

Bezirk Meilen

Zürichsee-Presse AG
8712 Stäfa
044/ 928 55 55
www.zsz.ch

Medienart: Print
Medientyp: Tages- und Wochenpresse
Auflage: 17'858
Erscheinungsweise: 6x wöchentlich



Themen-Nr.: 271.8
Abo-Nr.: 1069212
Seite: 19
Fläche: 31'047 mm²

Spielregeln bei Alternativmodellen einhalten

Wer Krankenkassenprämien sparen will, wählt mit Vorteil ein alternatives Versicherungsmodell. Wer dabei Regeln verletzt, muss im schlimmsten Fall den Prämienrabatt zurückzahlen.

Richard Eisler*

Immer mehr Krankenversicherte – die Quote liegt derzeit bei 43 Prozent – entscheiden sich für ein alternatives Krankenversicherungsmodell. Unter den Alternativmodellen ist das Hausarztbeziehungsweise Telmed-Modell am bekanntesten. Wer anstelle der klassischen Grundversicherung ein Alternativmodell wählt, wird mit einem Prämienrabatt belohnt.

«Vergessliche» Versicherte

Wer auf ein Alternativmodell setzt, geht gewisse Verpflichtungen ein. Beim Hausarztmodell muss der Versicherte im Krankheitsfall immer zuerst den Hausarzt aufsuchen. Dieser koordiniert die nötigen medizinischen Behandlungen und überweist den Patienten allenfalls zum Spezialisten oder ins Spital. Bei der Telmed-Versicherung muss zuerst eine telefonische Beratungsstelle konsultiert werden. Die Konsultationspflicht entfällt nur im Notfall, bei gynäkologischen Untersuchungen und zahn- oder augenärztlichen Behandlungen. Nicht alle Versicherten halten sich an die Regeln. Patienten «vergessen» zuerst beim Hausarzt vorbeizuschauen und wenden sich direkt an den Spezialisten.

Wer Spielregeln nicht einhält, hat mit Sanktionen zu rechnen. In ihren All-



Immer mehr Krankenversicherte in der Schweiz entscheiden sich für ein alternatives Versicherungsmodell. (key)

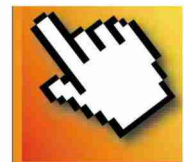
gemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) halten die Krankenversicherer fest, dass sie keine Leistungen erbringen, wenn sich die Versicherten in ärztliche Behandlung begeben, ohne zuerst ihren Hausarzt oder die telefonische Beratungsstelle konsultiert zu haben.

Ebenfalls müssen Versicherte nach «wiederholtem Verstoss gegen die AVB» damit rechnen, noch während der laufenden Vertragsdauer vom Alternativmodell ausgeschlossen und in die obligatorische Krankenversicherung umgeteilt zu werden. Das hat höhere Prämien zur Folge. Eine noch schärfere Sanktion hält die Krankenkasse Sanitas bereit. In den AVB ihres Versicherungsmodells «Caremed» heisst es explizit, dass der Versicherte bei Missachtung der Konsultationspflicht beim Hausarzt nach dem zweiten Ver-

stoss gegen die AVB in die Grundversicherung umgeteilt wird, und zwar «rückwirkend auf den 1. Januar des Jahres, in welchem die Konsultationspflicht zum zweiten Mal verletzt wurde».

Im Klartext: Wer die Spielregeln verletzt, muss den Prämienrabatt im Jahr des zweiten Verstosses vollumfänglich zurückzahlen. Sanitas-Sprecher Christian Kuhn präzisiert dazu, dass Vertragsverletzungen nicht nur des laufenden, sondern auch früherer Jahre berücksichtigt würden. Was aber, wenn in Alternativmodellen Versicherte medizinische Leistungen vollumfänglich selbst bezahlen? Das trifft etwa für Versicherte mit hoher Wahlfranchise zu. Rob Hartmans, Sprecher der Helsana, zeigt sich pragmatisch: «Wenn wir keine Rechnung vom Versicherten erhalten, können wir ja auch keinen Regelverstoss erkennen. Wer Arztkosten selbstverantwortlich aus dem eigenen Sack bezahlt und es dabei

Online
vergleichen
und sparen auf
www.zsz.ch



bewenden lässt, begehrt gemäss unserer Praxis keine Vertragsverletzung, wenn er direkt zum Spezialisten geht.»

Anders die Praxis bei der Krankenkasse CSS: Laut Sprecherin Sandra Winterberg verlangt die CSS grundsätzlich die Einhaltung vertraglicher Abmachungen, egal, ob der Versicherte die Arztrechnung aus dem eigenen Sack zahlt oder nicht: «Bei der CSS müssen auch Selbstzahler bei wiederholter Vertragsverletzung damit rechnen, in die obligatorische Grundversicherung umgeteilt zu werden. Damit verlieren sie aber den Prämienrabatt.»

* Richard Eisler ist Geschäftsführer des Internet-Vergleichsdiensts Comparis.ch.