

Leistungsaushilfe in der Schweiz

Informationsblatt für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und die in einem EU-Staat* oder in einem EFTA-Staat (Island, Liechtenstein, Norwegen) gesetzlich versichert sind.

Dieses Informationsblatt richtet sich an

- Touristen
- Studenten
- Entsandte
- Geschäftsreisende
- Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen
- Arbeitsuchende und
- Personen, die sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben, wenn der Aufenthalt in der Schweiz nur vorübergehend ist und sie beabsichtigen, nach einer geplanten Aufenthaltsdauer wieder in ihren Heimatstaat zurückzukehren.

*



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. Ambulante ärztliche Behandlung.....	6
7. Ambulante Behandlung im Spital.....	6
8. Stationäre Behandlung.....	6
9. Kostenerstattung.....	7
10. Kostenbeteiligung.....	7
11. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz.....	8
12. Fragen, Ombudsman, Rechtsweg.....	8

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, 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 übernommen.

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 übernimmt die Kosten 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 Umfang des Leistungsanspruches hängt vom Aufenthaltszweck und von der vorgesehenen Aufenthaltsdauer ab. Wer Leistungsaushilfe beansprucht, legt der GE KVG den von seiner Krankenversicherung ausgestellten, gültigen Anspruchsnachweis vor. Anspruchsnachweise sind z.B. die Europäische Krankenversicherungskarte (*englisch European Health Insurance Card EHIC*), die provisorische Ersatzbescheinigung für die EHIC oder das Formular E 112.

Touristen, Studenten, Entsandte, Geschäftsreisende, Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen und Arbeitsuchende mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz haben Anspruch auf alle im schweizerischen Krankenversicherungssystem vorgesehenen Leistungen, die während der vorgesehenen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind und nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr ins Wohnland aufgeschoben werden können.

Für Personen, die sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben, sind die medizinischen Leistungen im Voraus bestimmt ([vgl. Ziff.3](#)).

3. Registrierung für die Leistungsaushilfe

Grundsätzlich genügt die Vorlage der EHIC, um den Anspruch auf Leistungsaushilfe in der Schweiz nachzuweisen. Die GE KVG kann jedoch Abklärungen zur Dauer des Aufenthalts vornehmen, wenn dauerhaft Leistungen in der Schweiz in Anspruch genommen werden oder wenn die Leistungen nach Art und Umfang über das Mass hinausgehen, auf welches Personen mit vorübergehendem Aufenthalt Anspruch haben. Insbesondere kann hier geprüft werden, ob sich die Person zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben hat.

Wollen Sie sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben, so ist die vorherige Zustimmung ihrer Krankenversicherung erforderlich. Bei einer Zustimmung erhalten Sie von Ihrer Krankenversicherung das Formular E 112. Sie haben damit Anspruch, bestimmte medizinische Behandlungen in der Schweiz durchführen zu lassen. Der Anspruch besteht auf die im Formular umschriebenen Leistungen.

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 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) • 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 grundsätzlich, unter den für die Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung geeignet sind, frei zu wählen.

6. 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 Ihren Anspruchsnachweis vor. Der Anspruchsnachweis 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 quitierte Rechnung zur Erstattung bei Ihrem zuständigen Krankenversicherer oder bei der GE KVG ein ([vgl. Ziff. 9](#)).

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.

7. Ambulante Behandlung im Spital

Es gilt dieselbe Grundlage wie bei der ambulanten ärztlichen Behandlung.

8. Stationäre Behandlung

Ist die Erkrankung so gravierend, dass sie nicht mehr nur ambulant behandelt werden kann, dann können sich leistungsaushilfeberechtigte Personen zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus begeben. Legen Sie dort bitte Ihren Anspruchsnachweis vor. Der Anspruchsnachweis 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 Privatspitaler 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. 10](#)).

9. 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 ([vgl. Ziff. 6 und 7](#)).

Sobald Sie eine Rechnung für eine Behandlung erhalten bitten wir Sie, diese zu begleichen und anschliessend Ihrem zuständigen Krankenversicherer zur Rückerstattung einzureichen. Dieser erstattet Ihnen die Kosten nach dem für ihn geltenden Krankenversicherungsrecht unter Abzug der dort geltenden Kostenbeteiligung oder nach den in der Schweiz geltenden Tarifen unter Abzug der vorgesehenen Kostenbeteiligung.

Wahlweise können Sie die bezahlte Rechnung auch bei der GE KVG zur Kostenerstattung einreichen. Es muss sich hierbei um die Originalrechnung (Ruckforderungsbeleg) 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 Ruckerstattungsbetrages garantieren können.

10. 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.

Für Personen, die sich lediglich vorübergehend in der Schweiz aufhalten, wird die Kostenbeteiligung in der Form einer Pauschale erhoben. Diese beträgt gegenwärtig CHF 92.00 für Erwachsene und CHF 33.00 für Kinder (maximal jedoch die Höhe des Rechnungsbetrages) bis zum vollendeten 18. Altersjahr innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen. Dieser 30-Tage-Zeitraum beginnt mit dem ersten Behandlungstag.

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.

11. 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.

12. 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.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in der Schweiz, gute Gesundheit und eine sichere Reise in Ihren Heimatstaat.