

Leistungstabelle Krankenpflege-Versicherung (KVG)

Ausgabe 01.12



Diese Tabelle stellt eine Kurzfassung der Leistungen dar. Die vollständigen Leistungen sind im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), in der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz (KVV) und in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) umschrieben und können auf der Verwaltung eingesehen werden.

Die Versicherten können unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die Behandlung von Krankheit, Unfall, Mutterschaft und Geburtsgebrechen geeignet sind, frei wählen (ausgenommen im Hausarzt-Modell).

Umschreibung des Leistungsbereichs

Allgemeine Leistungen (Art. 25ff KVG, Art. 2ff KLV)

- a) Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen, die ambulant, bei Hausbesuchen, stationär oder in einem Pflegeheim durchgeführt werden von:
 1. Ärzten
 2. Chiropraktoren
 3. Personen, die auf Anordnung oder im Auftrag eines Arztes oder Chiropraktors Leistungen erbringen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Krankenpflege zu Hause, ambulant oder im Pflegeheim, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, Logopädie, ärztliche delegierte Psychotherapie)
- b) ärztlich oder unter den vom Bundesrat bestimmten Voraussetzungen von Chiropraktoren verordneten Analysen, Arzneimittel und der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände
- c) Beitrag an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren
- d) ärztlich durchgeführte oder angeordnete Massnahmen der medizinischen Rehabilitation
- e) den Aufenthalt im Spital entsprechend dem Standard der allgemeinen Abteilung bis maximal zum Referenztarif des Wohnkantons und bei medizinisch indizierten ausserkantonalen Behandlungen bis zum Referenztarif des Standortkantons
- f) den Aufenthalt bei Entbindung in einem zugelassenen Geburtshaus
- g) Beitrag an medizinisch notwendige Transportkosten sowie an Rettungskosten
- h) die Leistung der Apotheker bei der Abgabe von nach Buchstabe b verordneten Arzneimittel

Analysen und Arzneimittel [Art. 28ff KLV]

- a) gemäss Analysenliste
- b) gemäss Arzneimittel- (ALT) und Spezialitätenliste (SL)

Geburtsgebrechen [Art. 27 KVG, Verordnung über Geburtsgebrechen, GgV]

Bei Geburtsgebrechen, welche nicht durch die Invalidenversicherung gedeckt sind, die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Zusatzleistungen bei Mutterschaft (medizinisch) [Art. 13 KLV]

- a) von Ärzten oder von Hebammen durchgeführte oder ärztlich angeordnete Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft
- b) Entbindung zu Hause, ambulant oder stationär in der allgemeinen Abteilung einer Heilanstalt sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Hebammen
- c) Geburtsvorbereitung
- d) Stillberatung

Strafloser Abbruch der Schwangerschaft [Art. 120 StGB, Art. 30 KVG]

Bei straflosem Abbruch einer Schwangerschaft nach Artikel 120 des Strafgesetzbuches übernimmt die obligatorische Krankenpflege-Versicherung die Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit.

Leistungen bei zahnärztlicher Behandlung [Art. 31 KVG, Art. 17 KLV]

- a) bei schwerer, nicht vermeidbarer Erkrankung des Kausystems
- b) bei schwerer Allgemeinerkrankung und deren Folgen
- c) zur Behandlung einer schweren Allgemeinerkrankung oder deren Folgen

Medizinische Prävention [Art. 26 KVG, Art. 12 KLV]

Die obligatorische Krankenpflege-Versicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorglichen Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorgliche Massnahmen werden von einem Arzt durchgeführt oder angeordnet. Dies sind:

- max. 8 Untersuchungen im Vorschulalter
- Screening auf Phenylketonurie, Galaktosämie, Biotinidasemangel, Adrenogenitales Syndrom, Hypothyreose, Medium-Chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase (MCAD)-Mangel sowie HIV-Tests (HIV-positiver Mütter) bei Neugeborenen
- HIV-Tests bei Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind
- Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung inkl. Krebsabstrich (die ersten beiden Untersuchungen im Jahresintervall und danach alle 3 Jahre)
- Kolonoskopie bei familiärem Kolonkarzinom
- Diverse Vorsorge- und Schutzimpfungen z.B. Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre
- Booster-Impfung gegen Diphtherie, Tetanus bei Personen über 16 Jahren gemäss Schweizerischem Impfplan
- Haemophilus-influenzae Impfung bei Kleinkindern bis 5 Jahre gemäss Schweizerischem Impfplan
- Grippe-Impfungen bei Personen, die älter sind als 65 Jahre oder an einer chronischen Erkrankung leiden sowie bei weiteren Indikationen gemäss Schweizerischem Impfplan
- Pneumokokken-Impfung bei Personen, die älter sind als 65 Jahre oder bei Personen ab zwei Jahren, welche an einer chronischen Erkrankung leiden. Zudem wird die Nachholimpfung für alle Kinder bis zum vollendeten 4. Lebensjahr übernommen. Weitere Indikationen sind im Schweizerischen Impfplan aufgeführt.
- Hepatitis B-Impfung bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre, bei Neugeborenen HBs-Ag-positiver Mütter, Personen mit einer chronischen Lebererkrankung, Personen mit einer Immunsuppression und Personen, die einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt sind. Bei beruflicher Indikation erfolgt keine Kostenübernahme durch die Versicherung
- Tetanus-Booster-Impfung nach einer Verletzung
- Varizellenimpfung für nicht immune Jugendliche und Erwachsene, Frauen während oder kurz nach Schwangerschaft sowie spezifische Risikogruppen (wie Eltern, Geschwister, Betreuungspersonen) von Kindern, die vor der 33. Schwangerschaftswoche geboren sind.
- Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen und Frauen bis 26 Jahre im Rahmen eines kantonalen Impfprogramms
- Untersuchungen der Haut bei familiär erhöhtem Melanomrisiko
- Mammografie bei familiärem Mammakarzinom
- Screening-Mammografie ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre im Rahmen eines Programms zur Früherkennung
- Vitamin-K-Prophylaxe bei Neugeborenen
- Vitamin-D-Gabe zur Rachitisprophylaxe während des 1. Lebensjahres

Komplementärmedizin [Anhang 1 der KLV] (Übergangszeit 01.01.2012 – 31.12.2017)

Die obligatorische Krankenpflege-Versicherung übernimmt die Kosten für folgende Therapieformen, sofern diese durch einen gemäss KVG zugelassenen Arzt mit einem entsprechenden Fähigkeitsausweis durchgeführt werden: Akupunktur, Anthroposophische Medizin, Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Ärztliche Klassische Homöopathie, Phytotherapie und Störfeldtherapie (Neuraltherapie nach Huneke).

Mittel und Gegenstände [MiGeL, Art. 20 KLV, Anhang 2 der KLV]

Die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände, für welche die Kasse eine Vergütung leistet, sind in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (Anhang 2) aufgeführt. Die Mittel und Gegenstände müssen ärztlich verordnet sein.

Kostenbeteiligung [Art. 64 KVG]

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen wie folgt:

- a) mit einem festen Jahresbetrag (Franchise) und
- b) mit einem Selbstbehalt von 10% der Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt max. CHF 700.– pro Kalenderjahr).
- c) Zudem bei einer stationären Behandlung ein Spitalbeitrag von CHF 15.– pro Tag an die Aufenthaltskosten in einer Heilanstalt.
- d) 20% statt 10% Selbstbehalt bei Arzneimitteln, bei welchen der Preis mehr als 20% höher ist als der Durchschnitt des günstigsten Arzneimittels mit dem gleichen Wirkstoff. Davon werden jeweils 15% an den jährlichen Selbstbehalt angerechnet.