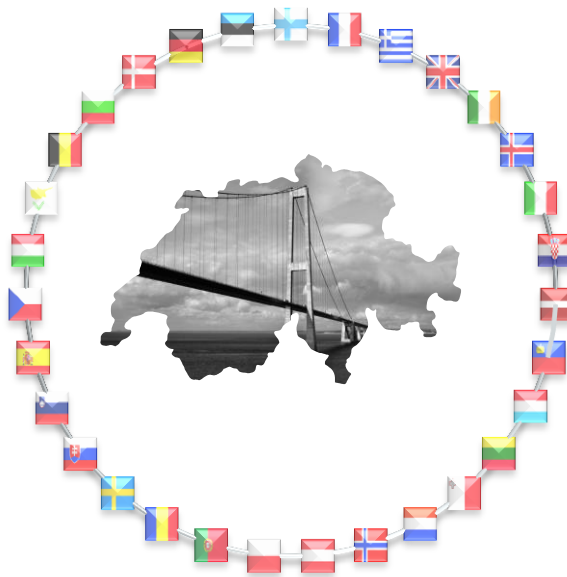




Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Leitfaden

Information für Leistungserbringer zur Leistungsaushilfe in der Schweiz



Inhalt

1	Wer ist die Gemeinsame Einrichtung KVG?	4
2	Grundsätze und Definitionen Koordinationsrecht	5
2.1	Beziehung Schweiz – EU	5
2.2	Beziehung Schweiz – EFTA (Island, Liechtenstein, Norwegen)	5
2.3	Diskriminierungsverbot	5
2.4	Wo das Koordinationsrecht gilt (räumlicher Geltungsbereich)	5
2.4.1	Inselgruppen, Kolonien und europäische Kleinststaaten	6
2.5	Für wen das Koordinationsrecht gilt (persönlicher Geltungsbereich).....	7
3	Anzuwendende Sozialversicherungsvorschriften	8
3.1	Wohnort/Wohnsitz	8
3.2	Unterstellung in einem einzigen Staat	9
3.3	Erwerbstätigkeit und Erwerbortprinzip	9
4	Versicherungspflicht – Grundsätzliches	10
4.1	Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen	10
4.2	Wohnsitz in der Schweiz	10
4.2.1	Versicherungspflicht in der Schweiz	10
4.2.2	Versicherungspflicht in der EU/EFTA	10
5	Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat.....	11
5.1	Tarifschutz	11
5.2	Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt.....	11
5.2.1	Erstkonsultation beim Allgemeinarzt.....	12
5.2.2	Folgekonsultationen.....	12
5.2.3	Umfang des Leistungsanspruchs	12
5.2.4	Geltendmachung des Anspruchs.....	12
5.2.5	Besonderheiten für Spitäler, die sich in Grenznähe befinden	12
5.2.6	Anspruch bei Schwangerschaft / Entbindung.....	13
5.2.7	Chronische oder bestehende Krankheit	14
5.3	Besonderheit: Nichtberufsunfälle	15
5.3.1	Berufsunfälle	15
5.4	Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen	15
5.5	Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat.....	16
5.6	Der Patient ist privat krankenversichert.....	16
6	Administrativer Ablauf.....	17
6.1	Zustellung der Anspruchsbescheinigungen	17
6.1.1	Ambulante und stationäre Spitalbehandlungen.....	17
6.1.2	Spitaltarife (stationär).....	17
6.1.3	Administrativer Ablauf für Spital.....	19
6.2	Kostenbeteiligung	20
7	Dokumente	21
7.1	E-Formulare.....	21
7.2	Bescheinigungen (portable documents).....	21

7.3	Strukturierte elektronische Dokumente	21
7.4	Europäische Krankenversicherungskarte.....	21
7.4.1	Zweck der EHIC.....	21
7.4.2	Verwendung der EHIC.....	21
7.4.3	Welche Leistungen die EHIC deckt	21
7.4.4	Die EHIC als Kostengutsprache	22
7.4.5	Besonderheit bei Patienten mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte aus Spanien	23
7.5	Provisorische Ersatzbescheinigung	24
7.6	E 112 / S2 – Anspruch auf eine geplante Behandlung	25
7.6.1	Zweck des E 112 / S2.....	25
7.6.2	Verwendung des E 112 / S2.....	25
7.6.3	Welche Leistungen das E 112 / S2 deckt.....	25
7.7	Unterscheidung Leistungsanspruch EHIC, PEB vs. E 112, S2.....	27
7.8	Unterscheidung Leistungsanspruch Vorübergehende vs. Wohnhafte	27
8	Verschiedenes	28
8.1	Übersicht Prozess Leistungsaushilfe	28
9	Glossar	29
10	Impressum	30
11	Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung	30

Informationen zum Leitfaden

Dieser Leitfaden basiert auf den aktuellen Bestimmungen des Koordinationsrechts. Wenn vom so genannten Koordinationsrecht die Rede ist, sind die Bestimmungen der Grundverordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 sowie die Beschlüsse und Empfehlungen der Verwaltungskommission gemeint.

Um Ihnen die rechtliche Nachvollziehbarkeit zu erleichtern, finden Sie an vielen Stellen Hinweise zu den Rechtsgrundlagen in Klammern. Es handelt sich dabei entweder um Artikel in der Grund- bzw. Durchführungsverordnung oder um Beschlüsse der Verwaltungskommission oder um Grundlagen des schweizerischen Rechts. Die vollständige Bezeichnung der Grund- bzw. Durchführungsverordnung wird später abgekürzt mit VO 883/2004 bzw. VO 987/2009, wobei VO für Verordnung steht.

An Hand von Praxisbeispielen wollen wir Ihnen auf veranschaulichende Weise die teilweise sehr komplexe Thematik näher bringen. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir wegen der Vielzahl an Fallkonstellationen nicht jeden einzelnen Sachverhalt widerspiegeln können.

Auf der rechten Seite aussen finden Sie eine Spalte, die wir für Ihre persönlichen Notizen vorgesehen haben.

Begriffe mit einer besonderen Wichtigkeit sind **fett markiert**.

An einigen Stellen finden Sie Symbole mit bestimmten Bedeutungen:



Der Text hinter diesem Symbol legt die (aktuelle) Situation in der Schweiz dar.



Achtung: Bei diesem Symbol wird auf eine mögliche, anstehende Problematik hingewiesen.



Praxistipp: Die Praxistipps geben Ihnen wertvolle Hinweise, auf was Sie besonders achten müssen und Empfehlungen, wie Sie die Sachverhalte in der Praxis auf einfache Weise lösen können.

Und falls dennoch etwas unklar sein sollte, dann zögern Sie nicht, sich an uns zu wenden. Wir helfen Ihnen gerne weiter. Die Kontaktangaben finden Sie im Impressum.

Bitte lesen Sie aufmerksam die Informationen unter Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung.

Schliesslich noch ein Hinweis zur Aktualisierung. Es ist nicht auszuschliessen, dass nach der Publikation einer Ausgabe des Leitfadens Änderungen im Koordinationsrecht eintreten. Im Rahmen einer ständigen Überarbeitung des Leitfadens werden diese Änderungen eingearbeitet und anschliessend veröffentlicht. Die Überarbeitung wird in regelmässigen Abständen stattfinden.

Wir sind dankbar für Anregungen, Anliegen oder Verbesserungsvorschläge. Damit tragen Sie massgeblich zur Qualität dieses Leitfadens bei. Vielen Dank!

1 Wer ist die Gemeinsame Einrichtung KVG?

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist eine Stiftung gemäss Art. 18 KVG, welche mit dem Inkrafttreten des KVG am 1. Januar 1996 von den Krankenversicherern gegründet wurde. Die Geschäftsstelle befindet sich in Solothurn. Ihre Aufgaben werden ihr vom Parlament (im KVG), vom Bundesrat, von den Versicherern und von einzelnen Kantonen zugewiesen.

Die internationale Koordination der Krankenversicherung stellt die grösste Aufgabe der Gemeinsamen Einrichtung KVG dar. Bei der Umsetzung des Personenfreizügigkeitsabkommens bzw. des revidierten EFTA-Abkommens nimmt sie sowohl Aufgaben als Verbindungsstelle als auch Aufgaben als aushelfender Träger im Bereich Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall wahr.

Das Ziel der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe besteht darin, die grenzüberschreitende Personenfreizügigkeit im EU-/EFTA-Raum zu erleichtern. Die rechtlichen Grundlagen dazu bilden die Verordnungen EG Nr. 883/2004 (Grundverordnung) und EG Nr. 987/2009 (Durchführungsverordnung).

Bei der Leistungsaushilfe erhalten Personen, die in einem EU-/EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind, Leistungen für Behandlungen in der Schweiz gemäss den Bestimmungen des KVG. Voraussetzung ist, dass eine Anspruchsbescheinigung ihrer Krankenversicherung vorliegt (z.B. eine Europäische Krankenversicherungskarte). Die Leistungserbringer sind verpflichtet, einer aushilfeberechtigten Person aus der EU bzw. EFTA die gleichen gesetzlichen Leistungen zu den gleichen Bedingungen wie einer in der Schweiz versicherten Person zu gewähren. Der Leistungsanspruch, die anwendbaren Tarife und die Kostenbeteiligung richten sich im Behandlungsfall deshalb nach schweizerischem Krankenversicherungsrecht.

Der Anspruch auf Leistungen von Personen, welche sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten, geht etwas weniger weit als bei Personen, die in der Schweiz wohnen. Die Gemeinsame Einrichtung KVG fordert die von ihr bezahlten Behandlungskosten von den ausländischen Krankenversicherungen zurück.

2 Grundsätze und Definitionen Koordinationsrecht

Seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens (FZA) am 1. Juni 2002 galten die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 auch für die Schweiz.

2.1 Beziehung Schweiz – EU

Seit 1. Mai 2010 gelten im Verhältnis der EU-Staaten untereinander die Grundverordnung (EG) Nr. **883/2004** und die Durchführungsverordnung (EG) Nr. **987/2009**. Zu diesem Zeitpunkt waren in Bezug auf die Schweiz noch die bisherigen Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 anzuwenden. Die Anwendung der neuen Verordnungen durch die Schweiz bedingte eine Anpassung des Anhangs II zum Freizügigkeitsabkommen. Der revidierte Anhang trat nach Genehmigung des Gemischten Ausschusses zum **1. April 2012** in Kraft. Seit diesem Tag gilt also das revidierte Koordinationsrecht auch für die Schweiz

2.2 Beziehung Schweiz – EFTA (Island, Liechtenstein, Norwegen)

Mit der Aktualisierung des EFTA-Übereinkommen (Anlage 2 zu Anhang K) zum 1. Januar 2016 gelten im Verhältnis zwischen der Schweiz und den EFTA-Staaten Island, Liechtenstein und Norwegen ebenfalls die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009. Damit sind dieselben koordinationsrechtlichen Bestimmungen anwendbar wie im Verhältnis zu den EU-Staaten.


Die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (Grundverordnung) regelt die Ansprüche der Versicherten, deren Rechte und Pflichten. Sie enthält die massgeblichen Regeln für die Koordination wie z.B. die Anwendung der Rechtsvorschriften. Die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 (Durchführungsverordnung) regelt die administrative Umsetzung der Grundverordnung, also die Art und Weise, und ist damit hauptsächlich an die Institutionen bzw. Träger gerichtet.

2.3 Diskriminierungsverbot

Nach Art. 18 AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union) ist [...] jede Diskriminierung aus Gründen der Staatsangehörigkeit verboten. Dasselbe Gleichbehandlungsprinzip ist auch in Art. 2 FZA zu finden: „Die Staatsangehörigen einer Vertragspartei, die sich rechtmässig im Hoheitsgebiet einer anderen Vertragspartei aufhalten, werden bei der Anwendung dieses Abkommens (...) nicht auf Grund ihrer Staatsangehörigkeit diskriminiert. Damit ist klar, dass Staatsangehörige eines Staats, für den das Koordinationsrecht gilt, **dieselben Rechte und Pflichten** haben wie Staatsangehörige der Schweiz.

2.4 Wo das Koordinationsrecht gilt (räumlicher Geltungsbereich)

Wie bereits erwähnt, gelten seit 1. April 2012 die Verordnungen (VO) (EG) Nr. 883/2004 und 987/2009 auch für die Schweiz. Der in den Verordnungen verwendete Begriff **Mitgliedstaat** ist somit auch auf die Schweiz anzuwenden (*Art. 1 lit. 2 des Anhangs II zum FZA*).

 Die folgende Übersicht zeigt Ihnen, für welche Staaten das Koordinationsrecht aus Schweizer Sicht gilt:

* Das **Vereinigtes Königreich** hat sich im Referendum vom 22. Juni 2016 für den Austritt aus der EU entschieden. In der Anwendung des Koordinationsrechts ergeben sich durch das Ergebnis des Referendums vorläufig keine Änderungen. Für die Loslösung des Vereinigten Königreichs von der EU gilt eine Frist von zwei Jahren ab offizieller Erklärung des Austritts (Ende 29. März 2019 um Mitternacht). Diese Frist kann für neue vertragliche Regelungen genutzt werden.



1. Juni 2002 Inkrafttreten des FZA:

Belgien (BE), Dänemark (DK), Deutschland (DE), Finnland (FI), Frankreich (FR), Griechenland (EL), Irland (IE), Italien (IT), Luxemburg (LU), Niederlande (NL), Österreich (AT), Portugal (PT), Schweden (SE), Spanien (ES), Vereinigtes Königreich (UK)*
EFTA-Staaten: Island (IS), Liechtenstein (LI), Norwegen (NO)

1. April 2006
EU-Beitritt am 1. Mai 2004, Ausdehnung des FZA auf:

Estland (EE), Lettland (LV), Litauen (LT), Malta (MT), Polen (PL), Slowakei (SK), Slowenien (SI), Tschechien (CZ), Ungarn (HU), Zypern (CY)

1. Juni 2009
EU-Beitritt am 1. Januar 2007, Ausdehnung des FZA auf:

Bulgarien (BG), Rumänien (RO)

1. Januar 2017
EU-Beitritt am 1. Juli 2013, Ausdehnung des FZA auf:

Kroatien (HR)

2002

2006

2009

2017

2.4.1 Inselgruppen, Kolonien und europäische Kleinststaaten

Anwendbar ist das Koordinationsrecht auch auf die Versicherten der folgenden Inselgruppen und Kolonien:

- Finnland: Aland-Inseln
- Frankreich: Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Französisch-Guyana
- Griechenland: Berg Athos
- Portugal: Azoren und Madeira
- Spanien: Balearen, kanarische Inseln, Ceuta, Melilla
- Vereinigtes Königreich: Gibraltar

Nicht anwendbar ist das Koordinationsrecht auf die Versicherten der folgenden Staatsgebiete:

- Andorra
- Monaco
- San Marino
- Vatikan
- Färöer, Grönland
- Niederländische Antillen
- Neukaledonien, Französisch-Polynesien, Wallis und Futuna, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Aruba
- Kanalinseln und Isle of Man, Cayman-Inseln, Falklandinseln, Sankt Helena, britische Jungferninseln, Bermudainseln, Akrotiri und Dhekelia (Zypern)



2.5 Für wen das Koordinationsrecht gilt (persönlicher Geltungsbereich)

Im Sinne einer Erweiterung der Rechte wurde der **persönliche Geltungsbereich** des Koordinationsrechts auf alle Angehörigen eines EU-/EFTA-Staats und der Schweiz ausgedehnt, die in einem dieser Länder versichert sind oder waren. Der persönliche Geltungsbereich umfasst auch Familienangehörige, unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit, sofern sie abgeleitete Rechte, beispielsweise im Rahmen einer Erwerbstätigkeit des Versicherten, geltend machen können. Auch Flüchtlinge und Staatenlose sind einbezogen, wenn sie sich in einem EU-/EFTA-Staat rechtmässig aufhalten.

Fällt die Person nicht in den persönlichen Geltungsbereich, ist sie als Nicht-EU/EFTA-Angehörige vom Anwendungsbereich des Koordinationsrechts grundsätzlich ausgeschlossen. Das FZA sieht keine Ausdehnung des Koordinationsrechts auf Nicht-EU/EFTA-Angehörige vor. Aus Sicht der Schweiz gilt das neue Koordinationsrecht somit nur für Staatsangehörige der EU/EFTA und der Schweiz. Die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010, welche innerhalb der EU/EFTA Staaten die Ausdehnung auch auf andere Staatsangehörige regelt, findet keine Anwendung auf die Schweiz.

3 Anzuwendende Sozialversicherungsvorschriften

Bei der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme spielen die anzuwendenden Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit eine zentrale Rolle. Ist eine Person ausserhalb ihres Wohnstaats erwerbstätig, übt eine Person mehrere Erwerbstätigkeiten in verschiedenen Staaten aus etc., muss geklärt werden, welche Sozialversicherungsvorschriften für diese Person gelten bzw. in welchem Staat sie Beiträge zur Sozialversicherung zu bezahlen hat. Die Klärung ist immer dann erforderlich, wenn theoretisch zwei oder mehr Sozialversicherungsvorschriften zur Anwendung kommen könnten. Hierbei werden verschiedene Aspekte berücksichtigt wie z.B. Erwerbort, Wohnort, Art und Anzahl der Tätigkeiten etc. und erfordert in manchen Fällen eine vertiefte Analyse des Sachverhalts.

3.1 Wohnort/Wohnsitz

Der Wohnort/Wohnsitz kann entscheidenden Einfluss haben auf die Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften für eine Person. Bei der Beurteilung von Sachverhalten in der Praxis lässt der Begriff des Wohnorts/Wohnsitzes oftmals Unklarheiten aufkommen.

Im Koordinationsrecht wird der Begriff **Wohnort** verwendet, was dem schweizerischen **Wohnsitz** entspricht. Das Koordinationsrecht geht bei der Definition des Wohnorts einer Person vom **Ort des gewöhnlichen Aufenthalts** aus (*Art. 1 lit. j) VO 883/2004*). Das schweizerische Zivilgesetzbuch spricht in *Art. 23 ZGB* von dem Ort, wo sich die Person mit der **Absicht des dauernden Verbleibens** aufhält. Zudem ist nach ZGB nur ein einziger zivilrechtlicher Wohnsitz möglich.

Wo sich die Person gewöhnlich aufhält, hängt vom **Mittelpunkt ihrer Interessen** ab.

Eine Person hat ihren Wohnsitz immer dort, wo sich der Mittelpunkt ihrer Interessen befindet. Um diesen **Lebensmittelpunkt** bestimmen zu können, müssen subjektive und objektive Kriterien berücksichtigt werden. Als Lebensmittelpunkt gilt im Allgemeinen der Ort, an dem die Familie ihren Wohnsitz hat. Hat die Person keine Familie oder liegt eine besondere Familiensituation vor, sind nähere Angaben der Versicherten Person zu ihrem Lebensmittelpunkt erforderlich.


- Zweck, Dauer und Kontinuität des Aufenthalts
- Art und Merkmale einer eventuell ausgeübten Tätigkeit
- Familiäre Verhältnisse und Bindungen
- Einkommensquellen im Falle von Studierenden
- Wohnsituation (z.B. zur Miete, Eigenheim, WG etc.)
- Steuerlicher Wohnsitz der Person

Diese Merkmale sind darüber hinaus massgebend bei **Meinungsverschiedenheiten zwischen Trägern** von zwei oder mehr Mitgliedstaaten. Diese ermitteln dann in beiderseitigem Einvernehmen den Mittelpunkt der Interessen der Person und beurteilen so die versicherungsrechtliche Situation (*Art. 11 VO 987/2009*).

3.2 Unterstellung in einem einzigen Staat

Die verschiedenen Rechtssysteme in den EU-/EFTA-Staaten werden koordiniert, indem für jede betroffene Person bestimmt wird, welchem nationalen Recht sie unterstellt ist. Die Bestimmung des zuständigen Staats ist eine zentrale Angelegenheit des Koordinationsrechts.


Eine Person unterliegt stets der Versicherungspflicht eines einzigen Staats (*Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004*). Eine Versicherungspflicht in zwei oder mehr Staaten ist nicht vorgesehen. Bei Arbeitnehmern und Selbständigen gelten in der Regel die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben. Aber nicht nur der Ort der Erwerbstätigkeit ist bei der Beurteilung der Versicherungspflicht entscheidend, auch der Wohnort spielt eine zentrale Rolle. Die Unterstellung in einem Staat hat zur Folge, dass die Beiträge zu allen Sozialversicherungszweigen nach den Rechtsvorschriften dieses Staats zu entrichten sind. Man spricht hier vom **zuständigen Staat**. Wer sich mit der internationalen Koordination der Sozialversicherung auseinandersetzt muss zuerst wissen, welchem nationalen Recht die betroffene Person unterstellt ist bzw. welcher Staat für sie zuständig ist.

 Für die Prüfung, welche Rechtsvorschriften anzuwenden sind, ist die Ausgleichskasse zuständig (siehe im Internet unter: www.ahv-iv.info/Dienstleistungen/Ausgleichskassen/IV-Stellen-Ihre-Kontakte).

Für die Kontrolle der Versicherungspflicht ist die kantonale Behörde zuständig.

3.3 Erwerbstätigkeit und Erwerbortprinzip

Das Koordinationsrecht beruht auf dem Grundsatz des Erwerbortprinzips. Staatsangehörige eines EU-/EFTA-Staats unterliegen den Rechtsvorschriften desjenigen Staats, in dessen Gebiet sie ihre Erwerbstätigkeit ausüben und zwar auch dann, wenn sie in einem anderen Staat wohnen (*Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004*). Dabei gilt als Erwerbstätigkeit jede selbständige oder unselbständige Erwerbstätigkeit.

 In der Schweiz gilt grundsätzlich als erwerbstätig, wer im Sinne des AHVG (Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) bzw. der AHVV (Verordnung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung) als Erwerbstätiger gilt. Die Ausgleichskassen spielen bei der Beurteilung, ob es sich um eine Erwerbstätigkeit handelt, die entscheidende Rolle.

4 Versicherungspflicht – Grundsätzliches

4.1 Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen

Versicherungspflichtig in der Schweiz sind bzw. bleiben die folgenden Personen, wenn sie ihren Wohnsitz in einem EU-Staat, in Island oder in Norwegen haben oder dorthin verlegen (Art. 1 Abs. 2 lit. d. KVV, Anhang XI zur VO 883/2004, Nr. 3):

- Grenzgänger in die Schweiz (vorbehaltlich des Optionsrechts), hierzu gehören auch Bezieher von kurzfristigen Geldleistungen
- Rentner
- Bezieher von Leistungen der Arbeitslosenversicherung
- Familienangehörige der genannten Personen
- Nicht erwerbstätige Familienangehörige eines in der Schweiz wohnenden Erwerbstätigen.

4.2 Wohnsitz in der Schweiz

4.2.1 Versicherungspflicht in der Schweiz

Jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz muss sich innerhalb von drei Monaten nach Wohnsitznahme bzw. Geburt in der Schweiz krankenversichern (Art. 3 Abs. 1 KVG). Bei rechtzeitigem Beitritt beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt der Wohnsitznahme bzw. Geburt. Bei verspätetem Beitritt beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt des Beitritts (Art. 5 Abs. 1 und 2 KVV).

Die Frist von drei Monaten für den Beginn der Versicherungspflicht ist auch anwendbar, wenn eine Person schon längere Zeit in der Schweiz lebt und bisher in einem EU-/EFTA-Staat versichert war und nun wegen einer der folgenden Gründe in der Schweiz versicherungspflichtig wird:

- Bezug einer schweizerischen Rente der AHV, IV, BV, UV, MV
- Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz (bei Mehrfachbeschäftigten nur dann, wenn sie einen wesentlichen Teil ihrer Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben)
- Kinder bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit des Elternteils in der Schweiz.

4.2.2 Versicherungspflicht in der EU/EFTA

Nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehen (Auszug aus KVV Art.2)

- Personen, die wegen Ausübens einer Erwerbstätigkeit in einem EU-/EFTA-Staat in diesem Staat versicherungspflichtig sind,
- Personen, die eine Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung beziehen und dem Recht eines anderen Staats unterstellt sind,
- Personen, die eine Rente aus einem EU-/EFTA-Staat erhalten, sofern sie keine schweizerische Rente beziehen,
- Familienangehörige dieser Personen, wenn sie beim Erwerbstätigen oder Rentner mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe in der Schweiz haben.

5 Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat

Der Anspruch auf Leistungen in einem anderen Staat entsteht, wenn ein Versicherter sich in einem anderen Staat vorübergehend aufhält oder seinen Wohnsitz in einem anderen Staat hat und eine medizinische Behandlung benötigt und seinen Anspruch auf die medizinische Behandlung mittels einer Antragsbescheinigung nachweist. Die so genannte Leistungsaushilfe kommt also erst dann zum Tragen, wenn der Versicherte sich entsprechend ausweisen kann.

5.1 Tarifschutz

Nach Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Dies gilt für Behandlungen von schweizerischen Versicherten und analog auch für Versicherte aus den EU-/EFTA-Staaten, die einen Anspruch auf Leistungsaushilfe in der Schweiz haben.

Ähnliche Regelungen gibt es auch in den EU-/EFTA-Staaten. Die in der Schweiz nach KVG versicherten Personen, die ihren Anspruch auf Leistungen mittels einer Antragsbescheinigung nachweisen, geniessen ebenfalls den Tarifschutz nach den im jeweiligen Staat geltenden Rechtsvorschriften.

Diese Regelung schützt die als zuständigen Träger als auch den Versicherten vor überhöhten Kosten für beanspruchte medizinische Behandlungen.

5.2 Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt

Bei der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme spricht man von einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Staat, wenn die Person sich an einem anderen Ort als ihrem gewöhnlichen Wohnort aufhält, ohne dabei den Mittelpunkt ihrer Interessen zu verlegen. Die Person beabsichtigt, sich nur für eine begrenzte Dauer in einem anderen Staat aufzuhalten, um anschliessend wieder in ihren Heimatstaat zurückzukehren. Die (ungefähre) Aufenthaltsdauer ist also im Voraus bereits bekannt. Der vorübergehende Aufenthalt zeichnet sich nicht durch einen festgelegten Zeitraum aus. Es muss nicht zwingend ein genaues Datum der Rückreise bekannt sein, sondern es genügt, wenn die Person einen ungefähren Zeitraum nennt (z.B. „ich beabsichtige, mich für eineinhalb Jahre als Au-pair in der Schweiz aufzuhalten“).

Eine zeitliche Höchstgrenze für einen vorübergehenden Aufenthalt gibt es nicht.

Die nachfolgenden Beispiele zeigen, zu welchem Zweck sich eine Person vorübergehend in einem anderen Staat aufhalten kann. Die Liste ist nicht abschliessend:

- Ferien
- Studium
- Entsendung
- Geschäftsreise
- Besuch von Familienangehörigen, Freunden etc.
- Reisen zum Zwecke der Leistungsanspruchnahme (Zustimmungsfälle)
- etc.

Es gibt also drei Voraussetzungen für die Erstattung von Kosten bei vorübergehendem Aufenthalt in einem EU-/EFTA-Staat:



- medizinische Notwendigkeit in Anbetracht
- der Aufenthaltsdauer und
- der Art der Leistungen.

Zwar müssen alle drei Voraussetzungen für die Kostenübernahme erfüllt sein, ein besonders wichtiges Kriterium ist allerdings die medizinische Notwendigkeit, wobei das ärztliche Ermessen hierbei eine entscheidende Rolle erhält.

Der Versicherte hat Anspruch auf alle Leistungen, die notwendig sind, damit er seinen Aufenthalt fortsetzen kann und nicht eigens nach Hause zurückkehren muss, um sich dort behandeln zu lassen (*Art. 25 Abs. 3 VO 987/2009*).

Allgemeines:



Übernommen werden Kosten für Behandlungen, welche nicht bis zum beabsichtigten Zeitpunkt der Rückkehr in den Wohnstaat aufgeschoben werden können. Die medizinische Behandlung soll die bevorstehende Rückkehr in den Wohnstaat ermöglichen, damit dort die eigentliche oder fortsetzende Behandlung erfolgen kann (sofern notwendig).

5.2.1 Erstkonsultation beim Allgemeinarzt

Wenn die anderen beiden Kriterien (Aufenthaltsdauer und Art der Leistung) erfüllt sind, sollten die Kosten der Erstkonsultation grundsätzlich ohne weitere Prüfung erstattet werden, da ein erster Arztbesuch in jedem Fall notwendig ist um festzustellen, was dem Patienten fehlt.

5.2.2 Folgekonsultationen

Auch die Kosten für Folgekonsultationen müssen übernommen werden, sofern sie in Zusammenhang mit der geplanten Aufenthaltsdauer stehen.

5.2.3 Umfang des Leistungsanspruchs

Ein Versicherter und seine Familienangehörigen, die sich in einem anderen EU-/EFTA-Staat aufhalten, haben Anspruch auf Sachleistungen nach den für den Träger des Aufenthalts geltenden Rechtsvorschriften und zwar so, als ob die Person dort versichert wäre (*Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004*).

5.2.4 Geltendmachung des Anspruchs

Um seinen Anspruch auf Leistungen bei Aufenthalt in einem anderen Staat geltend zu machen, legt der Versicherte dem Leistungserbringer ein von seinem zuständigen Krankenversicherer ausgestelltes Dokument vor. Das kann die Europäische Krankenversicherungskarte, die provisorische Ersatzbescheinigung oder das Formular E 112/die Bescheinigung S2 sein. Verfügt der Versicherte nicht über ein solches Dokument, so kann das Dokument beim zuständigen Träger angefordert werden.

5.2.5 Besonderheiten für Spitäler, die sich in Grenznähe befinden

Für Spitäler, die sich in der Nähe der Grenze zum Ausland befinden, gelten grundsätzlich dieselben Voraussetzungen für eine Kostenübernahme im Rahmen der Leistungsaushilfe wie für die anderen Spitäler: Es ist zu prüfen, ob die Leistung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz notwendig wird, ob die Person in der Schweiz wohnhaft ist oder ob sie sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begibt.

Zur Sicherstellung der Kostenübernahme durch die Gemeinsame Einrichtung KVG kann es im Einzelfall von Bedeutung sein, genauere Abklärungen zu machen. Für Personen, die ihren Wohnsitz nicht in der Schweiz haben, dient in Zweifelsfällen das Dokument Erklärung des/r Patienten/in zur Dauer und Zweck des Aufenthaltes in der Schweiz als Hilfestellung.

5.2.6 Anspruch bei Schwangerschaft / Entbindung

Sofern sich eine Frau nicht offenkundig zum Zwecke der Behandlung bzw. Entbindung in einen anderen Staat begibt, fallen auch Sachleistungen, die im Zusammenhang mit einer **Schwangerschaft** oder **Entbindung** notwendig sind, unter die Bestimmungen des Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004. Die Kosten sind als Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt über die Europäische Krankenversicherungskarte abzurechnen.

Beispiel

Eine in Italien lebende und erwerbstätige Versicherte ist schwanger und hält sich seit Januar bei ihrem Partner in der Schweiz auf. Ihr gemeinsames Kind wird voraussichtlich am 16. Juli geboren. Die Geburt fällt somit in die Zeit ihres Aufenthalts in der Schweiz. Im Oktober wird sie in die Schweiz zurückkehren und nach Ende ihres Mutterschaftsurlaubes ihre Tätigkeit wieder aufnehmen. Sie fragt im Voraus bei Ihnen an, ob die Kosten über die EHC gedeckt sind.

Lösung

Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung bedürfen keiner Genehmigung, es sei denn, der Zweck des Aufenthalts ist die Inanspruchnahme der Behandlung. In diesem Beispiel ist der Zweck des Aufenthalts nicht die Entbindung sondern der Besuch bei ihrem Partner. Die Kosten der Entbindung sind somit über die Europäische Krankenversicherungskarte gedeckt.

Frau Elsass lebt in Frankreich im grenznahen Ort Sante-Louise. Das Universitätsspital Basel ist am nächsten gelegen und sie will dort gebären. Sind die Kosten gedeckt?

Lösung

Frau Elsass begibt sich zum Zweck einer medizinischen Behandlung in die Schweiz. Eine Kostenübernahme mit der EHC ist nicht möglich. Ggf. stellt ihr Frankreich ein S2 für die Schweiz aus.

5.2.7 Chronische oder bestehende Krankheit

Ebenfalls unter die Bestimmungen des *Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004* fallen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer **chronischen** oder bereits **bestehenden Krankheit** notwendig werden.

Es ist also nicht erforderlich, dass die medizinische Behandlung im Aufenthaltsstaat durch eine plötzliche Erkrankung notwendig wird. Es genügt, dass die Entwicklung des Gesundheitszustands des Versicherten während seines vorübergehenden Aufenthalts mit einer bestehenden bzw. chronischen Krankheit im Zusammenhang steht (Urteil des Europäischen Gerichtshofs).

Ist absehbar, dass der Versicherte während seines vorübergehenden Aufenthalts eine lebenswichtige medizinische Behandlung benötigt, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar ist und/oder in Einrichtungen, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind, ist eine vorherige Vereinbarung zwischen dem Versicherten und der die medizinische Leistung erbringenden Einrichtung erforderlich, um sicherzustellen, dass die Behandlung während seines Aufenthalts verfügbar ist.

Dies gilt insbesondere für (Liste ist nicht abschliessend):



- Nierendialyse
- Sauerstofftherapie
- spezielle Asthmatherapie
- Echokardiographie bei chronischen Autoimmunkrankheiten
- Chemotherapie
- Etc.

Beispiel

Ein Versicherter leidet an einer schweren Nierenerkrankung und benötigt mehrmals in der Woche eine Dialyse. Dennoch möchte er nicht auf seine Ferien verzichten. Er nimmt mit dem Spital vor Ort Kontakt auf. Da die Behandlung im Voraus feststeht hat er Zweifel, ob seine Krankenversicherung die Kosten für die Dialyse übernimmt.

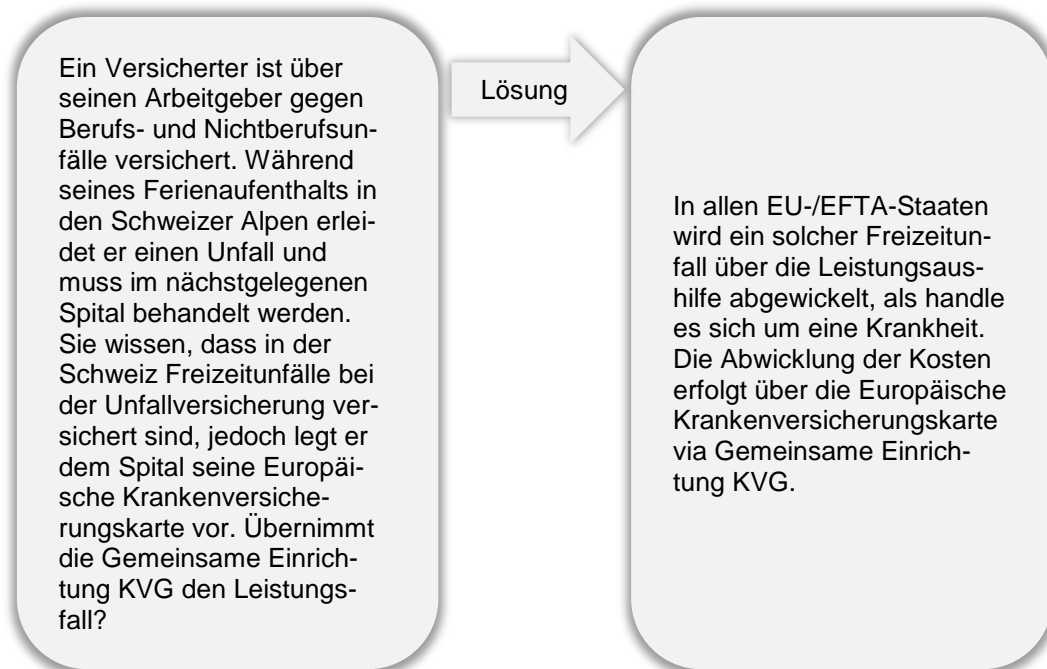
Lösung

(Lebensnotwendige) Behandlungen im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung fallen ebenfalls unter *Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004*. Die Behandlungskosten sind über die EHIC abgedeckt, obwohl die Behandlungen im Voraus feststehen. Hinweis: der Zweck des Aufenthalts ist nicht die Behandlung sondern der Ferienwunsch.

5.3 Besonderheit: Nichtberufsunfälle

Nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung sind Arbeitnehmer in der Schweiz nicht nur gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten obligatorisch unfallversichert, sondern auch gegen Nichtberufsunfälle (sofern die wöchentliche Arbeitszeit acht Stunden übersteigt). In den EU- und EFTA-Staaten hingegen werden Nichtberufsunfälle oder Freizeitunfälle einer Krankheit gleichgestellt. Damit unterliegen Nichtberufsunfälle den Koordinationsbestimmungen bei Krankheit.

Beispiel



Bei der Leistungsaushilfe erhalten gesetzlich Versicherte aus den EU-/EFTA-Staaten Leistungen für Behandlungen in der Schweiz gemäss den Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung KVG, als ob sie in der Schweiz versichert wären.

5.3.1 Berufsunfälle

Leistungen bei **Unfällen am Arbeitsplatz (Berufsunfälle)** werden von der SUVA, Team Ausland, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern als aushelfender Träger übernommen.

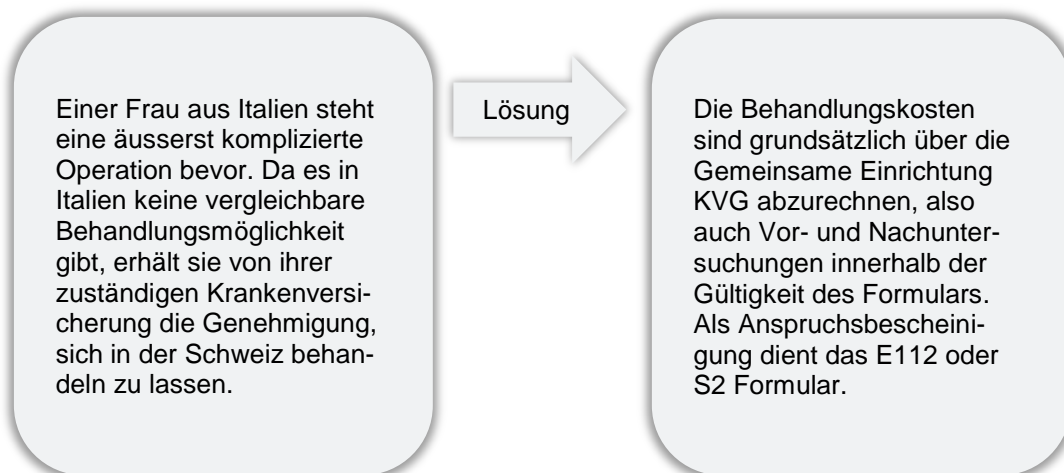
5.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen

Ein EU/EFTA Bürger (Versicherte) kann sich in der Schweiz direkt an den Leistungserbringer wenden, um die medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Nach Bezahlung der Rechnung kann der Versicherte auf verschiedene Art und Weise seinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten geltend machen. Entweder Einreichung der Rechnung direkt an die Gemeinsame Einrichtung KVG oder seiner Krankenversicherung im Heimatstaat, welche wiederum per E 126 um Tarifauskünfte bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG anfragen.

5.5 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat

Personen, die von ihrer zuständigen Krankenversicherung die Genehmigung erhalten haben, sich in die Schweiz zu begeben, um eine ihrem Gesundheitszustand angemessene Behandlung zu erhalten, haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen, die sich aus der Genehmigung ergeben. Ihren Leistungsanspruch weisen sie mit dem Formular E 112 bzw. mit dem Dokument S2 nach.

Beispiel:



5.6 Der Patient ist privat krankenversichert

Wenn der Patient privat krankenversichert ist, können die von der Privatversicherung gedeckten Kosten nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden. Die Leistungsaushilfe beschränkt sich ausschliesslich auf Patienten, die gesetzlich krankenversichert sind. Wenn der Patient zusätzlich zu seiner gesetzlichen Krankenversicherung eine private Zusatzversicherung abgeschlossen hat, übernimmt diese in der Regel Kosten, welche nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) gedeckt sind (z.B. Aufenthalt in der Halbprivat- oder Privatabteilung). Der Leistungserbringer muss in diesen Fällen die Kosten aufteilen.

6 Administrativer Ablauf

6.1 Zustellung der Anspruchsbescheinigungen

Im Gegensatz zu den Krankenversicherern hat die Gemeinsame Einrichtung KVG keinen fixen Versichertenstamm. Um Leistungen abrechnen zu können, müssen zuerst die Personendaten im Informatiksystem der Gemeinsamen Einrichtung KVG registriert werden.

- In der Schweiz wohnhafte Personen besitzen die schweizerische Krankenversicherungskarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG.
- Bei Personen mit vorübergehendem Aufenthalt benötigt die Gemeinsame Einrichtung KVG eine Anspruchsbescheinigung (Kopie der gültigen Europäischen Krankenversicherungskarte oder provisorische Ersatzbescheinigung oder Formular E 112 bzw. S2) sowie die aktuelle Adresse des Patienten im Ausland. Diese Unterlagen müssen via E-Mail, Fax oder Brief mindestens fünf Arbeitstage vor der elektronischen Rechnung an die Gemeinsame Einrichtung KVG übermittelt werden. Wichtig ist, dass die Dokumente gut lesbar sind.

Postanschrift:
Gemeinsame Einrichtung KVG
Internationale Koordination Krankenversicherung
Gibelinstrasse 25
4503 Solothurn

Faxnummer:
032 625 30 90

E-Mail:
info@kvg.org

6.1.1 Ambulante und stationäre Spitalbehandlungen

Sofern keine anderweitige spezielle Vereinbarung besteht, sind die Verträge der tarifsuisse ag in Anlehnung an Art. 19, Abs. 4 KVV für die obligatorische Krankenpflegeversicherung massgebend.

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

Laut Art. 44 KVG müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach diesem Gesetz keine weitergehenden Vergütungen berechnen (Tarifschutz).

6.1.2 Spitaltarife (stationär)

Gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG hat die Gemeinsame Einrichtung KVG die Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung eines Spitals (bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit) zu übernehmen. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind. Je nach Personengruppe werden die Kosten mit oder ohne Kantonsanteil übernommen. Im Gegensatz zu den Krankenversicherern kann die Gemeinsame Einrichtung KVG keine Verträge über die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung mit Spitälern abschliessen, welche nicht auf der Spitalliste stehen. Die Verträge von tarifsuisse ag (Art. 19, Abs. 4 KVV) für die obligatorische Krankenpflegeversicherung sind massgebend.

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt erhalten eine von der Gemeinsamen Einrichtung KVG ausgestellte Versichertenkarte. Bei stationärer Behandlung wird die Vergütung laut Art. 49a KVG anteilmässig von der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem Wohnkanton übernommen (Ausnahme Botschafter siehe Tabelle unten).

Personen mit vorübergehendem Aufenthalt

Europäische Krankenversicherungskarte (Touristen, Studenten, Entsandte, usw.)
Provisorische Ersatzbescheinigung
Formular E 112 bzw. S2 (geplante medizinische Behandlung in der Schweiz)

Bei stationärer Behandlung übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG zusätzlich den Kantonsanteil, sofern es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt, welche nicht bis zur geplanten Rückkehr in das Heimatland aufgeschoben werden kann.



Übersicht:

Personenkategorie	Anwendbarer Tarif		Kostenbeteiligung
	ambulant	stationär	
Personen mit vorübergehendem Aufenthalt	Tarif für Schweizer Versicherte am Behandlungsort	Tarif ausserkantonale (Art. 49 KVG, Art. 37 Abs. 2 KVV)	CHF 92 Erwachsene ab 18, CHF 33 Kinder (Art. 103 Abs. 6 KVV)
Personen mit Wohnsitz in der Schweiz	Tarif für Kantons-einwohner	Tarif für Kantons-einwohner	Franchise CHF 300 und 10% Selbstbehalt max. CHF 700.00 (Art. 103 Abs. 1-4 KVV) Kinder ohne Franchise nur 10% Selbstbehalt max. CHF 350.00
Personal diplomatischer Vertretungen und konsularischer Dienste	Tarif für Schweizer Versicherte am Behandlungsort	Tarif ausserkantonale (Art. 49 KVG, Art. 37 Abs. 2 KVV)	Franchise CHF 300 und 10% Selbstbehalt max. CHF 700.00 Kinder ohne Franchise nur 10% Selbstbehalt max. CHF 350.00
Büsinger	Tarif für Schweizer Versicherte im Kanton Schaffhausen	Tarif ausserkantonale (Art. 49 KVG, Art. 37 Abs. 2 KVV)	CHF 300 und 10% Selbstbehalt Kinder ohne Franchise nur 10% Selbstbehalt max. CHF 350.00
Campionesi	Tarif für Schweizer Versicherte im Kanton Tessin	Tarif ausserkantonale (Art. 49 KVG, Art. 37 Abs. 2 KVV) – Kanton Tessin	CHF 92 Erwachsene, CHF 33 Kinder

Alle: CHF 15 täglicher Spitalbeitrag ab 26 Jahre (Art. 104 KVV)

Keine Kostenbeteiligung bei Mutterschaft (Art. 104 Abs. 2c)

6.1.3 Administrativer Ablauf für Spital



✓ Checkliste Patientenaufnahme

Patient tritt in Spital zur ambulanten oder stationären Behandlung ein. Darunter fallen auch Wiedereintritte, Nachbehandlungen und Nachkontrollen.

- ✓ Gesetzlich versichert in einem EU/EFTA Staat. Die Länder sind unter Punkt 3 aufgeführt.
- ✓ Gültige Anspruchsbescheinigung (Gültigkeitsdatum beachten) für alle Behandlungstage respektive die gesamte Behandlungsdauer: EHIC, PEB, E 112, S2 oder die Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG.
- ✓ Tipp: Zur Verifizierung der Person resp. Inhaber der Karte ggf. Pass oder ID verlangen.
- ✓ Bei Spanien (EHIC/PEB) Kopie Vorder- und Rückseite Personalausweis: Carnet de identidad, Gültige und vollständige Adresse (vor allem bei Wohnhaften im Ausland).
- ✓ Bei Kindern der Vorname und Name der Eltern.
- ✓ Es handelt sich um ein abgedecktes Risiko (Krankheit, Mutterschaft, Nichtberufsunfall).
⇒ Berufsunfälle am Arbeitsplatz gehen zu Lasten der SUVA, Abteilung Ausland, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern
- ✓ Pflichtleistung im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach KVG.
- ✓ Behandlung im kausalen Zusammenhang mit der Anspruchsbescheinigung bei vorübergehenden Aufenthalten (EHIC, PEB): notwendige medizinische Behandlungen während der geplanten Aufenthaltsdauer.
- ✓ Wenn keine gültige Anspruchsbescheinigung vorhanden ist, Kontaktaufnahme vor Ort mit zuständigem Träger im Wohnstaat. Versicherung im Ausland stellt entsprechende Anspruchsbescheinigung aus und stellt diese dem Spital zu.
Kontakt:http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de

✓ Checkliste Patientenabrechnung

- ✓ Die Unterlagen per Post an: Gemeinsame Einrichtung KVG, Internationale Koordination Krankenversicherung, Gibelinstrasse 25, 4503 Solothurn senden. Per Fax auf die Nummer: 032 625 30 90 oder per Mail an: info@kvg.org.
- ✓ Hinweis: bei Patienten mit der Versicherungskarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind keine Unterlagen einzureichen.
- ✓ Unterlagen: Gültige Anspruchsbescheinigung (Wichtig: Kopien müssen gut lesbar sein), vollständige und korrekte Adresse, Angaben der Eltern bei Kindern.
- ✓ Die Unterlagen treffen 5 Tage vor der Rechnung bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein (Zusammenführung Prozesse infolge fehlendem Versichertenstamm, Vermeidung Rückfragen resp. Einforderung von Unterlagen).
- ✓ Rechnungsstellung nach Verträgen und Tarifen der tarifsuisse ag, Solothurn (Tarifschutz).
⇒ Stationär bei Wohnhaften: Allgemeine Abteilung (Anteil Versicherer), Fakturierung Kantonsanteil an Kanton.
⇒ Stationär bei vorübergehenden Aufenthalten: Allgemeine Abteilung (Versicherer- und Kantonsanteil an Gemeinsame Einrichtung KVG).
- ✓ Rechnung, elektronisch zustellen. EAN: 7601003005530
- ✓ Wenn keine Unterlagen vorhanden sind, dann erfolgt die Fakturierung an den Patienten oder an eine andere Versicherung (Reise- und Ferienversicherung, Private Versicherung).



6.2 Kostenbeteiligung

Personen, welche die Leistungsaushilfe in der Schweiz in Anspruch nehmen, müssen sich an den Behandlungskosten beteiligen. Die Kostenbeteiligung wird dem Patienten im Nachhinein in Rechnung gestellt oder vom Rückerstattungsbetrag abgezogen.

Für Personen, die sich lediglich vorübergehend in der Schweiz aufhalten, wird die Kostenbeteiligung in der Form einer Pauschale für Franchise und Selbstbehalt erhoben (Art. 103 Abs. 6 KVV). Diese beträgt gegenwärtig CHF 92 für Erwachsene und CHF 33 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr innerhalb eines Zeitraumes von 30 Tagen (maximal jedoch die Höhe des Rechnungsbetrages). Dieser 30-Tage-Zeitraum beginnt mit dem ersten Behandlungstag.

Für Personen, die in der Schweiz wohnen, wird die Franchise von gegenwärtigen CHF 300 je Kalenderjahr und der Selbstbehalt von 10% der die Franchise übersteigenden Kosten erhoben. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich gegenwärtig auf CHF 700 für Erwachsene und CHF 350 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben.

Bei stationären Spital- und Rehabilitationsaufenthalten wird für alle Erwachsenen ab 26 Jahren zusätzlich zur Kostenbeteiligung ein Spitalbeitrag in Höhe von CHF 15 pro Tag erhoben. Dabei handelt es sich um einen Eigenanteil für die Verpflegung.

Bei Mutterschaftsleistungen wird grundsätzlich keine Kostenbeteiligung erhoben.

7 Dokumente

Unter dem Begriff **Dokumente** sind alle Formulare und Nachweise zu verstehen, die für den Informationsaustausch und für die Anspruchsbescheinigung verwendet werden. Neben den bekannten **E-Formularen** gelten seit 1. April 2012 für die Schweiz die so genannten Bescheinigungen **PD** (portable documents) und **SED** (structured electronic documents). Sowie die Europäische Krankenversicherungskarte und die provisorische Ersatzbescheinigung.

7.1 E-Formulare

Einige E-Formulare können durch Bescheinigungen ersetzt werden (z.B. E 112 durch S2, E 106, E 109, E 120 und E 121 durch S1). E-Formulare, die nicht durch eine Bescheinigung „S“ ersetzt werden, haben weiterhin Bedeutung (z.B. E 104, E 108, E 125 etc.). Siehe Beispiel E 112 Punkt 7.6.

7.2 Bescheinigungen (portable documents)

Bei den so genannten Bescheinigungen (mobile bzw. tragbare Dokumente, PD) handelt es sich um Dokumente, welche ausschliesslich für die Versicherten bestimmt sind, damit sie sozusagen „etwas in der Hand haben“ (siehe Beispiel S2 Punkt 7.6).

7.3 Strukturierte elektronische Dokumente

Bei den strukturierten elektronischen Dokumenten (SED) handelt es sich um Dokumente, die für den elektronischen Datenaustausch über das System EESSI (**E**lectronic **E**xchange of **S**ocial **S**ecurity **I**nformation) vorgesehen sind. Für den Bereich Krankenversicherung existieren die SED der Reihe S (S=sickness). Ein SED kann entweder die Funktion einer Anspruchsbescheinigung haben, so wie es z.B. bei den Formularen E 106 etc. der Fall ist oder es kann für den Informationsaustausch mit einer anderen Institution dienlich sein.

7.4 Europäische Krankenversicherungskarte


Englisch: European Health Insurance Card - EHIC

7.4.1 Zweck der EHIC

Die EHIC wird allen in Europa versicherungspflichtigen Personen ausgestellt. Sie ist auf der Rückseite der nationalen Krankenversicherungskarte aufgedruckt und verleiht bei vorübergehendem Aufenthalt in einem anderen Staat einen Anspruch auf medizinisch notwendige Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer.

7.4.2 Verwendung der EHIC

Die EHIC ist direkt dem Leistungserbringer vorzuweisen, bei welchem die medizinische Behandlung in Anspruch genommen wird. Bei Anträgen auf Rückerstattung muss sie ggf. zusätzlich noch dem aushelfenden Träger vorgewiesen werden.

 **Achtung:** Die EHIC ist ein Sichtausweis. Sie darf dem Leistungserbringer gezeigt und darf ihm auch ausgehändigt werden (z.B. zu Kopierzwecken), muss aber vom Versicherten anschliessend wieder zurückverlangt werden. Zur Verifizierung der Person resp. Inhaber der Karte ggf. Pass oder ID verlangen.

7.4.3 Welche Leistungen die EHIC deckt

Über die EHIC sind Sachleistungen gedeckt, die sich während des Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen. Dabei sind die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen. Der Versicherte darf die medizi-

nisch notwendigen Leistungen beanspruchen, die er benötigt, damit er nicht vorzeitig in seinen Wohnstaat zurückkehren muss, um dort die erforderlichen Behandlungen zu erhalten. Ausserdem sind über die EHIC Kosten für Behandlungen gedeckt, welche nicht bis zum beabsichtigten Zeitpunkt der Rückkehr in den Wohnstaat aufgeschoben werden können. Dieser Anspruch umfasst weit mehr als nur den Notfall.

7.4.4 Die EHIC als Kostengutsprache

Sie ist ein Sichtausweis und gültig, wenn das aufgedruckte Datum (unten rechts) noch nicht abgelaufen ist. Sie verpflichtet den ausstellenden Krankenversicherer zur Kostenübernahme grundsätzlich auch dann, wenn die Person nicht mehr bei ihm versichert ist. Folgen eines Missbrauchs gehen zu Lasten des ausstellenden Krankenversicherers – dieser kann jedoch die Hilfe des neu zuständigen Krankenversicherers im anderen Staat zur Rückforderung allfällig in Anspruch genommener Leistungen beanspruchen (sofern dieser bekannt ist).



Sternenkranz muss vorhanden sein

Zuständiger Träger / Krankenversicherung
Ablaufdatum der Karte



Erkennungsmerkmale EHIC:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=de>

Die Karte ist leicht zu erkennen. Die Vorderseite sieht in allen Ländern gleich aus und enthält die gleichen Informationen, allerdings in der jeweiligen Landessprache. Die Rückseite der Karte unterscheidet sich von Land zu Land.



EHIC in der Landessprache:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=563&langId=de#nationalinfo>

Weitere Beispiele (Muster):



Frankreich



Italien

Ungültige Karte am Beispiel von Rumänien:



Ausgabe Januar 2018

22



7.4.5 Besonderheit bei Patienten mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte aus Spanien

Die spanischen Krankenversicherungsträger weisen die Kostenforderungen der Gemeinsamen Einrichtung KVG zurück, wenn sie medizinische Behandlungen von Drittstaatsangehörigen betreffen. Drittstaatsangehörige sind Personen, welche nicht die Staatsbürgerschaft der Schweiz oder eines EU-/EFTA-Staates besitzen. Die Schweiz wendet im Gegensatz zu den EU-/EFTA-Staaten die sozialversicherungsrechtlichen Koordinierungsbestimmungen nicht auf Drittstaatsangehörige an. Die betreffenden Personen erhalten von Spanien zusammen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte eine „nota informativa“, worin sie darauf hingewiesen werden, dass die Karte nicht zum Bezug von Leistungsaushilfeleistungen in der Schweiz berechtigt.

Um weitere Zahlungsausfälle zu verhindern, muss bei Patientinnen und Patienten mit einer von Spanien ausgestellten Europäischen Krankenversicherungskarte bzw. provisorischen Ersatzbescheinigung deren Staatsbürgerschaft abgeklärt werden. Die Gemeinsame Einrichtung KVG benötigt eine Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite) dieser Personen, weil sie für Drittstaatsangehörige keine Kostengutsprachen abgeben und keine Rechnungen mehr bezahlen darf. Allerdings haben Familienangehörige von EU-/EFTA-/CH- Staatsangehörigen unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit Anspruch auf Leistungsaushilfe. Auf der Rückseite des Personalausweises ist angegeben, wenn es sich um einen solchen Familienangehörigen handelt („Familiar ciudadano de la Union“). Die Behandlung eines Drittstaatsangehörigen ohne Anspruch auf Leistungsaushilfe ist dem Patienten zu verrechnen.



7.5 Provisorische Ersatzbescheinigung

Die Ersatzbescheinigung ist ein gleichwertiger Ersatz für die Europäische Krankenversicherungskarte und wird verwendet, wenn der Versicherte nicht im Besitz der Karte ist. Diese Bescheinigung verfügt sowohl über ein Beginn- als auch über ein Enddatum. Die provisorische Ersatzbescheinigung kann vom Leistungserbringer direkt beim zuständigen Träger angefordert werden oder via der Versicherten Person.



Verzeichnis zuständige Träger:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1028&langId=de>

**BESCHEINIGUNG ALS PROVISORISCHER ERSATZ FÜR DIE
EUROPÄISCHE KRANKENVERSICHERUNGSKARTE**

Gemäß Anhang 2 des Beschlusses Nr. 190 vom 18. Juni 2003
betreffend die technischen Merkmale der Europäischen Krankenversicherungskarte

Bezeichnung des Vortrucks Ausgabemitgliedstaat

1. E- _____ 2. CH

Angaben zum Karteninhaber

3. Name: _____ **Name Versicherte Person**
 4. Vornamen: _____
 5. Geburtsdatum: _____
 6. Persönliche Kennnummer: _____

Angaben zum zuständigen Träger

7. Kennnummer des Trägers: _____

Angaben zur Karte

8. Kennnummer der Karte: _____
 9. Ablaufdatum: _____

Gültigkeitsdauer der Bescheinigung Ausgabedatum der Bescheinigung

a) vom: _____ c) _____
 b) bis: _____

Stempel des Trägers und Unterschrift

d) **Name Träger / elektronisch visiert oder mit Stempel und Unterschrift**

Datum von/bis muss ausgefüllt sein

Hinweise und Informationen
 Alle Bestimmungen, die für die sichtbaren Daten auf der europäischen Karte gelten und sich auf die Datenfelder „Bezeichnung“, „Werte“, „Länge“ sowie „Hinweis“ beziehen, gelten auch für die Bescheinigung.

7.6 E 112 / S2 – Anspruch auf eine geplante Behandlung

7.6.1 Zweck des E 112 / S2

Das E 112 / S2 verleiht dem Versicherten den Anspruch, sich in einem anderen Staat zu begeben, um sich dort medizinisch behandeln zu lassen.

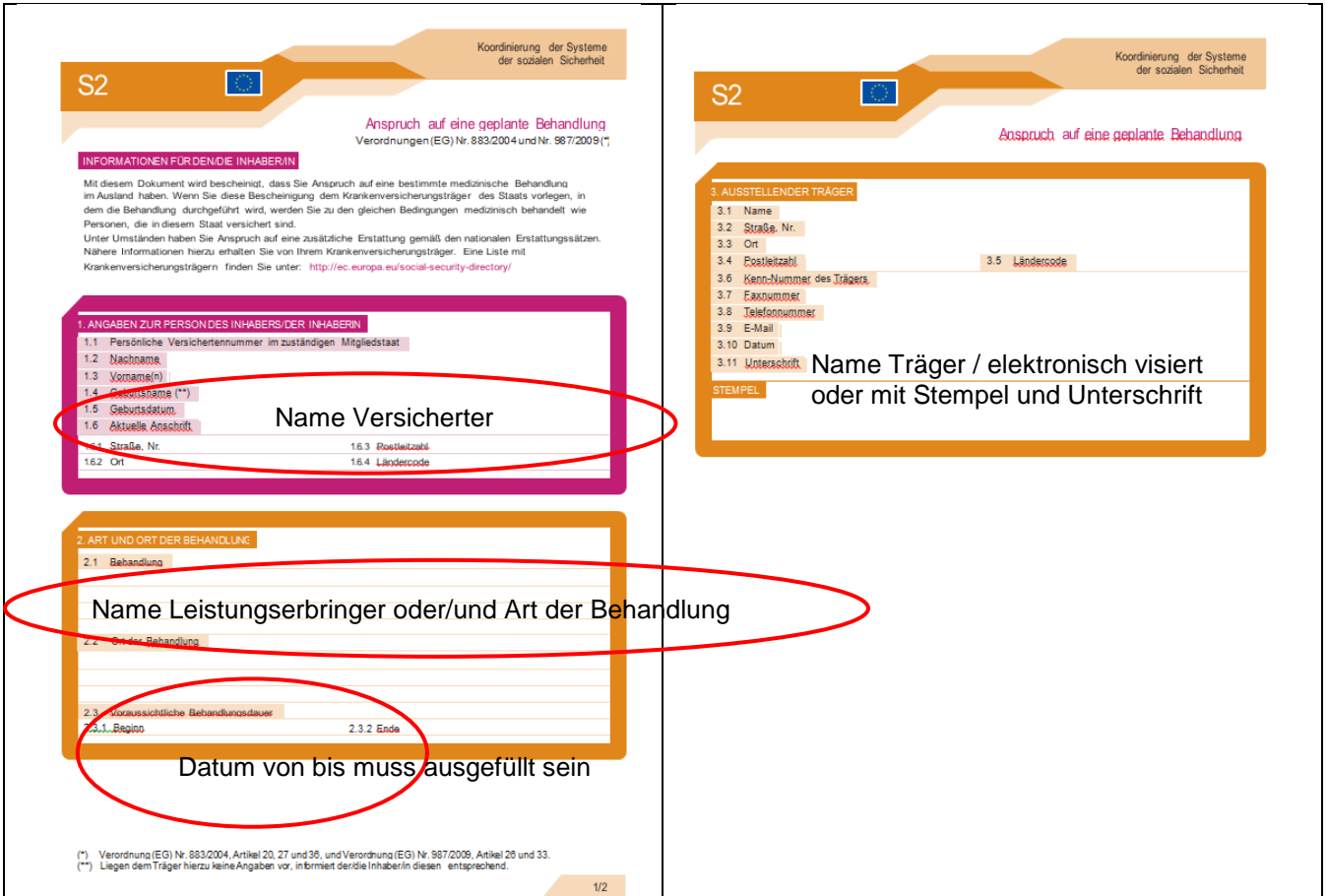
7.6.2 Verwendung des E 112 / S2


Das E 112 / S2 ist entweder dem aushelfenden Träger in dem Staat vorzulegen, in welchen sich der Versicherte zum Zweck der Behandlung begibt oder direkt beim Leistungserbringer.

7.6.3 Welche Leistungen das E 112 / S2 deckt

Die Leistungen richten sich nach den Rechtsvorschriften des Staats, in welchen sich der Versicherte begibt. Die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats (Gültigkeitsdauer der Bescheinigung).

Kontrollpunkte: Name Versicherter, Name Leistungserbringer oder Art der Behandlung, Gültigkeitsdauer sowie Name Träger und visiert S2



S2  **Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit**

Anspruch auf eine geplante Behandlung
Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 (**)

INFORMATIONEN FÜR DEN/ DIE INHABER/ IN

Mit diesem Dokument wird bescheinigt, dass Sie Anspruch auf eine bestimmte medizinische Behandlung im Ausland haben. Wenn Sie diese Bescheinigung dem Krankenversicherungsträger des Staats vorlegen, in dem die Behandlung durchgeführt wird, werden Sie zu den gleichen Bedingungen medizinisch behandelt wie Personen, die in diesem Staat versichert sind.
Unter Umständen haben Sie Anspruch auf eine zusätzliche Erstattung gemäß den nationalen Erstattungssätzen.
Nähere Informationen hierzu erhalten Sie von Ihrem Krankenversicherungsträger. Eine Liste mit Krankenversicherungsträgern finden Sie unter: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. ANGABEN ZUR PERSON DES INHABERS/ DER INHABERIN

1.1 Persönliche Versicherungsnummer im zuständigen Mitgliedstaat
1.2 Nachname
1.3 Vorname(n)
1.4 Geburtsort (**)
1.5 Geburtsdatum
1.6 Aktuelle Anschrift

Name Versicherter

1.7 Straße, Nr. 1.8 Postleitzahl
1.9 Ort 1.10 Ländercode

2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

2.1 Behandlung
2.2 Ort der Behandlung

Name Leistungserbringer oder/und Art der Behandlung

2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer
2.3.1. Beginn 2.3.2. Ende

Datum von bis muss ausgefüllt sein

3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name
3.2 Straße, Nr.
3.3 Ort
3.4 Postleitzahl 3.5 Ländercode
3.6 Kennnummer des Trägers
3.7 Faxnummer
3.8 Telefonnummer
3.9 E-Mail
3.10 Datum
3.11 Unterschrift

STEMPEL **Name Träger / elektronisch visiert oder mit Stempel und Unterschrift**

(*) Verordnung (EG) Nr. 883/2004, Artikel 20, 27 und 36, und Verordnung (EG) Nr. 987/2009, Artikel 26 und 33.
(**) Liegen dem Träger hierzu keine Angaben vor, informiert der/die Inhaber/in diesen entsprechend.

1/2



E 112 Bescheinigung über die Genehmigung Leistungen der Kranken – und Mutter-
 schaftsvsicherung (Zweck, Verwendung und Leistungen analog S2)

VERWALTUNGSKOMMISSION
 FÜR DIE SOZIALE SICHERHEIT
 DER WANDERARBEITNEHMER

E 112 CH ⁽¹⁾

Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der
 Kranken- und Mutterschaftsvsicherung

Verordnung (EWG) Nr. 1408/71: Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe b Ziffer i; Artikel 22 Absatz 1 Buchstabe c Ziffer i; Artikel 22 Absatz 3; Artikel 22
 Buchstabe a; Artikel 31
 Verordnung (EWG) Nr. 674/72: Artikel 22 Absätze 1 und 2; Artikel 23; Artikel 31 Absätze 1 und 3

Der zuständige Träger oder der Träger des Wohnorts des Versicherten, des Rentners oder des Familienangehörigen stellt dem Versicherten,
 dem Rentner oder dem Familienangehörigen diesen Vordruck aus. Begibt sich der Versicherte oder der Rentner ins Vereinigte Königreich, ist
 eine Ausfertigung des Vordrucks auch an das „Department for Work and Pensions“ (Ministerium für Arbeit und Renten), „Pension Service“
 (Rentenstelle), „International Pension Centre“ (Internationales Rentenzentrum), Tyneview Park, Newcastle upon Tyne, zu senden.

Der Vordruck ist in Druckschrift auszufüllen. Bitte nur auf der punktierten Linie schreiben. Der Vordruck umfasst 2 Seiten, von denen
 keine, auch unausgefüllt, weggelassen werden darf.

1. Versicherter Familienangehöriger eines Versicherten
 Selbständiger Familienangehöriger eines Selbständigen
 Rentner (Arbeitnehmersystem) Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
 Rentner (Selbständigensystem) Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)

1.1 Name(n) ⁽²⁾:

1.2 Vorname(n) ⁽²⁾: Geburtsdatum: **Name Versicherter**

1.3 Frühere Namen:

1.4 Anschrift im zuständigen Land:

1.5 Anschrift in dem Land, in das sich die Person begibt:

1.6 Persönliche Kenn-Nr. ⁽²⁾:

2. Die obenannte Person ist berechtigt, Sachleistungen
 bei Krankheit und Mutterschaft bei arbeitsberuflichem Unfall ⁽³⁾
 in (Stadt) weiterzubeziehen.

2.1 wohin sie umzieht.

2.2 wohin sie sich zur Behandlung ⁽⁴⁾ **Name Leistungserbringer oder/und Art
 der Behandlung**

oder bei jeder ärztlich gestellten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt

2.3 wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.

3. Aufgrund der Bescheinigung können die genannten Leistungen
 vom bis einschlie **Datum von bis muss ausgefüllt sein**

4. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes
 4.1 ist in verschlossenem Umschlag beigelegt.
 4.2 wurde am an ⁽⁵⁾ gesandt.
 4.3 kann bei uns angefordert werden.
 4.4 wurde nicht erstellt.

5. Zuständiger Träger
 5.1 Bezeichnung:
 5.2 Kenn-Nr. des Trägers:
 5.3 Anschrift:
 5.4 Stempel 5.5 Datum:
 5.6 Unterschrift:

1

Name Träger / elektronisch visiert
 oder mit Stempel und Unterschrift

7.7 Unterscheidung Leistungsanspruch EHIC, PEB vs. E 112, S2

Anspruchsbescheinigung	Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC), PEB	E 112 / S2
Art des Aufenthaltes	Vorübergehend	Vorübergehend
Zweck des Aufenthaltes	Ferien, Studium, Praktikum, Entsendung, Geschäftsreise, Durchreise etc.	Zur medizinischen Behandlung eingereist
Leistungsanspruch	Medizinisch, notwendige Behandlung, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer	Gültigkeitsdauer des Formulars
Leistungsumfang	Leistungen gemäss KVG	Leistungen gemäss KVG
Zeitliche Begrenzung	Innerhalb geplanter Dauer des Aufenthaltes	Gemäss Formular
Wahl Leistungserbringer	Anerkannte Leistungserbringer in der ganzen Schweiz	Im Formular erwähnte Leistungserbringer

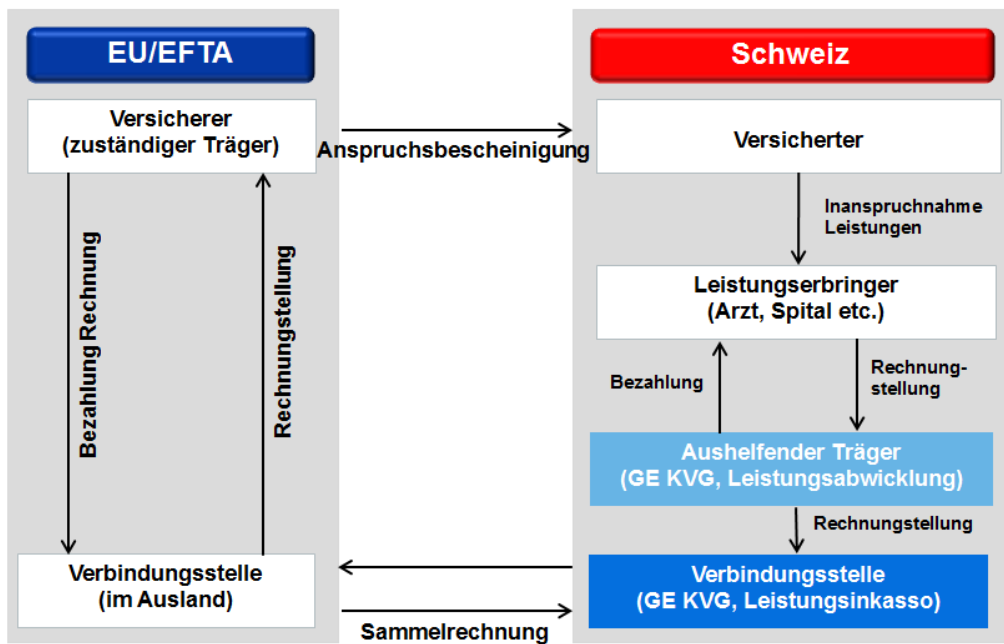
7.8 Unterscheidung Leistungsanspruch Vorübergehende vs. Wohnhafte

Anspruchsbescheinigung	EHIC/PEB/S2/E 112	S1/E 106/E 109/E 121
Art des Aufenthaltes	Vorübergehend Wohnhaft EU/EFTA	Wohnhaft in der CH
Zweck des Aufenthaltes	Ferien, Studium, Zur medizinischen Behandlung eingereist	Entsandt, Botschafter, Rentner, und deren Familienangehörige
Leistungsanspruch	Medizinisch, notwendige Behandlung, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer	Gültigkeitsdauer des Formulars. Für geplante und notfallmässige Behandlungen
Leistungsumfang	Leistungen gemäss KVG	Leistungen gemäss KVG
Zeitliche Begrenzung	Innerhalb geplanter Dauer des Aufenthaltes	Gemäss Formular
Wahl Leistungserbringer	Anerkannte Leistungserbringer in der ganzen Schweiz	Anerkannte Leistungserbringer in der ganzen Schweiz

8 Verschiedenes

8.1 Übersicht Prozess Leistungsaushilfe

Das nachfolgende Schaubild gibt Ihnen einen Überblick über den Prozess der Leistungsaushilfe vom Ausstellen der Anspruchsbescheinigung bis zur Rechnungstellung nach effektiven Kosten:



9 Glossar

Aushelfender Träger

Träger, der nach dem Koordinationsrecht verpflichtet ist, aushilfsweise für den zuständigen Träger Kosten für Leistungen zu übernehmen.

Nicht-EU/EFTA-Angehörige

Ein Nicht-EU/EFTA-Angehöriger ist ein Angehöriger eines Staats, welcher nicht in den räumlichen Geltungsbereich des Koordinationsrechts eingebunden ist, also weder ein EU- noch ein EFTA-Staat.

EFTA

EFTA steht für European Free Trade Association (Europäische Freihandelsassoziation). Die Organisation wurde 1960 von Dänemark, Norwegen, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz und Grossbritannien gegründet und hatte die Förderung des Freihandels zwischen ihren Mitgliedstaaten zum Ziel. Später folgten Finnland, Island und Liechtenstein. Nach Gründung der EWG besteht die EFTA heute nur noch aus Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz.

Verbindungsstelle

Internationale Verträge über Soziale Sicherheit bezeichnen für jeden Staat und Sozialversicherungszweig eine Verbindungsstelle. Im Bereich der Krankenversicherung haben die Verbindungsstellen den Auftrag, Krankenversicherungsträger, Leistungserbringer, Versicherte und andere Stellen bei der Umsetzung der internationalen Verträge zu unterstützen.

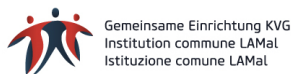
Zuständiger Träger

Träger, bei dem die betreffende Person versichert ist.

Zuständiger Staat

Staat, in dem der zuständige Träger seinen Sitz hat.

10 Impressum



Herausgeber

Gemeinsame Einrichtung KVG
Abteilung Internationale Koordination
Krankenversicherung
Gibelinstrasse 25
Postfach
4503 Solothurn
www.kvg.org

Autoren

Daniel Lorenz, Sandra Scherrer

Für Rückfragen

Urs Ackermann, Leiter Aushelfender Träger
Email: urs.ackermann@kvg.org
Telefon: 032 625 30 30

11 Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung

Dieser Leitfaden wurde nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Ziel ist, Ihnen möglichst umfangreiche, aktuelle und präzise Informationen zu liefern, um Ihnen die Beurteilung von Sachverhalten mit Auslandsberührung zu erleichtern und Ihnen eine reibungslose Abhandlung der Fälle zu ermöglichen. Aktualisierungen werden in regelmässigen, nicht vorgegebenen Abständen vorgenommen und bekannt gegeben. Es ist nicht auszuschliessen, dass nach der Publikation zwischenzeitliche Änderungen eingetreten sind oder sich Fehler eingeschlichen haben. Wir sind Ihnen dankbar, wenn Sie uns auf Fehler schnellstmöglich aufmerksam machen.

Für die in diesem Leitfaden enthaltenen Informationen übernehmen wir keine Haftung. Aus den Informationen kann kein Rechtsanspruch abgeleitet werden. Massgebend sind ausschliesslich die gesetzlichen Grundlagen.

Dieser Leitfaden ist ein Nachschlagewerk für die tägliche Arbeitspraxis bei den Leistungserbringern. Der Inhalt darf zu Schulungszwecken vervielfältigt werden. Eine Weitergabe an Dritte darf erst nach vorheriger Zustimmung des Herausgebers erfolgen.