



(Quelle: www.zermatt.ch)

Leistungsaushilfe in der Schweiz

Personen, die in einem EU-Staat oder in Island, Norwegen oder Liechtenstein einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem angehören, haben Anspruch auf Leistungsaushilfe, wenn sie während eines Aufenthaltes in der Schweiz medizinische Leistungen bei Krankheit, Nichtberufsunfall oder Mutterschaft benötigen. Die Leistungsaushilfe wird für die ganze Schweiz von der Gemeinsamen Einrichtung KVG (GE KVG) in Solothurn gewährt.

Die im Ausland versicherten Personen erhalten dieselben Krankenpflegeleistungen wie die in der Schweiz versicherten Personen. Geldleistungen (Taggelder) werden nicht über die Leistungsaushilfe, sondern direkt von der zuständigen Krankenversicherung bezahlt. Die GE KVG begleicht die Rechnungen für die in der Schweiz erbrachten, medizinischen Leistungen. Anschliessend werden die Kosten der zuständigen Krankenversicherung über die ausländische Verbindungsstelle in Rechnung gestellt.

1. Umfang des Leistungsanspruchs

Der Umfang des Leistungsanspruches hängt vom Aufenthaltszweck und von der vorgesehenen Aufenthaltsdauer ab. Wer Leistungsaushilfe beansprucht, legt der GE KVG das von seiner Krankenversicherung ausgestellte, gültige Formular bzw. die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) vor.

Für Personen mit dauerhaftem Aufenthalt in der Schweiz:

Formular E 121 für Bezüger einer ausländischen Rente: Anspruch auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen

Formular E 106 für Grenzgänger, Entsandte, Botschafts- und Konsulatsangestellte, Beamte: Anspruch auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen

Formular E 109 für Familienangehörige eines im Ausland lebenden Erwerbstätigen: Anspruch auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen

Für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz :

EKVK für Touristen, Studenten und andere Personen mit vorübergehendem Aufenthalt: Anspruch auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen, die während der vorgesehenen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind und nicht aufgeschoben werden können bis zur Rückkehr ins Wohnland.

Geplante medizinische Behandlungen in der Schweiz:

Formular E 112 für Patienten aus dem Ausland, welche von ihrer Krankenkasse die Zustimmung erhalten haben, bestimmte medizinische Behandlungen in der Schweiz durchführen zu lassen. Der Anspruch besteht auf die im Formular umschriebenen Leistungen.

2. Registrierung für die Leistungsaushilfe

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt in der Schweiz erhalten von der GE KVG einen Fragebogen, nachdem sie das Formular dort eingereicht haben. Die Angaben auf dem Fragebogen dienen dazu abzuklären, ob die Registrierung für die Leistungsaushilfe zulässig ist, oder ob eine Krankenversicherungspflicht in der Schweiz besteht. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausgeübt wird oder wenn eine Rente oder Arbeitslosenentschädigung aus der Schweiz bezogen wird. Für Kinder liegt eine Versicherungspflicht in der Schweiz vor, wenn mindestens ein Elternteil in der Schweiz versicherungspflichtig ist.

Wer für die Leistungsaushilfe registriert wird, erhält von der GE KVG eine Versichertenkarte. Diese gilt als Nachweis der Anspruchsberechtigung gegenüber den Leistungserbringern in der Schweiz. Wenn aus einem der genannten Gründe die Registrierung für die Leistungsaushilfe verweigert werden muss, erhält der Wohnkanton eine Mitteilung. Es ist grundsätzlich Sache der kantonalen Behörden, die Einhaltung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu kontrollieren (Art. 6 KVG).

Für *Personen mit vorübergehendem Aufenthalt* genügt die EKVK als Anspruchsnachweis. Weitere Abklärungen werden nur dann vorgenommen, wenn dauerhaft Leistungen in der Schweiz in Anspruch genommen werden, oder wenn die Leistungen nach Art und Umfang über das Mass hinausgehen, auf welches vorübergehende Aufenthalter Anspruch haben. Insbesondere wird geprüft, ob sich die Person zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben hat.

Für *Personen, die zur medizinischen Behandlung in die Schweiz kommen*, genügt das Formular E 112 als Anspruchsnachweis. Weitere Abklärungen sind nicht nötig.

3. Übersicht über die Leistungen nach dem schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren, Hebammen, Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen- und -männern bzw. Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause sowie Ernährungsberatern.
Ambulante Behandlung nach alternativen Heilmethoden (Komplementärmedizin)	Akupunktur bei Ärzten mit anerkannter Weiterbildung (FMH) in der betreffenden Behandlungsdisziplin.
Medikamente	Vom Arzt abgegebene oder verordnete Medikamente, sofern diese in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste für die gegebene Indikation aufgeführt sind (andere Medikamente werden nicht übernommen, auch nicht teilweise).

Mittel und Gegenstände	Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie z.B. Halskragen, Krücken, Insulinspritzen, Inkontinenzhilfen, Inhalationsgeräte usw. gemäss Mittel-und Gegenstände-Liste (MiGeL).
Zahnärztliche Behandlungen (nur in besonderen Fällen)	Kostenübernahme bei Zahnunfall, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt. Bei schwerer Erkrankung des Kausystems oder wenn die Behandlung wegen einer schweren Allgemeinerkrankung nötig ist, in bestimmten, in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen. Keine Kostenübernahme bei Zahnstellungskorrekturen.
Geburtsgebrechen	Kostenübernahme für gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern die schweizerische Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig ist.
Psychotherapie	Kostenübernahme bei einem zugelassenen Arzt oder bei Delegation an einen nicht ärztlichen Psychologen / Psychotherapeuten (jedoch nur unter Aufsicht und in der Praxis des delegierenden Arztes).
Laboranalysen	Ärztlich angeordnete Analysen gemäss Analysenliste.
Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus	Kostenübernahme für medizinisch indizierte Behandlungen in der allgemeinen Abteilung (Mehrbettzimmer) eines zugelassenen Krankenhauses gemäss Spitalliste im Wohn – oder Standortkanton.
Medizinische Rehabilitation	Kostenübernahme für ärztlich durchgeführte oder angeordnete medizinische Rehabilitationsmassnahmen (wenn stationär, nur in zugelassenen Krankenhäusern gemäss Spitalliste, allgemeine Abteilung) und nur nach vorheriger Zustimmung durch den Vertrauensarzt.
Pflegeheimaufenthalt	Kostenübernahme der Pflegemassnahmen und sonstiger ambulanter Massnahmen (ärztliche Behandlung, Physiotherapie usw.) sowie Medikamente und Laboranalysen.
Ärztlich angeordnete Badekuren	CHF 10.00 pro Tag (pauschal) für max. 21 Tage pro Kalenderjahr sowie Kosten für Arzt, Medikamente und Physiotherapien in zugelassenen Heilbädern.
Erholungskuren (z.B. nach einem Krankenhausaufenthalt)	Keine stationären Leistungen (keine Pflichtleistung); nur Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Therapien.
Pflegemassnahmen ambulant (Spitex)	Pflegemassnahmen zu Hause durch zugelassene Spitex-Organisationen, Pflegefachfrauen und -männer.
Mutterschaft	<ul style="list-style-type: none"> die von Ärzten und Hebammen durchgeführten Kontrolluntersuchungen (7 Kontrolluntersuchungen bei normal verlaufender Schwangerschaft sowie 1 Kontrolluntersuchung nach der Geburt)

	<ul style="list-style-type: none"> • die von Ärzten durchgeführten Ultraschallkontrollen (bei normal verlaufender Schwangerschaft 2 Kontrollen) • Kosten der Entbindung zu Hause, in einem Krankenhaus (allgemeine Abteilung) oder Geburtshaus sowie Geburtshilfe durch Ärzte und/oder Hebammen • 3 Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern • Geburtsvorbereitungen durch Hebammen: max. CHF100 .00 <p>Schwangerschaftsgymnastik: keine Kostenübernahme.</p>
Ärztlich angeordnete Präventionsmassnahmen	<p>Kostenübernahme für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Personen, die in erhöhtem Masse gefährdet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgekontrolle bei Neugeborenen • 8 Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern • Untersuchung der Haut bei familiär erhöhtem Melanomrisiko (Melanom bei einer Person ersten Verwandtschaftsgrades) • Mammographie bei Frauen ab 50 Jahren alle zwei Jahre; nach klinischem Ermessen, bis zu einer präventiven Untersuchung pro Jahr, falls Mammakarzinom bei Mutter, Tochter oder Schwester. • Impfungen für Kinder und Erwachsene gem. Art. 12 Krankenpflege-Leistungsverordnung.
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen inkl. Krebsabstrich	<p>Die ersten beiden Untersuchungen und danach eine Kontrolle alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden, sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.</p>
Beitrag an medizinisch notwendige Krankentransporte zu zugelassenem Leistungserbringer	<p>50% der Kosten, max. CHF 500.00 pro Kalenderjahr, wenn Transport in öffentlichem oder privatem Transportmittel nicht möglich ist.</p>
Beitrag an Rettungskosten	<p>50% der Kosten, max. CHF 5000.00 pro Kalenderjahr. Such- und Bergungskosten: keine Kostenübernahme.</p>

4. Wahl des Leistungserbringers und Kostenübernahme

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz erlaubt es den Versicherten, unter den für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei zu wählen.

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt:

Bei ambulanter Behandlung übernimmt bzw. erstattet die GE KVG die Kosten höchstens nach dem Tarif, der an Ihrem Wohnort oder in dessen Umgebung gilt. Bei stationärer Behandlung übernimmt bzw. erstattet die GE KVG die Kosten höchstens nach dem Tarif, der in Ihrem Wohnkanton gilt.

Beanspruchen Sie aus medizinischen Gründen einen Leistungserbringer ausserhalb Ihres Wohnortes (ambulante Behandlung) bzw. Wohnkantons (stationäre Behandlung), so richtet

sich die Kostenübernahme nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen an Ihrem Wohnort bzw. in Ihrem Wohnkanton nicht angeboten werden. Wählen Sie aus freien Stücken einen Leistungserbringer ausserhalb Ihres Wohnortes bzw. –kantons, so müssen Sie die daraus resultierenden höheren Kosten selber bezahlen.

Personen mit vorübergehendem Aufenthalt:

Bei ambulanter Behandlung werden die Kosten von der Krankenversicherung nur dann voll übernommen, wenn Sie sich an Ihrem Aufenthaltsort oder in dessen Umgebung behandeln lassen. Bei stationärer Behandlung übernimmt die Krankenversicherung die Kosten nur dann voll (abzüglich Kostenbeteiligung), wenn Sie sich in Ihrem Aufenthaltskanton behandeln lassen.

Beanspruchen Sie aus medizinischen Gründen einen Leistungserbringer ausserhalb des Aufenthaltsorts bzw. -kantons, übernimmt die Krankenversicherung die Kosten nach dem Tarif, der für diesen Leistungserbringer gilt. Medizinische Gründe liegen bei einem Notfall vor oder wenn die erforderlichen Leistungen am Aufenthaltsort bzw. im Aufenthaltskanton nicht angeboten werden. Wählen Sie aus freien Stücken einen Leistungsbringer ausserhalb Ihres Aufenthaltsortes bzw. Kantons, so müssen Sie die daraus resultierenden höheren Kosten selbst bezahlen.

5. Ambulante Behandlung

Die behandelnden Ärzte, Physiotherapeuten, Pflegefachpersonen und andern Leistungserbringer stellen in der Regel die Rechnung den Patienten zu. Diese bezahlen die Rechnung und reichen sie zur Erstattung der GE KVG ein.

Die GE KVG kontrolliert die Rechnung im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen des KVG und den zugehörigen Verordnungen sowie den geltenden Tarifen. Dazu kann sie auch zusätzliche medizinische Angaben des behandelnden Leistungserbringers zu Händen ihres Vertrauensarztes einholen. Sie erstattet den Patienten den Rechnungsbetrag abzüglich die Kostenbeteiligung (vgl. Ziff. 7).

6. Stationäre Behandlung

Wenn leistungsaushilfeberechtigte Personen sich zur stationären Behandlung in ein schweizerisches Krankenhaus begeben (Nachweis mit Versichertenkarte der GE KVG, mit EKVK oder mit E112-Formular), holt dieses eine Kostengutsprache der GE KVG ein. Die GE KVG erteilt die Kostengutsprache im Umfang der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen in der Schweiz. Sie kommt für die Kosten der medizinischen Behandlungen und des Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung gemäss den geltenden Tarifen auf.

Öffentliche Spitäler stellen in der Regel die Rechnung direkt der GE KVG zur Bezahlung zu. Massgebend ist der jeweilige Tarifvertrag. Die GE KVG prüft die Rechnung und erstattet den Betrag an das Spital. Dem Patienten stellt sie anschliessend die Kostenbeteiligung in Rechnung (vgl. Ziff. 7).

Privatspitäler stellen die Rechnung dem Patienten zu. Diese bezahlen die Rechnung und reichen sie der GE KVG zur Erstattung ein. Die GE KVG erstattet den Betrag im Umfang der Kosten der Behandlung und des Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung. Vom Erstattungsbetrag wird die Kostenbeteiligung abgezogen (vgl. Ziff. 7).

7. Kostenbeteiligung

In der Schweiz krankenversicherte Personen bezahlen eine Kostenbeteiligung. Eine entsprechende Kostenbeteiligung bezahlen auch die Personen, welche die Leistungsaushilfe in der Schweiz in Anspruch nehmen.

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt:

Die Kostenbeteiligung besteht aus einer Franchise (fester Betrag) von gegenwärtig CHF 300.00 je Kalenderjahr und einem Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich gegenwärtig auf CHF 700.00 für Erwachsene und CHF 350.00 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.

Bei den Medikamenten gilt grundsätzlich ebenfalls ein Selbstbehalt von 10%. Wenn der Preis eines Arzneimittels den Preis des günstigsten Drittels der Arzneimittel mit gleicher Wirksubstanz um mindestens 20% übersteigt, beträgt der Selbstbehalt 20% der die Franchise übersteigenden Kosten. Der Arzt muss den Patienten darüber informieren. Wenn der Arzt aus medizinischen Gründen ausdrücklich das Originalpräparat verschreibt, gilt ein Selbstbehalt von 10%.

Bei stationären Spital- und Rehabilitationsaufenthalten wird für alle Erwachsenen ab 26 Jahren zusätzlich zur Kostenbeteiligung ein Spitalbeitrag in Höhe von CHF 15.00 pro Tag erhoben. Dabei handelt es sich um einen Eigenanteil für die Verpflegung.

Bei Mutterschaftsleistungen wird grundsätzlich keine Kostenbeteiligung erhoben.

Personen mit vorübergehendem Aufenthalt:

Die Kostenbeteiligung wird in der Form einer Pauschale erhoben. Diese beträgt gegenwärtig CHF 92.00 für Erwachsene und CHF 33.00 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr innerhalb eines Behandlungszeitraumes von 30 Tagen.

Bei stationären Spital- und Rehabilitationsaufenthalten wird für alle Erwachsenen ab 26 Jahren zusätzlich zur Kostenbeteiligung ein Spitalbeitrag in Höhe von CHF 15.00 pro Tag erhoben. Dabei handelt es sich um einen Eigenanteil für die Verpflegung.

Bei Mutterschaftsleistungen wird grundsätzlich keine Kostenbeteiligung erhoben.

8. Fragen

Bei Fragen zu den oben genannten Punkten beraten Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GE KVG gerne:

Telefon: +41 (0)32 625 30 30 (montags bis freitags von 8 - 11:30 und von 14 - 16 Uhr)
Telefax: +41 (0)32 625 30 29
Adresse: Gibelinstrasse 25, Postfach, CH-4503 Solothurn
E-Mail: info@kvg.org