

Leistungsaushilfe in der Schweiz

Informationsblatt für Personen, die ihren gewöhnlichen Wohnsitz in der Schweiz haben und die in einem EU-Staat* oder in einem EFTA-Staat (Island oder Norwegen) gesetzlich versichert sind.

Dieses Informationsblatt richtet sich an

- Familienangehörige eines in einem EU-Staat* oder in einem EFTA-Staat (Island oder Norwegen) lebenden Erwerbstätigen

*



Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Allgemeines.....	3
2. Umfang des Leistungsanspruchs.....	3
3. Registrierung für die Leistungsaushilfe.....	3
4. Übersicht über die Leistungen nach dem schweizerischen Krankenversicherungsgesetz (KVG).....	4
5. Wahl des Leistungserbringers.....	6
6. Anwendbarer Tarif.....	6
7. Ambulante ärztliche Behandlung.....	6
8. Ambulante Behandlung im Spital.....	7
9. Stationäre Behandlung.....	7
10. Kostenerstattung.....	7
11. Kostenbeteiligung.....	8
12. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz.....	8
13. Vorübergehender Aufenthalt in einem EU-/EFTA-Staat.....	8
14. Vorübergehender Aufenthalt in einem anderen Staat.....	9
15. Fragen, Ombudsman, Rechtsweg.....	9

Anmerkungen:

Alle im Informationsblatt verwendeten, personenbezogenen Ausdrücke (z.B. "Arzt") umfassen Frauen und Männer gleichermassen.
Die in diesem Informationsblatt enthaltenen Angaben begründen keinen Rechtsanspruch. Rechtlich verbindlich sind die massgebenden Rechtserlasse (das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung sowie die dazugehörigen Vollzugsverordnungen und die dazu ergangene Rechtsprechung).

1. Allgemeines

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

Die im Ausland versicherten Personen bzw. ihre nicht erwerbstätigen Familienangehörigen 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 nach schweizerischem Recht. Anschliessend werden die Kosten der zuständigen Krankenversicherung über die ausländische Verbindungsstelle in Rechnung gestellt.

2. Umfang des Leistungsanspruchs

Der Anspruch besteht auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen – mit Ausnahme von Geldleistungen –, die sich während Ihres Aufenthaltes in der Schweiz als medizinisch notwendig erweisen. Dasselbe gilt für die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen.

3. Registrierung für die Leistungsaushilfe

Wer sich für die Leistungsaushilfe registrieren lassen möchte, legt der GE KVG die von seiner Krankenversicherung ausgestellte, gültige Anspruchsbescheinigung (Formular E 109) vor. Anschliessend versendet die GE KVG einen Fragebogen. Die Angaben auf dem Fragebogen dienen dazu abzuklären, ob die Registrierung für die Leistungsaushilfe möglich 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 aus der Schweiz bezogen wird. Für Kinder liegt eine Versicherungspflicht in der Schweiz vor, wenn mindestens ein Elternteil in der Schweiz auf Grund einer Erwerbstätigkeit versicherungspflichtig ist. Die Leistungsaushilfe ist in diesem Fall ausgeschlossen.

Die Leistungsaushilfe für Kinder dauert längstens bis zur Vollendung des 18. Altersjahres. Für Kinder, die sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden, dauert er längstens bis zur Vollendung des 25. Altersjahres. Die GE KVG behält sich vor, eine Bescheinigung über die Schul- oder Berufsausbildung zu verlangen.

Wer schliesslich für die Leistungsaushilfe registriert wird, erhält von der GE KVG eine Versichertenkarte. Diese gilt als Nachweis der Anspruchsberechtigung gegenüber den Leistungserbringern in der Schweiz. Leistungserbringer sind z.B. Krankenhäuser, Ärzte, Physiotherapeuten etc. Wenn aus einem der oben genannten Gründe die Registrierung für die Leistungsaushilfe verweigert werden muss, erhält die zuständige kantonale Behörde eine Mitteilung. Es ist grundsätzlich Sache der kantonalen Behörden, die Einhaltung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu kontrollieren (Art. 6 KVG).

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

Die nachfolgende Liste soll Ihnen eine Übersicht über die Leistungen geben, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen werden. Die Liste ist nicht abschliessend.

Leistung	Bemerkungen
Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren und Hebammen sowie nach ärztlicher Verordnung bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachfrauen- und -männern bzw. Organisationen der Krankenpflege 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 Kauystems oder als Folge einer schweren Allgemeinerkrankung gemäss den in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen. Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne eine Liste dieser Fälle zu. 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 Wohnkanton.

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) • 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 Hebammen • 3 Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Krankenschwestern • Geburtsvorbereitungen durch Hebammen: max. CHF 100.00 • Schwangerschaftsgymnastik: keine Kostenübernahme.
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	Die ersten beiden Untersuchungen und danach eine Kontrolle alle drei Jahre. Dies gilt bei normalen Befunden, sonst Untersuchungsintervall nach klinischem Ermessen.

Beitrag an medizinisch notwendige Krankentransporte zu zugelassenem Leistungserbringer	50% der Kosten, max. CHF 500.00 pro Kalenderjahr, wenn Transport in öffentlichem oder privatem Transportmittel nicht möglich ist.
Beitrag an Rettungskosten	50% der Kosten, max. CHF 5'000.00 pro Kalenderjahr. Such- und Bergungskosten: keine Kostenübernahme.

5. Wahl des Leistungserbringers

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

Hinweis zum Medikamentenbezug:

Wenn Sie regelmässig in die Apotheke gehen, um verordnete Medikamente zu beziehen, dann empfehlen wir Ihnen die Versandapotheke MediService. Dort erhalten Sie Ihre Medikamente diskret und bequem nach Hause geliefert – und Sie haben zudem einen direkten Preisvorteil. Nähere Angaben finden Sie im beiliegenden Prospekt.

6. Anwendbarer Tarif

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, der sich ausserhalb Ihres Wohnkantons befindet, 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 jedoch aus freien Stücken einen Leistungserbringer ausserhalb Ihres Wohnortes bzw. –kantons, so tragen Sie die daraus resultierenden höheren Kosten selbst.

7. Ambulante ärztliche Behandlung

Wenn Sie ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen müssen, wenden Sie sich bitte an einen zugelassenen Arzt in Ihrer Nähe und legen Sie ihm die von der GE KVG ausgestellte Versichertenkarte vor. Diese garantiert Ihnen den so genannten Tarifschutz. Der behandelnde Arzt stellt Ihnen in der Regel die Rechnung direkt zu. Bitte bezahlen Sie die Rechnung und reichen Sie die Rechnung zur Erstattung bei der GE KVG ein ([vgl. Ziff. 10](#)).

Die GE KVG kontrolliert die Rechnungen im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen des KVG und den zugehörigen Verordnungen sowie den geltenden Tarifen. Sie hat die Möglichkeit, in Zweifelsfällen zusätzliche medizinische

Angaben des behandelnden Leistungserbringers zu Händen ihres Vertrauensarztes einzuholen.

8. Ambulante Behandlung im Spital

Es gilt dieselbe Grundlage wie bei der ambulanten ärztlichen Behandlung.

9. Stationäre Behandlung

Ist die Erkrankung so gravierend, dass sie nicht mehr nur ambulant behandelt werden kann, dann können Sie sich zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus begeben. Legen Sie dort bitte Ihre von der GE KVG ausgestellte Versichertenkarte vor. Diese garantiert Ihnen den so genannten Tarifschutz. Das Krankenhaus holt anschliessend eine Kostengutsprache bei der GE KVG ein. Die GE KVG erteilt die Kostengutsprache im Umfang der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in der Schweiz. Sie kommt für die Kosten der medizinischen Behandlungen und des Aufenthaltes in der allgemeinen Abteilung gemäss den geltenden Tarifen auf. Wenn Sie den Aufenthalt in einem Privatspital oder in der halbprivaten oder privaten Abteilung eines öffentlichen Spitals wählen, so gehen die Mehrkosten zu Ihren Lasten.

Öffentliche Spitäler und Privatspitäler stellen die Rechnung direkt der GE KVG zur Bezahlung zu. Die GE KVG prüft die Rechnung und erstattet dem Spital den ihm zustehenden Betrag. Dem Patienten stellt sie anschliessend die Kostenbeteiligung in Rechnung ([vgl. Ziff. 11](#)).

10. Kostenerstattung

Die Rechnungsstellung durch die Leistungserbringer erfolgt gemäss schweizerischem Krankenversicherungsgesetz an den Versicherten, sofern nichts anderes vereinbart worden ist. In diesen Fällen haben die Versicherten gegenüber der GE KVG einen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten unter Abzug der vorgesehenen Kostenbeteiligung.

Sobald Sie eine Rechnung für eine Behandlung erhalten bitten wir Sie, diese zu begleichen und anschliessend die bezahlte Rechnung bei der GE KVG zur Kostenerstattung einzureichen. Es muss sich hierbei um die Originalrechnung (Rückforderungsbeleg) handeln.

Nennen Sie uns für die Erstattung bitte Ihre vollständigen Bankangaben:

- **IBAN (International Bank Account Number)**
- **BIC (Bank Identifier Code)**
- **Name und Adresse der Bank**
- **Kontoinhaber und Adresse**

Bitte beachten Sie, dass wir nur mit diesen Angaben eine schnelle, unentgeltliche Überweisung des Rückerstattungsbetrages garantieren können.

11. Kostenbeteiligung

In der Schweiz krankenversicherte Personen beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen (Kostenbeteiligung). Dasselbe gilt für Personen, welche die Leistungsaushilfe in der Schweiz in Anspruch nehmen.

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 keine Kostenbeteiligung erhoben. Wir bitten Sie, uns Ihre Schwangerschaft rechtzeitig mitzuteilen.

12. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz

Die GE KVG untersteht den Bestimmungen des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) hinsichtlich Schweigepflicht und Datenschutz. Soweit die Abklärung Ihrer Ansprüche es erfordert sind Sie verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben. In diesem Zusammenhang ist die GE KVG auch berechtigt, bei Ihren behandelnden Ärzten eine genaue Diagnose und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu Händen ihres Vertrauensarztes zu verlangen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der GE KVG unterstehen der Schweigepflicht.

13. Vorübergehender Aufenthalt in einem EU-/EFTA-Staat

Wenn Sie die Absicht haben, sich vorübergehend im Staat, in welchem Sie versichert sind oder in einem anderen EU-/EFTA-Staat aufzuhalten, so verlangen Sie bitte von der GE KVG eine provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte (*englisch: European Health Insurance Card EHIC*), welche Ihnen als Nachweis für Ihren Versicherungsschutz dient. Der Umfang des Leistungsanspruches in dem betroffenen Staat hängt vom Aufenthaltszweck und von der vorgesehenen Aufenthaltsdauer ab. Bitte beachten Sie, dass Ihnen die provisorische Ersatzbescheinigung keinen Anspruch verleiht, wenn Sie sich zum Zwecke der Behandlung in einen anderen Staat begeben. Nützliche Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage ([www.kvg.org/Ferien im Ausland](http://www.kvg.org/Ferien%20im%20Ausland))

Bitte beachten Sie, dass die von Ihrer zuständigen Krankenversicherung ausgestellte EHIC ab Beginn der Registrierung bei der GE KVG keine Gültigkeit mehr hat.

14. Vorübergehender Aufenthalt in einem anderen Staat

Für den Aufenthalt in einem Staat ausserhalb der EU-/EFTA ist möglicherweise der Abschluss einer Ferien- oder Reisekrankenversicherung erforderlich. Nähere Informationen erhalten Sie von Ihrer zuständigen Krankenversicherung.

15. Fragen, Ombudsman, Rechtsweg

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 8:00 – 11:30 und von 14:00 – 16:00 Uhr)
Telefax: +41 (0)32 625 30 29
Adresse: Gibelinstrasse 25, Postfach, CH-4503 Solothurn
E-Mail: info@kvg.org
Internet: www.kvg.org

Wenn Sie Probleme haben, die sich im Gespräch nicht lösen lassen, können Sie sich an den Ombudsman der sozialen Krankenversicherung wenden. Dieser nimmt Ihre Anliegen schriftlich oder telefonisch entgegen:

Ombudsman Krankenversicherung
Morgartenstr. 9
CH - 6003 Luzern

Telefon deutsch: +41 (0)41 226 10 10
Telefon französisch: +41 (0)41 226 10 11
Telefon italienisch: +41 (0)41 226 10 12
Telefax: +41 (0)41 226 10 13
E-Mail: info@om-kv.ch
Internet: <https://secure.om-kv.ch/>

Ferner steht Ihnen der **Rechtsweg** offen. Bei Streitigkeiten über Leistungen sind ein Einspracheverfahren und anschliessend das Verwaltungsgerichtsverfahren vorgesehen. Sie können von der Gemeinsamen Einrichtung KVG eine beschwerdefähige Verfügung verlangen und dagegen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG Einsprache erheben. Gegen Einspracheentscheide kann Verwaltungsgerichtsbeschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erhoben werden.

Die Gemeinsame Einrichtung KVG klärt Sie über Rechtsmittel und Rechtsweg auf.