | 90%, unbegrenzt                 |
| Sanitas                          | Classic                  | 80% max. 1000 CHF/Jahr    | 80% max. 1000 CHF/Jahr          |
| Helsana                          | Completa                 | 90% max. 750 CHF/Jahr     | 90% max. 750 CHF/Jahr           |
| AXA                              | COMPLET                  | 75% max. 1000 CHF/3 Jahre | max. 600 CHF/Jahr               |
| Sympany                          | Premium                  | max. 600 CHF/Jahr         | 1x VU <sup>1</sup> /Jahr        |
| Concordia                        | Natura                   | 90%, max. 500 CHF/Jahr    | 90%, max. 500 CHF/Jahr          |
| Durchschnittliche Leistung       |                          |                           |                                 |
| SWICA                            | Completa Praeventa       | 90%, max. 500 CHF/3 Jahre | 90%, max. 500 CHF/3 Jahre       |
| ÖKK                              | PRÄVENTION               | 90%, max. 300 CHF/Jahr    | 90% einer VU <sup>1</sup> /Jahr |
| EGK                              | SUN-3                    | 200 CHF/Jahr              | 2 VU <sup>1</sup> /3 Jahre      |
| Visana                           | Ambulant II              | 90%, max. 300 CHF/3 Jahre | 90% der Kosten                  |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort    | 90%, max. 200 CHF/Jahr    | 90% der Kosten                  |
| Atupri                           | Mivita Realta            | 90%, max. 200 CHF/Jahr    | max. 200 CHF/Jahr               |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                          |                           |                                 |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance  | Keine Leistungen          | 90% der Kosten                  |
| Assura                           | Complementa Extra        | Keine Leistungen          | Keine Leistungen                |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup>VU = Vorsorgeuntersuchung

## Fitness

### DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Die Grundversicherung zahlt keine Beiträge an die Kosten von Fitnesscenter-Abos.

### DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Die Krankenpflegezusätze einiger Krankenkassen beteiligen sich an den Kosten eines Fitnesscenter-Abos. Nicht alle Fitnessstudios erfüllen aber die von den meisten Kassen geforderten Richtlinien des Gütesiegels Qualitop. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Fitnesscenter, ob es das Qualitop-Gütesiegel trägt, oder lassen Sie sich von ihrer Krankenkasse eine Liste mit den anerkannten Fitnesscentern geben. Voraussetzung für einen Kostenbeitrag ist meist ein Halb-jahres- oder ein Jahresabo. Einige Kassen verlangen zudem einen Nachweis, dass das Fitness-center regelmässig besucht wird.

Viele Kassen zahlen dieselben oder teils auch höhere Beiträge an Aerobic-, Yoga- und Tanzkurse sowie an Rückengymnastik, Schwangerschaftsturnen, Rückbildungsgymnastik usw.

### TIPP

Vergleichen Sie die jährliche Prämie für die Zusatzversicherung mit dem Kostenbeitrag der Krankenkasse. Kostet die Zusatzversicherung zum Beispiel 300 Franken im Jahr, bezahlt aber lediglich 200 Franken an die Kosten eines Fitnesscenters, lohnt sich der Abschluss nur, falls Sie auch andere Leistungen der Zusatzversicherung beanspruchen.

## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR FITNESSCENTER

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspaket | Kostenübernahme pro Jahr              |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                          |                                       |
| Groupe Mutuel                    | Premium                  | 50%, max. 500 CHF/Jahr                |
| EGK                              | SUN-3                    | max. 360 CHF                          |
| Sympany                          | premium                  | max. 300 CHF                          |
| ÖKK                              | PRÄVENTION               | 50%, max. 300 CHF                     |
| SWICA                            | Completa Praeventa       | 50%, max. 300 CHF                     |
| AXA                              | COMPLET                  | max. 200 CHF                          |
| Visana                           | Ambulant II              | max. 200 CHF                          |
| Sanitas                          | Classic                  | max. 200 CHF                          |
| Helsana                          | Completa                 | 75%, max. 200 CHF                     |
| Durchschnittliche Leistung       |                          |                                       |
| Atupri                           | Mivita Reala             | 50%, max. 200 CHF                     |
| Concordia                        | Natura                   | 50%, max. 200 CHF                     |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                          |                                       |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort    | max. 200 CHF <sup>1</sup>             |
| Assura                           | Complementa Extra        | Preisreduktion je nach Mitgliedschaft |
| CSS                              | Ambulant myFlex Balance  | Keine Leistungen                      |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup>200 CHF an Saison- oder Jahresabonnement, sofern kein Leistungsbezug im Vorjahr. Zusätzlich 200 CHF bei gleichzeitigem Abschluss einer Spitalkostenversicherung.

# Auslandschutz

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Wer im Ausland ärztliche Hilfe braucht, erhält von der Grundversicherung maximal das Doppelte dessen vergütet, was die Behandlung beim Arzt oder in der allgemeinen Abteilung im Spital in der Schweiz gekostet hätte. Die Behandlungskosten in einem EU-Land sind damit in der Regel gedeckt. Für Reisen in Länder ausserhalb der EU ist ein zusätzlicher Versicherungsschutz empfehlenswert, für Reisen nach Kanada, den USA, Japan, Australien oder Russland sogar unerlässlich. Es können sonst enorme Kosten entstehen, die der Patient selber übernehmen muss. Es empfiehlt sich zudem eine ausreichende Deckung für Repatriierungen (siehe Seite 16).

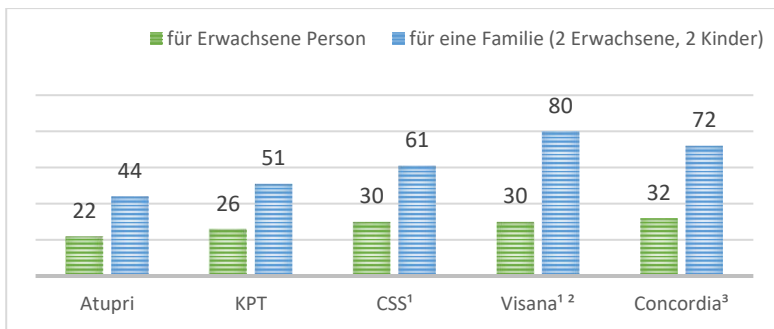
### TIPP

Tragen Sie bei Reisen in EU- und EFTA-Länder die Europäische Krankenversicherungskarte mit sich. Wer diese Karte bei einem Notfall nicht vorweisen kann, muss die ärztliche Behandlung in der Regel vor Ort vollumfänglich bezahlen.

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Die Zusatzversicherungspakete der Krankenkassen enthalten oft eine bessere Auslanddeckung als die Grundversicherung. Bei einer betraglich begrenzten Deckung besteht allerdings die Gefahr, dass der Versicherte trotzdem einen grossen Teil der Kosten selbst übernehmen muss. Besser sind Angebote mit unbegrenztem Versicherungsschutz. Wer normalerweise nur wenige Wochen pro Jahr verreist, kann statt einer ganzjährig gültigen Auslanddeckung eine zeitlich befristete Ferien- oder Reiseversicherung abschliessen. Das ist oft günstiger. Die Tabelle unten zeigt, was eine Auslanddeckung für 14 Tage bei ausgewählten Krankenkassen kostet.

### Reiseversicherung: Prämienvergleich



Leistungsbeschreibung: Weltweit unbegrenzte Deckung bei notfallmässigen Arzt- und Spitalbehandlungen, inklusive medizinisch begründeter Rücktransporte in die Schweiz. Angaben für 14 Tage Auslanddeckung in CHF. Abschluss auch möglich, falls die Grundversicherung bei einer anderen Kasse ist.

<sup>1</sup> Deckung für Auslandsrechtsschutz inbegriffen.

<sup>2</sup> Prämie für acht Wochen Auslandsferien.

<sup>3</sup> Prämie 2022.

### TIPP

Tragen Sie bei Reisen in EU- und EFTA-Länder die Europäische Krankenversicherungskarte mit sich. Wer diese Karte bei einem Notfall nicht vorweisen kann, muss die ärztliche Behandlung in der Regel vor Ort vollumfänglich bezahlen.



## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR AUSLANDEDECKUNG

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungs-<br>paket | Arzt- und Spitalkosten bei<br>Notfällen im Ausland                                               | Repatriierung                |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                               |                                                                                                  |                              |
| Atupri                           | Mivita Reala                  | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| AXA                              | COMPLET                       | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| Sympany                          | premium                       | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| Helsana                          | Completa                      | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| EGK                              | SUN-3                         | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| Visana                           | Ambulant II                   | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| KPT                              | Krankenpflege-Com-<br>fort    | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| Assura                           | Mondia Plus                   | unbegrenzt                                                                                       | unbegrenzt                   |
| CSS                              | Ambulant myFlex Ba-<br>lance  | Ambulant 90%, unbe-<br>grenzt, stationär unbe-<br>grenzt                                         | unbegrenzt                   |
| SWICA                            | Completa Top                  | 90%, unbegrenzt                                                                                  | unbegrenzt                   |
| Durchschnittliche Leistung       |                               |                                                                                                  |                              |
| Groupe Mutuel                    | Mundo                         | Max. 100'000 CHF/Jahr                                                                            | unbegrenzt                   |
| Concordia                        | Diversa Care                  | Ambulant unbegrenzt,<br>stationär max. 45<br>Tage/Fall                                           | unbegrenzt                   |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                               |                                                                                                  |                              |
| ÖKK                              | START                         | Unbegrenzt                                                                                       | 50'000 CHF/Jahr <sup>1</sup> |
| Sanitas                          | Classic                       | Ambulant 90%, während<br>max. 180 Tagen<br><br>Ambulante Behandlung<br>im Spital sind versichert | Keine Leistungen             |

Hinweis: Einige Kassen bieten eine erweiterte Auslandsdeckung in der Spitalzusatzversicherung an, weshalb die Krankenpflegezusätze keine oder nur geringe Leistungen vorsehen. Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup> Selbstbehalt 100 CHF/Fall

# Komplementärmedizin

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

2009 hat das Schweizer Stimmvolk einem Artikel in der Bundesverfassung zugestimmt, der die Behörden verpflichtet, die Komplementärmedizin in der obligatorischen Grundversicherung besser zu berücksichtigen. Nach einer Übergangsregelung werden seit dem 1. August 2017 folgende Methoden der ärztlichen Komplementärmedizin vergütet: Akupunktur, anthroposophische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie und traditionelle chinesische Medizin.

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Eine Zusatzversicherung kann sich für Menschen lohnen, die bei einer Krankheit komplementärmedizinische Heilmethoden bevorzugen, die die Grundversicherung nicht übernimmt. Jede Krankenkasse verfügt über eine Liste der von ihr anerkannten Methoden, Heilmittel und Therapeuten. Diese Listen können jedoch jederzeit ändern. Die Krankenpflegezusätze beteiligen sich an den Kosten einer Behandlung bei einem Therapeuten, der in dieser Liste aufgeführt ist.

Das Erfahrungsmedizinische Register (EMR) vergibt im Auftrag zahlreicher Krankenkassen ein Gütesiegel an Therapeutinnen und Therapeuten. Das Register ist allerdings unvollständig, und keine Kasse anerkennt sämtliche im EMR aufgeführten Therapeuten und Behandlungsmethoden.

Unter [www.emr.ch](http://www.emr.ch) kann man registrierte Therapeutinnen und Therapeuten nach Behandlungsmethode und Region suchen.

## TIPP

Verlangen Sie von der Krankenkasse eine schriftliche Bestätigung für die Kostenübernahme, bevor Sie eine Therapie beginnen. Klären Sie auch ab, wie viele Therapiesitzungen pro Behandlung übernommen werden. Die Zahl der Sitzungen ist in der Regel begrenzt.

## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR KOMPLEMENTÄRMEDIZIN

| Krankenkasse                     | Zusatzversicherungspaket  | Kostenübernahme pro Jahr                                                 |
|----------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                           |                                                                          |
| Groupe Mutuel                    | Bonus                     | 90% unbegrenzt                                                           |
| EGK                              | SUN-3                     | 80%, unbegrenzt <sup>1</sup>                                             |
| Helsana                          | Completa                  | 75%, unbegrenzt                                                          |
| SWICA                            | Completa Top              | 90%, unbegrenzt <sup>2</sup>                                             |
| Durchschnittliche Leistung       |                           |                                                                          |
| Visana                           | Komplementär II           | 90% max. 4000 CHF                                                        |
| Sanitas                          | Classic                   | 80%, max. 5000 CHF                                                       |
| ÖKK                              | NATUR MIDI                | 80%, max. 5000 CHF <sup>1</sup>                                          |
| Sympany                          | premium                   | 50%, max. 6000 CHF                                                       |
| Concordia                        | Natura                    | 75%, max. 4000 CHF                                                       |
| AXA                              | COMPLET                   | 75%, max. 3000 CHF                                                       |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                           |                                                                          |
| KPT                              | Krankenpflege-Comfort     | 90%, max. 2000 CHF                                                       |
| Assura                           | Alternativ myFlex Balance | 75%, max. 3000 CHF für Heilmittel<br>75% max. 600 CHF für medz. Massagen |
| Atupri                           | Mivita Reala              | 50%, max. 1500 CHF                                                       |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup> Franchise CHF 300

<sup>2</sup> je nach Anerkennung von Therapeut/Arzt max. 80 bis 125 CHF/Std.

# Zahnbehandlung

## DAS ZAHLT DIE GRUNDVERSICHERUNG

Die Grundversicherung kommt nur für Zahnbehandlungen auf, die nötig sind aufgrund einer schweren, nicht vermeidbaren Erkrankung des Kausystems oder einer schweren Allgemeinerkrankung. Die Krankenpflege-Leistungsverordnung zählt die betreffenden Krankheiten abschliessend auf. Die Grundversicherung leistet keinen Beitrag an das Flickern von Löchern und für Zahnfleischbehandlungen wegen schlechter Mundhygiene, an Amalgam-Sanierungen und Zahnfehlstellungskorrekturen (Spangen usw.). Auch die Kosten für das Ziehen von Weisheitszähnen sind normalerweise nicht gedeckt.

Wenn die Krankenkasse die Behandlung des Zahnarztes aus der Grundversicherung zahlt, darf dieser nur den sogenannten Sozialtarif in Rechnung stellen, also einen Taxpunktwert von 3.10 Franken. Viele Krankenkassen orientieren sich auch bei den Zusatzversicherungen an diesem Tarif. Wenn ein Zahnarzt einen höheren Taxpunktwert verrechnet, muss der Versicherte die Differenz selbst tragen.

## DAS BRINGT DER KRANKENPFLEGEZUSATZ

Der Krankenpflegezusatz übernimmt je nach Kasse 50 bis 80 Prozent der Kosten für die Behebung von Zahnfehlstellungen. Der Maximalbetrag pro Jahr oder pro Kind ist aber meist beschränkt - zum Beispiel auf 10'000 Franken. Zum Vergleich: Die Kosten für einfachere Zahnkorrekturen betragen gemäss der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft über zwei oder drei Jahre verteilt rund 4000 Franken, in komplizierteren Fällen 8000 bis 12'000 Franken. Bei schweren Kieferfehlstellungen können innert kurzer Zeit Behandlungskosten von über 15'000 Franken anfallen.

In derart schweren Fällen trägt aber häufig die staatliche Invalidenversicherung (IV) die Kosten.

## TIPPS

### Zusatzversicherung frühzeitig abschliessen

Die Krankenkassen nehmen Kinder nur bis zu einem bestimmten Alter ohne Abklärungen in eine Zusatzversicherung auf. Sie verlangen in der Regel ab dem dritten oder vierten Lebensjahr vorgängig eine zahnärztliche Untersuchung. Stellt sich dabei heraus, dass Zahnkorrekturen wahrscheinlich sind, verweigern sie die Aufnahme in die Zusatzversicherung. Schliessen Sie die Zusatzversicherung deshalb frühzeitig ab, am besten kurz nach der Geburt.

### Auf grosszügige Kostendeckung achten

Wählen Sie eine Kasse mit einer möglichst hohen Versicherungsdeckung für Zahnfehlstellungen, damit auch sehr aufwendige Behandlungen ausreichend versichert sind. Achten Sie auf einen hohen Taxpunktwert und eine hohe Kostenbeteiligung der Kasse.

### Bei ungenügenden Leistungen lohnt sich zusätzlich eine Zahnversicherung

Wer den Selbstbehalt reduzieren oder die Kostenübernahme der Kasse erweitern will, kann bei den meisten Kassen zusätzlich zum Krankenpflegezusatz eine Zahnversicherung abschliessen.

## ZUSATZLEISTUNGEN FÜR ZAHNSTELLUNGSKORREKTUREN BEI KINDERN

| Kranken-<br>kasse                | Zusatz-versi-<br>cherung   | Kosten-be-<br>teiligung | Maximal-<br>betrag | Alters-<br>grenze |
|----------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------|-------------------|
| Überdurchschnittliche Leistungen |                            |                         |                    |                   |
| Concordia                        | Diversa Plus               | 75%                     | unbegrenzt         | 22                |
| Groupe Mutuel                    | Dentaire Plus <sup>1</sup> | 75%                     | 15'000 CHF/Jahr    | -                 |
| Sympany                          | Premium                    | 70%                     | 15'000 CHF/Kind    | 25                |
| AXA                              | COMPLET                    | 75%                     | 12'000 CHF/Jahr    | 20                |
| Durchschnittliche Leistung       |                            |                         |                    |                   |
| Sanitas                          | Classic                    | 80%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 18                |
| EGK                              | SUN-3                      | 80%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 18                |
| ASSURA                           | Denta Plus                 | 80%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 20                |
| Visana                           | Ambulant II                | 80%                     | 10'000 CHF/Kind    | -                 |
| Helsana                          | Completa                   | 75%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 20                |
| ÖKK                              | START                      | 70%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 25                |
| Unterdurchschnittliche Leistung  |                            |                         |                    |                   |
| CSS                              | Ambulant myFlex<br>Balance | 50%                     | 12'000 CHF/Jahr    | 20                |
| SWICA                            | Completa Top               | 50%                     | 10'000 CHF/Jahr    | 25                |
| Atupri                           | Mivita Extensa             | 80%                     | 5'000 CHF/Jahr     | 30                |

Hinweis: Verglichen werden die meistverkauften Krankenpflegezusätze

<sup>1</sup> Die Zahnpflegeversicherung Dentaire plus deckt auch Zahnbehandlungen, die von einem eidgenössisch diplomierten Zahnarzt durchgeführt werden.

# Spitalzusatzversicherung

## Was bringt die Spitalzusatzversicherung?

Die Grundversicherung übernimmt die Kosten der allgemeinen Abteilung eines öffentlichen Akutspitals im Wohnkanton, das auf der kantonalen Spitalliste mit dem entsprechenden Leistungsauftrag aufgeführt ist. Grundversicherte haben keine freie Arztwahl im Spital.

Wer das Spital oder den Arzt frei wählen und im Spital mehr Privatsphäre will (1- oder 2-Bett-Zimmer), braucht eine Spitalzusatzversicherung. Die Krankenkassen können die Prämien wie bei allen Zusatzversicherungen nach Alter, Geschlecht und Wohnort sowie teilweise nach Eintrittsalter abstufen. Die Spitalzusätze lassen sich in folgende Kategorien unterteilen:

- **ALLGEMEINE ABTEILUNG GANZE SCHWEIZ**

Mit dieser Zusatzversicherung sind die Kosten vollumfänglich gedeckt, wenn man sich in der allgemeinen Abteilung (Mehrbettzimmer) eines Spitals in der Schweiz behandeln lässt, das ausserhalb des Wohnkantons liegt. Man hat aber wie in der Grundversicherung keine freie Arztwahl. Diese Zusatzversicherung kann zum Beispiel in ländlichen Regionen interessant sein, wo das Kantonsspital des Nachbarkantons näher liegt als das im Wohnkanton nächstgelegene. In Kantonen mit vielen Spitälern hingegen (zum Beispiel Zürich oder Bern) ist sie eher überflüssig.

- **HALBPRIVATE UND PRIVATE ABTEILUNG**

Diese recht teuren Zusatzversicherungen ermöglichen die freie Arztwahl und geben je nach Variante Anrecht auf ein 2-Bett-Zimmer (halbprivat) oder ein 1-Bett-Zimmer (privat). Der Versicherte kann sich auch in einem Spital ausserhalb des Wohnkantons behandeln lassen.

- **SPEZIALMODELLE**

In den halbprivaten und privaten Spitalzusätzen sind sowohl die freie Arztwahl als auch ein Komfortzimmer versichert. Einige Krankenkassen haben deshalb weitere auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten abgestimmte Modelle im Angebot, zum Beispiel Hotelversicherungen (auch Spitalzimmersversicherungen genannt) oder die flexible Spitalabteilungswahl (siehe Seite 31). Nicht alle Spezialmodelle werden jedoch flächendeckend und von allen Kassen angeboten.

## ACHTUNG

Auch Privatversicherte können sich in der Regel nicht in jeder Privatklinik behandeln lassen. Hat die Kasse mit einer Klinik keinen Tarifvertrag, übernimmt sie oft nicht die gesamten Kosten. Lassen Sie sich vor dem Spitaleintritt die volle Kostenübernahme von der Kasse schriftlich mit einer sogenannten Kostengutsprache bestätigen. Das gilt auch für Versicherte mit Zusatz «halbprivat» oder «Allgemeine Abteilung ganze Schweiz».

Ein Ausschluss der Unfalldeckung beim Spitalzusatz oder bei anderen Zusatzversicherungen ist nur beschränkt zu empfehlen. Der Ausschluss spart zwar bis zu 10 Prozent der Prämien und kann zum Beispiel für Versicherte sinnvoll sein, die über ihren Arbeitgeber für Freizeitunfälle in der Privatabteilung des Spitals versichert sind. Die Kasse kann jedoch einen späteren Wiedereinschluss der Unfalldeckung aus gesundheitlichen oder altersbedingten Gründen verweigern.

# Tipps für die Spitalzusatzversicherung

## WÄHLEN SIE EINE GÜNSTIGE KRANKENKASSE

Die Prämien der Spitalzusätze unterscheiden sich stark. Die Kassen müssen aber im Unterschied zur Grundversicherung nicht jeden Antragsteller aufnehmen. Sie können die Aufnahme ohne Angabe von Gründen verweigern oder einen Vorbehalt aussprechen. Ein Vorbehalt bedeutet: Die Krankenkasse übernimmt aus der Zusatzversicherung keine Kosten für künftige Behandlungen von Krankheiten oder Unfallfolgen, die bei Vertragsabschluss schon bestehen. Es ist nicht ratsam, in einem Antrag eine Krankheit oder einen Unfall zu verschweigen: Die Krankenkasse wird für die Behandlung der Folgen des verschwiegenen Leidens ohnehin nichts zahlen.

## BEACHTEN SIE DIE KARENZFRISTEN FÜR MUTTERSCHAFTSLEISTUNGEN

Erkundigen Sie sich nach den Karenzfristen (Wartefristen), welche die Kasse für Mutterschaftsleistungen vorsieht. Die Zusatzversicherung muss je nach Kasse während mindestens 270 oder 365 Tagen vor dem Geburtstermin des Kindes bestanden haben. Jüngere Frauen ohne Kinderwunsch können bei manchen Kassen auf Mutterschaftsleistungen verzichten und so Prämien sparen.

## PRÜFEN SIE, WIE STARK DIE PRÄMIE MIT ZUNEHMENDEM ALTER STEIGT

Lassen Sie sich von der Krankenkasse aufzeigen, wie stark Ihre Prämie mit zunehmendem Alter steigt. Angaben über künftige Prämien sind zwar nicht verbindlich für die Kasse. Sie geben aber einen Anhaltspunkt, ob Junge mit überaus günstigen Prämien geködert werden, die dann im Alter umso stärker steigen.

## LASSEN SIE SICH NICHT MIT HOHEN EINSTIEGSRABATTEN KÖDERN

Einige Kassen locken potenzielle Neukunden mit hohen Schadenfreiheitsrabatten an. Erkundigen Sie sich, wie stark Ihre Prämie nach einem Spitalaufenthalt steigen wird.

## ERKUNDIGEN SIE SICH NACH KOLLEKTIVVERTRÄGEN

Manche Arbeitgeber, Vereine, Berufs- und Branchenverbände haben einen Kollektivvertrag mit einer oder mehreren Krankenkassen. Wer einer Kollektivversicherung beitrifft, spart bei den Zusatzversicherungen in der Regel zwischen 5 und 10 Prozent.

## NUTZEN SIE DIE ANGEBOTENEN SPEZIALMODELLE

Viele Kassen bieten innovative Spezialmodelle an, die bis zu 80 Prozent günstiger sind als herkömmliche Halbprivat- oder Privatversicherungen. Mehr dazu auf den nächsten Seiten.

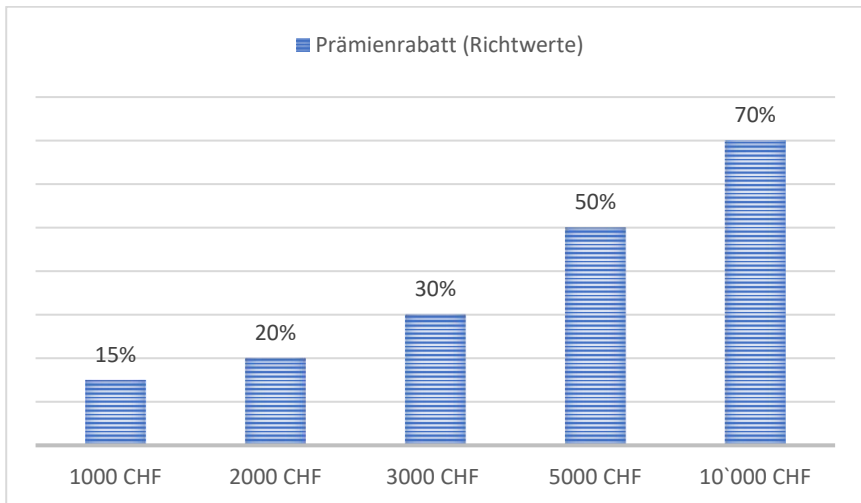
# Sparmöglichkeiten bei der Spitalzusatzversicherung

## SELBSTBEHALT

Ein Selbstbehalt für den halbprivaten oder privaten Spitalaufenthalt hat eine Premieneinsparung von bis zu 70 Prozent zur Folge. Die Höhe der möglichen Selbstbehalte und die entsprechenden Rabatte unterscheiden sich von Kasse zu Kasse. Beachten Sie, dass Sie bei einem Spitalaufenthalt den gewählten Selbstbehalt zusätzlich zu Franchise und Selbstbehalt in der Grundversicherung zahlen müssen.

Wer ins Spital muss, kann sich freiwillig in einer günstigeren Abteilung (zum Beispiel allgemein) behandeln lassen. Die meisten Krankenkassen verzichten dann auf den vertraglich vereinbarten Selbstbehalt oder zumindest auf einen Teil davon.

## Prämienreduktion bei der freiwilligen Spitalzusatzversicherung (halbprivat/privat) durch Wahl eines Selbstbezalts



## TIPP

Erkundigen Sie sich, zu welchen Bedingungen Sie einen vereinbarten Selbstbehalt wieder herabsetzen oder aufheben können. Die Kasse kann das ablehnen oder nur unter einem Gesundheitsvorbehalt akzeptieren. Die Reglemente der Kassen sind in diesem Punkt oft unklar. Lassen Sie sich die genauen Bedingungen im Zweifelsfall schriftlich bestätigen.



## • FLEXIBLE SPITALABTEILUNG

Mit dem Modell «flexible Spitalabteilung» können Sie vor jedem Spitaleintritt entscheiden, ob Sie sich in der allgemeinen, halbprivaten oder privaten Abteilung behandeln lassen möchten. Wählen Sie die allgemeine Abteilung, übernimmt die Krankenkasse die vollen Kosten. Entscheiden Sie sich jedoch für die halbprivate oder private Abteilung, müssen Sie einen Selbstbehalt bezahlen, der sich von Kasse zu Kasse unterscheidet - entweder einen definierten Prozentsatz der Rechnung oder einen fixen Betrag pro Spitaltag. Der Selbstbehalt ist in der Privatabteilung höher als in der halbprivaten Abteilung. Bei den meisten Angeboten ist der Selbstbehalt, den die Versicherten in einem Kalenderjahr maximal zahlen müssen, betraglich limitiert. Bei einigen Kassen ist dieses Modell mit einer eingeschränkten Spitalwahl verbunden.

## • SPITALZIMMERVERSICHERUNG

Die Spitalzimmersversicherung (auch Hotelversicherung genannt) ist eine Alternative für Personen, die sich eine teure Halbprivat- oder Privatversicherung nicht leisten wollen, aber dennoch Wert legen auf mehr Privatsphäre im Spital. Mit einer Spitalzimmersversicherung liegen Sie wahlweise im 1- oder 2-Bett-Zimmer eines Vertragsspitals, medizinisch werden Sie jedoch, wie ein Patient behandelt, der in der allgemeinen Abteilung versichert ist. Entsprechend können Sie Ihren Arzt nicht frei wählen.

Eine Hotelversicherung ist je nach Anbieter bis zu 80 Prozent günstiger als eine Halbprivat- oder Privatversicherung, weil keine hohen Chef- oder Belegarzthonorare mitfinanziert werden müssen. Diese Versicherung wird zwar in den meisten Kantonen angeboten. Doch nicht selten befindet sich das nächstgelegene Vertragsspital weit entfernt vom Wohnort, oder die Auswahlmöglichkeit im Wohnkanton ist sehr bescheiden. Verlangen Sie deshalb von der Kasse eine Liste mit den Vertragsspitalern, sofern sie diese Lösung überhaupt noch anbietet.

## BONUSSYSTEME (SCHADENFREIHEITSRABATTE)

Wer in einem bestimmten Zeitraum keine Leistungen aus dem Spitalzusatz in Anspruch nimmt, wird mit einem Schadenfreiheitsrabatt (Bonus) belohnt. Dieser beträgt je nach Kasse bis zu 50 Prozent der Normalprämie. Müssen Sie sich hingegen im Spital behandeln lassen, verlieren Sie den ganzen oder zumindest einen Teil dieses Rabattes wieder. Es lohnt sich also unter Umständen, eine kleinere Rechnung selbst zu bezahlen.

Einige Kassen offerieren Ihnen bereits beim Abschluss der Spitalzusatzversicherungen einen Schadenfreiheitsrabatt. Andere geben ihren Kunden diesen Rabatt erst nach einigen leistungsfreien Jahren weiter. Erkundigen Sie sich nach den genauen Modalitäten, zum Beispiel nach der Höhe und Anzahl Jahre bis zum Erreichen des maximalen Rabattes oder um wie viel Ihre Prämie nach einem Schadenfall steigt.

# Kündigung der obligatorischen Grundversicherung

Die Krankenkasse darf Ihnen keine Zusatzversicherungen kündigen, wenn Sie die Grundversicherung zu einer anderen Kasse wechseln. Möglicherweise verlieren Sie aber Rabatte auf einzelnen Zusatzversicherungen. Immer mehr Krankenkassen verlangen für günstige Zusatzversicherungen eine jährliche oder halbjährliche Prämienzahlung, falls die Grundversicherung gekündigt wird.

## KÜNDIGUNG AUF DAS JAHRESENDE

Die Krankenkasse muss Ihnen die Prämie, die Sie nächstes Jahr für die Grundversicherung zahlen müssen, zwei Monate im Voraus mitteilen, die Prämien ab Januar 2023 also bis spätestens Ende Oktober 2022. Unabhängig davon, ob die neue Prämie höher, tiefer oder gleich wie bisher ausfällt, können Sie Ihre Grundversicherung bis Ende November 2022 (per Ende Dezember 2022) kündigen. Das gilt für alle Versicherten, egal, ob sie sich für eine höhere Franchise oder ein anderes Sparmodell entschieden haben.

Achtung: Es gilt das Empfangsdatum und nicht der Poststempel mit dem Datum der Aufgabe. Das Kündigungsschreiben muss also am letzten Werktag im November bei der Krankenkasse eintreffen, für einen Wechsel per Ende 2022 demnach am Mittwoch, 30. November 2022. Bitte beachten Sie den Tipp unten auf dieser Seite.

## UNTERJÄHRIGE KÜNDIGUNG

Unterjährige Kündigungen sind nur in Ausnahmefällen möglich. Wer die Grundversicherung mit der tiefsten Franchise (300 Franken) abgeschlossen hat, darf auch per Ende Juni wechseln. Voraussetzung ist zudem, dass Sie «normal» versichert sind, also weder mit HMO-, Hausarzt- oder einem anderen Sparmodell. Die Kündigung muss Ende März bei der Kasse eintreffen.

In allen übrigen Fällen ist ein Wechsel während des Kalenderjahres nur möglich, wenn die Kasse ihre Prämien unter dem Jahr erhöht. In den letzten Jahren mussten einzelne Kassen, deren Finanzlage sehr angespannt war, zu diesem Mittel greifen. Die Krankenkasse muss ihre Versicherten mindestens zwei Monate im Voraus über den Prämienaufschlag informieren.

## TIPP

Die Versicherten haben dann einen Monat Zeit, um zu kündigen. Bei etlichen Krankenkassen landet das Kündigungsschreiben im Postfach. Als Empfangsdatum gilt dann das Datum, an dem die Krankenkasse ihr Postfach leert. Sie hat dazu aber sieben Tage Zeit. Wer auf Nummer sicher gehen will, schickt die Kündigung mindestens eine Woche vor dem letztmöglichen Kündigungstermin ab. Wer diesen Termin versäumt, faxt das Kündigungsschreiben am besten an die Kasse oder bringt es der nächstgelegenen Niederlassung vorbei und lässt sich in beiden Fällen den Erhalt bestätigen.

# Kündigung von freiwilligen Zusatzversicherungen

Die Kündigungsregeln für die Zusatzversicherungen unterscheiden sich von jenen der Grundversicherung. Das verhindert in vielen Fällen einen gleichzeitigen Wechsel von Grund- und Zusatzversicherungen. Wechseln Sie in einem ersten Schritt deshalb lediglich die Grundversicherung. Die Zusätze können Sie bis zum nächsten Kündigungstermin oder - falls gewünscht - bis auf Weiteres bei der jetzigen Kasse belassen.

## KÜNDIGUNGSMÖGLICHKEITEN BEI VERTRAGSABLAUF

Die Vertragsdauer von Zusatzversicherungen beträgt bei den meisten Krankenkassen ein Jahr. Kündigt der Versicherte die Versicherung nicht spätestens drei Monate vor Vertragsablauf, erneuert sich die Versicherung automatisch um ein weiteres Jahr. Bei einigen Krankenkassen beträgt die Kündigungsfrist sechs Monate und die minimale Vertragsdauer drei Jahre. Versicherte können dann nur vor Ablauf der Vertragsdauer kündigen, wenn sie einen Schadenfall hatten oder die Krankenkasse die Prämie erhöht (siehe unten).

## KÜNDIGUNGSMÖGLICHKEITEN BEI PRÄMIENERHÖHUNG

Versicherte können je nach Kasse innert 25 bis 30 Tagen nach Ankündigung einer Prämien-erhöhung kündigen, bei einigen Kassen grundsätzlich bis Ende November oder Dezember. Die Versicherungsaufsicht empfiehlt den Krankenkassen, eine Kündigung auch dann zu akzeptieren, wenn der Versicherte bloss deshalb eine höhere Prämie bezahlen muss, weil er in eine höhere Altersgruppe rutscht. Wer mehrere Zusatzversicherungen hat, von denen sich nur einzelne verteuern, kann bei einigen Kassen sämtliche Zusatzversicherungen kündigen, bei anderen nur jene, die aufschlagen.

## KÜNDIGUNGSMÖGLICHKEITEN NACH EINEM SCHADENFALL

Versicherte haben nach einem Schadenfall das Recht, bis spätestens zur Auszahlung der Entschädigung vom Vertrag zurückzutreten. Je nach Kasse können sie dann nur den betreffenden Zusatz oder gleich alle Zusatzversicherungen kündigen. Die Versicherung erlischt 14 Tage nachdem die Kündigung bei der Krankenkasse eingetroffen ist. Der Versicherte muss die Prämie im ersten Versicherungsjahr bis zum Ende der Versicherungsperiode (in der Regel Ende Jahr) zahlen. Wer hingegen einen Mehrjahresvertrag kündigt, der mindestens ein Jahr in Kraft war, muss die Prämie nur bis zum Datum zahlen, an dem der Vertrag erlischt.

## TIPP

Formulieren Sie präzise, welche Versicherungsbausteine Sie kündigen möchten (zum Beispiel nur die Grundversicherung), und passen Sie auf, dass Ihnen die Kasse das richtig bestätigt. Sie bleiben trotz Kündigung bis Ende Jahr versichert (ausser bei Kündigung im Schadenfall), und die Kasse muss bis dahin alle Arztrechnungen begleichen. Bitten Sie den Arzt um eine Zwischenabrechnung per Ende Jahr, sofern eine Behandlung über den Jahreswechsel hinaus erfolgt.

## Adressen der grössten Krankenkassen

Assura  
Av. C.-F. Ramuz 70  
1009 Pully  
© 0800 277 872 (kostenlos)  
[www.assura.ch](http://www.assura.ch)

Atupri  
Zieglerstrasse 29  
3000 Bern 65  
© 0800 200 888  
[www.atupri.ch](http://www.atupri.ch)

AXA Gesundheitsvorsorge  
General-Guisan-Strasse 40  
8400 Winterthur  
© 0800 888 999  
[axa.ch/health](http://axa.ch/health)

Concordia  
Bundesplatz 15  
Postfach  
6002 Luzern  
© 041 228 01 11 (Lokaltarif)  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)

CSS  
Tribtschenstrasse 21  
Postfach 2568  
6002 Luzern  
© 0844 277 277 (Lokaltarif)  
[www.css.ch](http://www.css.ch)

EGK-Gesundheitskasse  
Birsapark 1  
Postfach  
4242 Laufen  
© 061 765 51 11  
[www.egk.ch](http://www.egk.ch)

Helsana  
Postfach  
8081 Zürich  
© 0844 80 81 82 (Lokaltarif)  
[www.helsana.ch](http://www.helsana.ch)

KPT  
Postfach  
3001 Bern  
© 058 310 91 11  
[www.kpt.ch](http://www.kpt.ch)

ÖKK  
Bahnhofstrasse 13  
7302 Landquart  
© 0800 838 000 (kostenlos)  
[www.oekk.ch](http://www.oekk.ch)

Sanitas  
Jägergasse 3  
Postfach 2010  
8021 Zürich  
© 0844 150 150 (Lokaltarif)  
[www.sanitas.com](http://www.sanitas.com)

SWICA  
Römerstrasse 38  
8401 Winterthur  
© 0800 80 90 80 (kostenlos)  
[www.swica.ch](http://www.swica.ch)

Sympany (Vivao Sympany AG,  
Moove Sympany AG, Kolping Kranken-  
kasse AG, Sympany Versicherungen AG)  
Peter-Merian-Weg 4  
4052 Basel  
© 0800 455 455 (kostenlos)  
[www.sympany.ch](http://www.sympany.ch)

Groupe Mutuel  
Rue des Cèdres 5  
Case postale  
1919 Martigny  
© 0848 803 111 (Ferntarif)  
[www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch)

Visana-Gruppe  
Weltpoststrasse 19/21  
Postfach 253  
3000 Bern 16  
© 0848 848 899 (Lokaltarif)  
[www.visana.ch](http://www.visana.ch)

# Beratungs- und Anlaufstellen für Versicherte

## **Ombudsstelle Krankenversicherung**

Die Ombudsstelle Krankenversicherung vermittelt bei Meinungsverschiedenheit mit der Krankenkasse

Morgartenstrasse 9  
Postfach 3565  
6002 Luzern  
Deutsch: 041 226 10 10  
Französisch: 041 226 10 11  
Italienisch: 041 226 10 12  
[www.om-kv.ch](http://www.om-kv.ch)  
[info@om-kv.ch](mailto:info@om-kv.ch)

## **Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

Das BAG plant, lenkt und kontrolliert die Durchführung der sozialen Krankenversicherung

058 462 21 11  
[www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)  
[www.priminfo.ch](http://www.priminfo.ch)  
[kv@bag.admin.ch](mailto:kv@bag.admin.ch)

## **Stiftung Pro Mente Sana**

Tel. Beratung bei psychischen Problemen sowie Auskünfte zu Psychotherapien

Hardturmstrasse 261  
8005 Zürich

044 446 55 00  
Beratung: 0848 800 858  
[www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch)

## **Rechtsberatungsstelle für Unfallopfer und Patienten (UP)**

Persönliche Rechtsberatung (45 Min. kosten 100 CHF) und gegebenenfalls Vermittlung eines Anwalts

Alderstrasse 40  
8008 Zürich

0800 707 277 (kostenlos)  
(Jeweils von 8.30–11.30 Uhr)

[www.rechtsberatung-up.ch](http://www.rechtsberatung-up.ch)

## **VIFIT Group AG**

Die VIFIT-Spezialisten beantworten gerne Ihre Fragen zur Krankenversicherung und zu anderen Versicherungen

044 585 96 71  
(Mo-Fr. 09–17 Uhr, kostenlos)

## **Schweizerische Patientenstellen** Anlaufstelle für Patienten

Sprechstunden nach Vereinbarung  
Für Nichtmitglieder: 45 CHF pro Beratung  
Für Mitglieder: Beratung kostenlos

Zürich: 044 361 92 56  
Basel: 061 261 42 41  
Aargau, Solothurn: 062 823 11 66  
Ostschweiz: 052 721 52 92  
Zentralschweiz: 041 410 10 14  
Westschweiz: 079 197 21 15  
Tessin: 091 922 97 55  
Graubünden: 044 361 92 56  
[www.patientenstelle.ch](http://www.patientenstelle.ch)  
[dvsp@patientenstelle.ch](mailto:dvsp@patientenstelle.ch)

## **Schweizerische Stiftung SPO-Patientenschutz** Anlaufstelle für Patienten

Beratungstelefon für Nichtmitglieder:  
Deutsch: 0900 56 70 48  
(2.90 CHF/Min., Mo-Do, 9-12 Uhr)  
Französisch: 0900 56 70 48  
(2.90 CHF/Min., Mo. und Do., 9-12 Uhr)

(Mo.-Do. 10-12 Uhr, 14-16 Uhr)  
Zürich: 044 252 54 22  
Bern: 031 372 13 11  
Olten: 062 212 55 89  
Lausanne: 021 314 73 88  
St. Gallen: 071 278 42 40  
Bellinzona: 091 826 11 28  
[www.spo.ch](http://www.spo.ch)  
[info@spo.ch](mailto:info@spo.ch)



#### Disclaimer

Der Inhalt dieser Publikation wurde vom REXCON mit grösster Sorgfalt und nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Information übernimmt die VIFIT Group AG keine Gewähr. Die VIFIT Group lehnt jede Haftung ab, die sich aus der Nutzung oder Nichtnutzung der dargebotenen Informationen ergeben kann. Hinweis zum Datenschutz unter [www.neo.swiss/datenschutz](http://www.neo.swiss/datenschutz)

Stand Oktober 2023 © Copyright by VIFIT Group AG  
Die Wiedergabe von Inhalt ist nur erlaubt mit Genehmigung des VIFIT Group AG  
Die VIFIT Group AG

VIFIT GROUP blickt auf eine fünfundzwanzigjährige Geschichte in der Versicherungsbranche zurück. Über unser Netzwerk von mittlerweile 14 Generalagenturen und mehr als 350 Versicherungsberatern in der Schweiz, beraten wir Privat- und Unternehmenskunden in allen Versicherungsangelegenheiten. Auch im Bereich Vorsorge und Steuern bieten wir professionelle, individuelle Beratungen an.

Mit unserem klaren Fokus auf Qualität haben wir uns als Marktführer im Bereich Personenversicherungen etabliert.

Innovation und Kontinuität sind für uns gelebte Realität

VIFIT Group AG  
Hofwisen 9  
8627 Grüningen

Autoversicherung | Rechtsschutzversicherung | Hausratversicherung | Haftpflichtversicherung  
Tierkrankenversicherung | Lebensversicherung | Krankenkasse