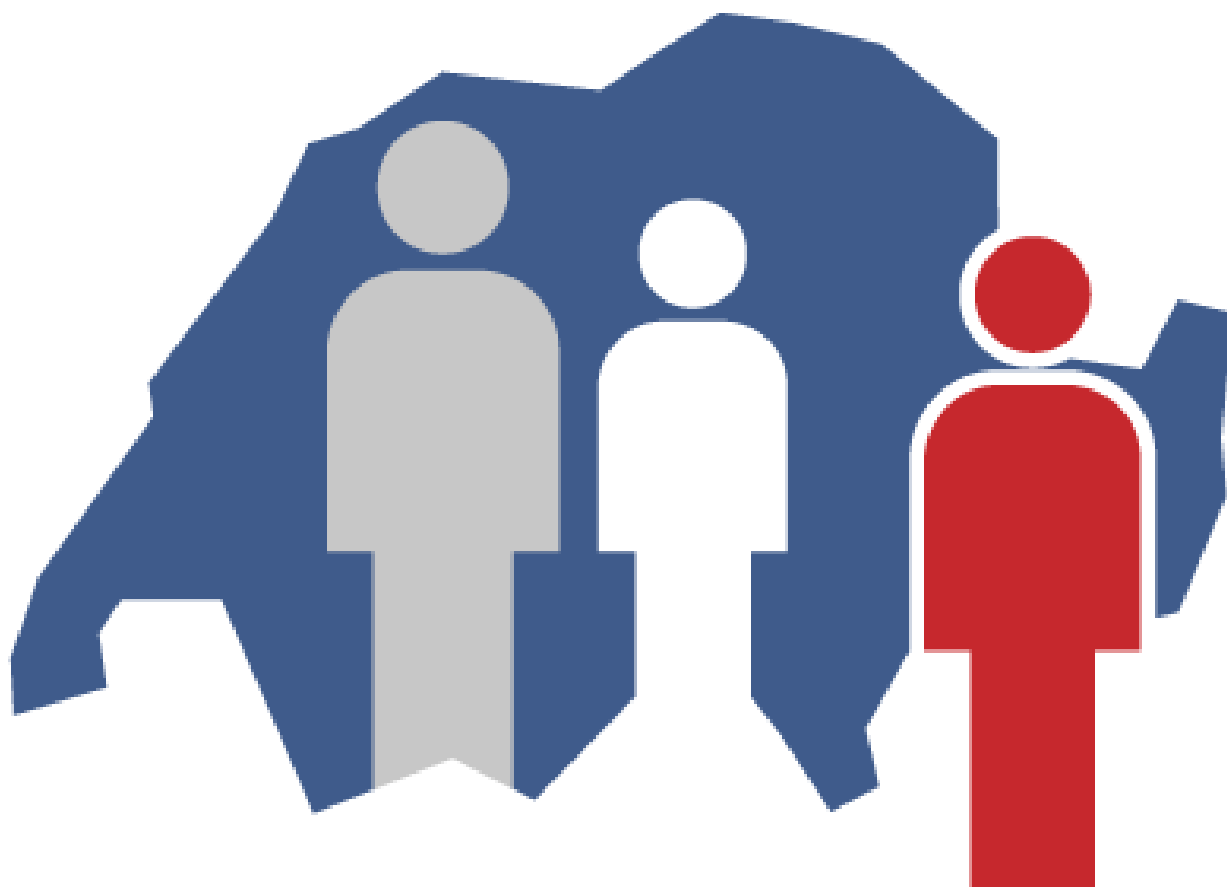


# **Gemeinsame Einrichtung KVG**

## **Internationale Koordination Krankenversicherung**



### **Information für Spitäler zur Leistungsaushilfe in der Schweiz**

**Aus unserem Leitbild**

**Wir stellen nützliche Informationen zum europäischen  
Koordinationsrecht bereit**

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	2
1. Vorwort.....	3
2. Wer ist die Gemeinsame Einrichtung KVG?.....	4
3. Räumlicher Geltungsbereich .....	5
4. Anspruchsbescheinigungen und ihre Anwendung .....	5
5. Unterscheidung Leistungsanspruch über EHIC und über E 112/S2.....	9
6. Keine oder keine gültige Anspruchsbescheinigung .....	10
7. Der Patient ist privat krankenversichert.....	10
8. Besonderheiten für Spitäler, die sich in Grenznähe befinden.....	11
9. Kostenbeteiligung des Patienten.....	11
10. Anspruch auf Leistungen.....	12
11. Zustellung der Anspruchsbescheinigungen.....	14
12. FAQ.....	15
13. Links.....	16
14. Factsheet Patientenaufnahme .....	17
15. Factsheet Fakturierung .....	19
Anhänge .....	22
Anhang I – Muster Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) .....	22
Anhang II – Muster Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB).....	22
Anhang III – Muster E 112 .....	22
Anhang IV – Muster S2.....	22

# 1. Vorwort

Seit dem Inkrafttreten des Personenfreizügigkeitsabkommens im Juni 2002 hat sich eine langjährige Zusammenarbeit zwischen der Gemeinsamen Einrichtung KVG und einer Vielzahl von Spitälern entwickelt. Diese Zusammenarbeit funktioniert im Allgemeinen zur Zufriedenheit aller Beteiligten.

Eine reibungslose Zusammenarbeit ist wichtiger denn je, lassen sich doch immer mehr Patienten aus den EU-/EFTA-Staaten in der Schweiz behandeln. Die Statistik über die Anzahl Leistungsaushilfefälle zeigt einen Anstieg von 95'715 Fällen im Jahre 2006 auf 158'725 Fälle im Jahre 2011. Im vergangenen Jahr entfielen 8'397 Fälle auf stationäre Spitalbehandlungen mit Kosten von rund CHF 106 Mio.

Für die EU-Mitgliedstaaten gilt seit dem 1. Mai 2010 ein revidiertes Koordinationsrecht. Die Schweiz wendet die neuen EU-Verordnungen seit 1. April 2012 an. Die wichtigste Änderung betrifft die Ablösung der bisherigen E-Formulare durch einen elektronischen Datenaustausch (frühestens ab 1. Mai 2014) zwischen den Krankenversicherungsträgern und aushelfenden Trägern. Hinzu kommen mobile Dokumente für die Versicherten wie z.B. die Europäische Krankenversicherungskarte für Personen mit vorübergehendem Aufenthalt.

Auf den 1. Januar 2011 lagerte santésuisse die Tarifverträge an die Tochtergesellschaft tarifsuisse aus. tarifsuisse führt seither die Tarifverhandlungen im Mandatsverhältnis im Auftrag ihrer Kunden durch. Einige Versicherer lassen die Tarifverträge durch eine eigene Einkaufsorganisation aushandeln. Damit kommen je nach Krankenversicherer unterschiedliche Tarife zur Anwendung. Für die Gemeinsame Einrichtung KVG gelten im Rahmen der Leistungsaushilfe die Tarifverträge von tarifsuisse von Amtes wegen.

Vor dem Hintergrund dieser Veränderungen wurde das vorliegende Informationsblatt erstellt. Es gibt Antworten auf zentrale Fragen zur Abwicklung der zwischenstaatlichen Leistungsaushilfe. Für die Patientenaufnahme und das Fakturierungsbüro wurde je eine Checkliste erstellt, welche die wichtigsten Eckpunkte zusammenfasst.

Wir hoffen auf eine gute Aufnahme dieser Praxishilfe und bedanken uns für die gute Zusammenarbeit.

Solothurn, im Juni 2012

Pierre Ribaut  
Abteilungsleiter Internationale Koordination Krankenversicherung

## 2. 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. Eine Übersicht über den räumlichen Geltungsbereich der beiden Abkommen wird im folgenden Punkt 3 dargestellt.

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 ([siehe Punkt 4](#)). Die Gemeinsame Einrichtung KVG fordert die von ihr bezahlten Behandlungskosten von den ausländischen Krankenversicherungen zurück.

### 3. Räumlicher Geltungsbereich

Der räumliche Geltungsbereich des Personenfreizügigkeitsabkommens bzw. des revidierten EFTA-Abkommens umfasst folgende Staaten:

#### EU-Staaten

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

#### EFTA-Staaten

Island	Liechtenstein	Norwegen
--------	---------------	----------

### 4. Anspruchsbescheinigungen und ihre Anwendung

Um ihren Anspruch auf Leistungsaushilfe nachweisen zu können erhalten die Versicherten eine Anspruchsbescheinigung, welche sie zur Inanspruchnahme von Leistungen dem Spital vorlegen können.

Im Folgenden sind alle Anspruchsbescheinigungen und deren Verwendungszweck aufgeführt.

#### Europäische Krankenversicherungskarte (englisch: European Health Insurance Card, EHIC)

Diese Karte gilt für Personen, die sich lediglich vorübergehend und für eine im Voraus bestimmte Zeit in der Schweiz aufhalten. Die Karte hat kein Beginn-, sondern ausschliesslich ein Enddatum.

#### 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.

#### E 112 oder neu S2

Diese Formulare gelten für Personen, welche die Genehmigung ihrer Krankenkasse erhalten, sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz zu begeben (so genannte Zustimmungsfälle). Das E 112 hat ein Beginn- und ein Enddatum. Ein [Muster des E 112](#) ist im Anhang zu finden.

Im Rahmen des revidierten Koordinationsrechts ersetzt das S2 seit 1. April 2012 das Formular E 112. Dennoch wird das E 112 während einer Übergangszeit (nach aktuellem Stand bis 30. April 2014) weiterhin verwendet. Ein [Muster des S2](#) ist im Anhang zu finden.



#### Hinweis:

Voraussetzung für eine Abrechnung der Behandlungskosten mit der Gemeinsamen Einrichtung KVG ist, dass die Behandlung immer innerhalb der Gültigkeit der Anspruchsbescheinigung erfolgt.

## Personen mit der Europäischen Krankenversicherungskarte

Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten (Touristen, Studenten, Geschäftsreisende, entsandte Arbeitnehmer oder Selbständige, Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen), haben Anspruch auf Leistungen, die sich während ihres Aufenthalts in der Schweiz als medizinisch notwendig erweisen. Dabei sind sowohl die Art der Leistung als auch die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen. Ihren Leistungsanspruch weisen sie mit der Europäischen Krankenversicherungskarte oder mit einer gleichwertigen, so genannten „provisorischen Ersatzbescheinigung“ nach.

### 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.

### Praxisbeispiel für einen Touristen:

Ein begeisterter Skifahrer aus Belgien beabsichtigt, vom 1. Februar an für zwei Wochen Skiferien in der Schweiz zu machen. Doch es kommt wie es kommen musste. Schon am zweiten Ferientag verunfallt er und muss mit der Ambulanz ins Spital transportiert werden, wo er bis zum 5. Februar stationär behandelt wird. Glücklicherweise sind die Folgen nicht gravierend, so dass ihn weiter nichts davon abhält, sofort wieder auf die Piste zu gehen. Dem ärztlichen Rat folgend begibt er sich am 8. Februar und kurz vor seiner Abreise, am 12. Februar zur Nachkontrolle ins Spital. Am 15. Februar reist er wieder nach Hause.

**Frage:** Welche Kosten können im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden?


**Antwort:** Da sowohl die stationäre Behandlung als auch die beiden Nachkontrollen während seiner geplanten Aufenthaltsdauer (1. bis 15. Februar) durchgeführt werden, sind die Kosten über die Gemeinsame Einrichtung KVG abzurechnen.

### **Praxisbeispiel für einen Studenten:**

Ein Student aus Deutschland beabsichtigt, im Rahmen seines Studiums zwei Semester in der Schweiz zu absolvieren. Er beginnt seine beiden Auslandssemester in der Schweiz am 1. Oktober. Doch schon bald leidet er unter starken Schmerzen. Am 15. November sucht er die Notfallstation des Spitals auf. Nach der medizinischen Erstversorgung werden ihm neun Sitzungen Physiotherapie verordnet. Am 10. Dezember begibt er sich erneut ins Spital, welches ihm zur Stabilisierung weitere neun Sitzungen verordnet. Die Physiotherapie endet am 8. Januar. Zwei Wochen und sechs Wochen später wendet er sich zwecks Nachkontrolle erneut an das Spital.

**Frage:** Welche Kosten können im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden?

**Antwort:** Da alle Behandlungen während seiner geplanten Aufenthaltsdauer (ab 1. Oktober für ein Jahr) durchgeführt werden, sind die Kosten über die Gemeinsame Einrichtung KVG abzurechnen.

 **Hinweis:** Es ist nicht relevant, dass er die Physiotherapie auch in Deutschland hätte durchführen lassen können. Massgeblich ist hier die geplante Dauer des Aufenthalts.


*Dieses Beispiel kann analog auch für einen entsandten Arbeitnehmer oder Selbständigen angewendet werden.*

### **Praxisbeispiel für einen Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen:**

Ein LKW-Chauffeur aus Slowenien importiert regelmässig Waren aus Frankreich. Auf dem Rückweg fährt er immer durch die Schweiz. Für diese Teilstrecke benötigt er normalerweise einen halben Tag. Während der Fahrt durch die Schweiz plagen ihn plötzlich so starke Schmerzen, dass er gezwungen ist, seine Fahrt zu unterbrechen und die Notfallstation des Spitals aufzusuchen. Dort wird er sofort behandelt und es wird ihm empfohlen, nach drei Tagen eine medizinische Nachkontrolle machen zu lassen. Er übernachtet daraufhin in seinem LKW und fährt erst am nächsten Tag weiter. In Slowenien angekommen begibt er sich zu seinem Hausarzt und lässt sich – wie empfohlen – kontrollieren.

**Frage:** Welche Kosten können im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden?

**Antwort:** Da die medizinische Erstbehandlung während seiner geplanten Aufenthaltsdauer (unter normalen Umständen hätte er nicht länger als einen halben Tag für die Durchreise benötigt) durchgeführt wird, sind diese Kosten über die Gemeinsame Einrichtung KVG abzurechnen.

 **Hinweis:** Die Kosten für eine allfällige medizinische Nachkontrolle in der Schweiz könnten nicht im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden, da sie nicht mehr in kausalem Zusammenhang mit der geplanten Aufenthaltsdauer steht.

*Dieses Beispiel kann analog auch für Geschäftsreisende angewendet werden.*

## Personen mit Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG

Personen, die ihren Wohnsitz in der Schweiz haben und in einem EU-/EFTA-Staat versichert sind (Personen mit einer Erwerbstätigkeit im EU-/EFTA-Staat und deren Familienangehörige, Rentner und deren Familienangehörige, entsandte Arbeitnehmer oder Selbständige, Familienangehörige eines im EU-/EFTA-Staat lebenden Erwerbstätigen), haben Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen. Ihren Leistungsanspruch weisen sie mit der Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG (Plastikkarte) oder mit der schweizerischen Krankenversicherungskarte nach.

### Praxisbeispiele:


Eine Frau meldet sich zur gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung im Spital an.

Eine schwangere Frau begibt sich zwecks Kontrolluntersuchung ins Spital.

Nach einer Untersuchung der Hüfte stellt sich für einen älteren Herr die Notwendigkeit eines künstlichen Hüftgelenks heraus. Die Operation findet 6 Monate später statt.

**Frage:** Welche Kosten können im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden?

**Antwort:** Die Behandlungskosten sind grundsätzlich über die Gemeinsame Einrichtung KVG abzurechnen.

 **Hinweis:** Es ist nicht relevant, ob es sich um geplante Behandlungen handelt. Massgeblich ist die Gültigkeit der Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

## Personen mit dem Formular E 112 bzw. mit dem S2

Personen, die von ihrer zuständigen Krankenkasse 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.


Hinweis: Die von Griechenland ausgestellten Formulare E 112 bzw. S2 werden bis auf weiteres nicht akzeptiert. Die Rechnungsstellung hat an den Patienten zu erfolgen.

### Praxisbeispiele:

Einer Frau aus Italien steht eine äusserst komplizierte Operation bevor. Da es in Italien keine vergleichbare Behandlungsmöglichkeit gibt, erhält sie von ihrer zuständigen Krankenkasse die Genehmigung, sich in der Schweiz behandeln zu lassen. Zur Vorbesprechung nimmt sie das von ihrer zuständigen Krankenkasse ausgestellte Dokument S2 mit. Das S2 ist vom 15. März bis 20. Mai gültig, um möglichst Voruntersuchung, Operation und Nachbehandlung abzudecken.

**Frage:** Welche Kosten können im Rahmen der Leistungsaushilfe abgerechnet werden?

**Antwort:** Die Behandlungskosten sind grundsätzlich über die Gemeinsame Einrichtung KVG abzurechnen, also auch Vor- und Nachuntersuchungen.

 **Hinweis:** Untersuchungen, Behandlungen oder Medikamentenabgaben, die aus bestimmten Gründen nicht in demselben Spital erfolgen können, sind ebenfalls abgedeckt, sofern sie in kausalem Zusammenhang stehen mit der Behandlung, für welche die Genehmigung erteilt wurde.



## 5. Unterscheidung Leistungsanspruch über EHIC und über E 112/S2

Um die Bedeutung des Unterschieds zwischen den beiden Personengruppen hervorzuheben, werden hier die elementaren Punkte aufgeführt.

	<b>Personen, die sich mit der Europäischen Krankenversicherungskarte (englisch: EHIC) ausweisen</b>	<b>Personen, die sich mit dem E 112 bzw. dem S2 ausweisen</b>
<b>Art des Aufenthalts</b>	Vorübergehend	Vorübergehend
<b>Zweck des Aufenthalts</b>	Ferien, Studium, Praktikum, Entsendung, Geschäftsreise, Durchreise, etc.	Medizinische Behandlung
<b>Leistungsanspruch</b>	Medizinisch notwendige Behandlungen, unter Berücksichtigung der Art der Leistungen und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer	Im Formular erwähnte medizinische Behandlungen
<b>Leistungsumfang</b>	Leistungen gemäss KVG	Leistungen gemäss KVG
<b>Zeitliche Begrenzung</b>	Geplante Dauer des Aufenthalts	Gültigkeitsdauer des Formulars
<b>Wahl Leistungserbringer</b>	Leistungserbringer in der ganzen Schweiz	Im Formular erwähnter Leistungserbringer
<b>Erforderliche Unterlagen für die Kostenübernahme durch die Gemeinsame Einrichtung KVG</b>	Kopie EHIC oder Kopie Ersatzbescheinigung und bei Spanien: Kopie Personalausweis (Vorder- und Rückseite)  Ggf. Kostengutsprachege such  Rechnung	Formular E 112 oder S2  Ggf. Kostengutsprachege such  Rechnung

## 6. Keine oder keine gültige Anspruchsbescheinigung

Hin und wieder kommt es vor, dass sich ein Patient mit vorübergehendem Aufenthalt in der Schweiz ohne Anspruchsbescheinigung an den Leistungserbringer wendet. Ursache können Verlust, Vergessen oder sonstiges Abhandenkommen sein. Möglicherweise legt er auch eine bereits nicht mehr gültige Anspruchsbescheinigung vor.

In solchen Fällen ist die Gemeinsame Einrichtung KVG als aushelfender Träger zwar grundsätzlich verpflichtet, bei der zuständigen Krankenkasse im Ausland eine gültige Anspruchsbescheinigung anzufordern. Das geht jedoch nur, wenn uns vollständige Angaben (Name, Adresse, Kennnummer) der Krankenkasse des Patienten gemacht werden. Das ist zwingend notwendig, damit wir die Kosten für die Leistungsaushilfe dort zurückfordern können. Unvollständige Angaben führen unweigerlich zur Ablehnung der Kostenübernahme.

### **Diese Angaben genügen nicht (Beispiel):**

Azienda Sanitaria Locale (Italien)

### **So sollten die Angaben aussehen (Beispiel):**

Azienda Sanitaria Locale, Via San Secondo 29, IT-10128 Torino, Kennnummer: 010201

Die Erfahrung hat hier gezeigt, dass die zuständige Krankenkasse oft mehrere Monate benötigt, um uns das erforderliche Dokument zuzustellen. Darüber hinaus besteht das Risiko, dass die zuständige Krankenkasse das Ausstellen der Anspruchsbescheinigung verweigert und der Leistungserbringer demzufolge die Behandlungskosten dem Patienten nachträglich in Rechnung stellen muss.

Viele Leistungserbringer fordern die Anspruchsbescheinigung für den Patienten direkt bei der zuständigen Krankenkasse an und verkürzen damit die Wartezeit deutlich. Damit ist der Rechnungsempfänger frühzeitig bekannt. Ebenfalls können die Debitorenausstände tiefer gehalten und dadurch Aufwendungen im Mahnwesen vermieden werden. Wir empfehlen, an dieser bewährten Praxis festzuhalten.

## 7. 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.

## 8. 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 Aufenthalts 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.

## 9. Kostenbeteiligung des Patienten

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 gegenwärtig 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.

## 10. Anspruch auf Leistungen

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.

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

### Ambulante und stationäre Spitalbehandlungen

Sofern keine anderweitige spezielle Vereinbarung besteht, sind die Verträge von tarifsuisse (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).

### 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 Spitalern abschliessen, welche nicht auf der Spitalliste stehen.

#### 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.

#### 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.

## Ablauf Kostengutsprache für Spital

- Ersteintritt
  - Gültige Anspruchsbescheinigung (EHIC, Provisorische Ersatzbescheinigung PEB, E 112 bzw. S2, Versichertenkarte ausgestellt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG)
  - Angabe der Personalien mit vollständiger und gültiger Adresse (Kontrolle EHIC mit ID/Ausweis)
  - Bei Kindern zusätzlich Personalien und Adresse der Eltern notwendig
  - Bei einer von Spanien ausgestellten EHIC bzw. provisorischen Ersatzbescheinigung Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite)
  - Gesuch um Kostengutsprache mit allen notwendigen Angaben laut Tarifvertrag der Gemeinsamen Einrichtung KVG zustellen
  
- Verlängerung
  - Gültige Anspruchsbescheinigung
  - Rechtzeitige Meldung des Gesuchs um Verlängerung mit Diagnose zu Händen des Vertrauensarztes der Gemeinsamen Einrichtung KVG
  
- ➔ Eine allfällige nationale Versichertenkarte der zuständigen ausländischen Krankenversicherung gilt **nicht** als Anspruchsbescheinigung für Leistungen zu Lasten der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

## Transportleistungen innerhalb Spitalrechnungen

Die Gemeinsame Einrichtung KVG akzeptiert kulanterweise und ohne Präjudiz bei Spitalrechnungen im Tiers payant auch die Verrechnung der Kosten für den allfälligen einweisenden Transport, sofern diese **zusammen** mit den Aufenthalts- und Behandlungskosten der stationären Hospitalisation oder der ambulanten Behandlung fakturiert werden. Auf der Spitalrechnung dürfen 50% der Kosten, max. CHF 500/5000 nach Art. 26/27 KLV verrechnet werden. Der Totalbetrag der Transportkosten muss ebenfalls auf der Spitalrechnung ersichtlich sein.

Ist der jährliche maximale Leistungsanspruch für Transporte bereits erschöpft, wird die Spitalrechnung zur Korrektur zurückgewiesen.

## 11. 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](mailto:info@kvg.org)

## 12. FAQ

### **Braucht es bei einer Geburt ein E 112 bzw. ein S2 oder genügt die Europäische Krankenversicherungskarte (englisch: EHIC)?**

Es kommt auf den Aufenthaltsweg an. Reist die Patientin ausdrücklich für die Geburt in die Schweiz, so ist eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse mit dem Formular E 112 bzw. mit dem S2 erforderlich.

Hält sie sich jedoch schon in der Schweiz auf, z.B. zu Ferien- oder Besuchszwecken und ist eine sofortige Entbindung erforderlich, so genügt grundsätzlich die EHIC. Dies gilt auch dann, wenn sich die werdende Mutter unmittelbar vorher im Spital anmeldet.

### **Unter welchen Voraussetzungen können Kontrollen während der Schwangerschaft übernommen werden?**

Die Kostenübernahme ist abhängig von der Art und Dauer des geplanten Aufenthalts. Schwangere unterliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit. Fällt die Kontrolle in die Dauer des geplanten Aufenthalts, werden die Kosten übernommen (Vergleiche auch Frage „Braucht es bei einer Geburt ein E 112 bzw. ein S2 oder genügt die EHIC?“).

💡 Verlängert die Schwangere ihren Aufenthalt, nur damit sie noch die Kontrolluntersuchung in der Schweiz in Anspruch nehmen kann, so werden die Kosten nicht übernommen.

### **An wen müssen sich die Patienten wenden, um das Formular E 112 bzw. das S2 zu erhalten?**

Es handelt sich hierbei um die so genannten Zustimmungs- oder Genehmigungsfälle. Die vorherige Genehmigung wird immer von der zuständigen Krankenkasse erteilt, also die Krankenkasse, bei welcher der Patient versichert ist. Das Dokument erhalten sie also von dort.

### **Die Behandlungskosten wurden bereits mit dem Versicherten abgerechnet. Muss nun die Rechnung korrigiert werden, wenn im Nachhinein ein E 112 eingereicht wird?**

Die Genehmigung wird grundsätzlich im Voraus erteilt. Der Patient wendet sich also **vor** der Behandlung an seine Krankenkasse, um das Formular E 112 bzw. das S2 zu erhalten (vergleiche auch Frage „An wen müssen sich die Patienten wenden, um das Formular E 112 bzw. das S2 zu erhalten?“). Wendet sich ein Patient **ohne** Formular E 112 bzw. S2 an einen Leistungserbringer in der Schweiz und ist offensichtlich, dass er sich zum Zwecke der Behandlung hierher begeben hat, so muss der Leistungserbringer bei Nachreichen eines E 112 bzw. S2 eine Rückabwicklung und ggf. eine Änderung des Tarifs vornehmen.

### **Weisen sich Studenten immer mit der EHIC aus oder gibt es Ausnahmen?**

In den meisten Fällen werden die Behandlungen über die EHIC abgerechnet. In wenigen Ausnahmen verfügen die Studenten über eine Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG. Siehe auch [Punkt 4 Anspruchsbescheinigungen](#).

### **Ist es richtig, dass die EHIC über kein Beginndatum verfügt?**

Im Gegensatz zu anderen Anspruchsbescheinigungen verfügt die EHIC lediglich über ein Ende der Gültigkeit. Ein Beginndatum ist nicht aufgedruckt. Verfügt der Patient zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistung über eine EHIC, so kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sie gültig ist (sofern die Gültigkeit nicht bereits abgelaufen ist).

### **Wo erfahre ich, ob es sich um eine gesetzliche Krankenkasse oder um eine Privatversicherung handelt?**

Im folgenden Internetverzeichnis sind alle europäischen Träger der Sozialversicherung zu finden: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=ger&langId=de](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=ger&langId=de). Ist eine Versicherung nicht in diesem Verzeichnis vertreten, so handelt es sich wahrscheinlich nicht um eine gesetzliche Krankenkasse. Zur Navigation empfehlen wir die „Freitextsuche“.

### **Wer informiert über Änderungen im Koordinationsrecht?**

Das Bundesamt für Gesundheit informiert über Kreisschreiben die betroffenen Institutionen bzw. ihre Verbände, wenn sich Änderungen im Koordinationsrecht ergeben. Die Kreisschreiben sind auf der Homepage [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung) zu finden.

## **13. Links**

### **Gemeinsame Einrichtung KVG**

<http://www.kvg.org/>

### **santésuisse**

<http://www.santesuisse.ch/>

### **Öffentliches Verzeichnis der europäischen Institutionen der Sozialen Sicherheit**

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de)

### **Informationen des Bundesamts für Gesundheit zum Thema Krankenversicherung**

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/index.html?lang=de>

### **Informationen des Bundesamts für Sozialversicherungen zum Thema Internationales**

<http://www.bsv.admin.ch/themen/internationales/aktuell/index.html?lang=de>





## 14. Factsheet Patientenaufnahme

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist unter anderem aushelfender Träger im Bereich Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall. Diese Aufgabe ergibt sich aus dem Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU und dem EFTA-Abkommen. 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. Die Gemeinsame Einrichtung KVG fordert die Kosten von den ausländischen Versicherungen zurück.

<b>Anspruchsbescheinigung</b>	<b>EHIC PEB</b>	<b>Formular E 112 Formular S2</b>	<b>Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG</b>
<b>Art des Aufenthalts</b>	Vorübergehend	Vorübergehend	Gewöhnlich
<b>Zweck des Aufenthalts</b>	Ferien, Besuche Studium, Praktikum Geschäftsreise Zweitwohnung in der Schweiz	Medizinische Behandlung	In der Schweiz wohnhaft
<b>Leistungsumfang</b>	Leistungen gemäss KVG (Grundversicherung)	Leistungen gemäss KVG (Grundversicherung)	Leistungen gemäss KVG (Grundversicherung)
<b>Zeitliche Begrenzung</b>	Medizinisch notwendige Leistungen während der geplanten Aufenthaltsdauer, sofern sie unter die Gültigkeitsdauer der EHIC/PEB fallen	Gültigkeitsdauer des Formulars	Gültigkeitsdauer der Karte
<b>Wahl Leistungserbringer</b>	Leistungserbringer in der ganzen Schweiz	Im Formular erwähnter Leistungserbringer	Zugelassene Leistungserbringer frei wählbar.

<p><b>Erforderliche Unterlagen für die Kostenübernahme</b></p> <p><i>Die Unterlagen mindestens fünf Tage vor Rechnungsstellung an die Gemeinsame Einrichtung KVG zustellen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopie der gültigen Anspruchsbescheinigung (EHIC, PEB) und bei Spanien Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite)</li> <li>• Korrekte und vollständige Adresse (wichtig bei ausländischen Adressen)</li> <li>• Angaben der Eltern, sofern es Kinder sind.</li> <li>• Ggf. Kostengutsprache</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formular (E112, S2) im Original oder als Kopie</li> <li>• Korrekte und vollständige Adresse (wichtig bei ausländischen Adressen)</li> <li>• Ggf. Kostengutsprache</li> </ul> <p><u>Hinweis:</u> Die Formulare E 112 bzw. S2 von Griechenland werden nicht akzeptiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versichertennummer</li> <li>• Ggf. Kostengutsprache</li> </ul>
--	--	--	---

### Keine Anspruchsbescheinigung vorhanden

Anspruchsbescheinigung über den Patienten direkt bei der zuständigen Versicherung im Ausland anfordern. Damit verkürzen sich die Wartezeiten (teilweise mehrere Monate) und das Risiko, dass die Versicherung im Ausland das Ausstellen nachträglich verweigert. Hier finden Sie die zuständigen Versicherungen: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de](http://ec.europa.eu/employment_social/social-security-directory/welcome.seam?langId=de)

### Private Krankenversicherung / Reiseversicherung

Eine allfällige nationale Versichertenkarte der zuständigen ausländischen Krankenversicherung oder Reiseversicherungskarte gilt **nicht** als gültiger Nachweis für Leistungen zu Lasten der Gemeinsamen Einrichtung KVG.

### Berufsunfall / Unfall am Arbeitsplatz

Berufsunfälle werden von der SUVA, Abteilung Ausland, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern als aushelfender Träger übernommen.

### Kostenbeteiligung

Personen, welche die Leistungsaushilfe in der Schweiz in Anspruch nehmen, müssen sich an den Behandlungskosten beteiligen. Die Kostenbeteiligung wird dem Patienten durch die Gemeinsame Einrichtung KVG in Rechnung gestellt (siehe Punkt 9).

### Ablauf Kostengutsprache für Spital

- Anspruchsbescheinigung (Europäische Krankenversicherungskarte EHIC, Provisorische Ersatzbescheinigung PEB, Formular E 112, Formular S2, Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG), welche für die gesamte Behandlungsdauer gültig ist.
- Korrekte Personalien und Adresse (Kontrolle EHIC mit ID/Ausweis)
- Bei Kindern zusätzlich Personalien und Adresse der Eltern notwendig
- Bei einer von Spanien ausgestellten EHIC bzw. PEB zusätzlich die Kopie des Personalausweises Vorder- und Rückseite (Carnet de identidad)
- Gesuch um Kostengutsprache mit allen notwendigen Angaben laut Vertrag von tarifsuisse an die Gemeinsame Einrichtung KVG zustellen



## 15. Factsheet Fakturierung

Die Gemeinsame Einrichtung KVG ist unter anderem aushelfender Träger im Bereich Krankheit, Mutterschaft und Nichtberufsunfall. Diese Aufgabe ergibt sich aus dem Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU und dem EFTA-Abkommen. 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. Die Gemeinsame Einrichtung KVG fordert die Kosten von den ausländischen Versicherungen zurück.

### Rechnungen

Rechnungen können elektronisch zugestellt werden via MediData. Unsere EAN Nummer lautet: 7601003005530.

Die Dokumente für den Nachweis des Leistungsanspruchs (siehe Punkt 14) sind mindestens fünf Tage vor der Fakturierung an die Gemeinsame Einrichtung KVG zuzustellen. Damit wird ein rascher und reibungsloser Ablauf gewährleistet.

### Spitaltarife stationärer Spitalaufenthalt

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. Sofern keine anderweitige spezielle Vereinbarung besteht, sind die Verträge von tarifsuisse für die obligatorische Krankenpflegeversicherung massgebend.

### Personen mit vorübergehendem Aufenthalt

- Europäische Krankenversicherungskarte EHIC (Touristen, Studenten, vorübergehender Aufenthalt)
- Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)
- Formular E 112 bzw. S2 (Patient begibt sich zum Zwecke der Behandlung in die 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.

Die von Griechenland ausgestellten Formulare E 112 bzw. S2 werden nicht akzeptiert. Die Rechnungsstellung hat an den Patienten zu erfolgen.

### **Personen mit dauerhaftem Aufenthalt**

- Versichertenkarte ausgestellt durch die Gemeinsamen Einrichtung KVG

Personen mit dauerhaftem Aufenthalt erhalten eine von der Gemeinsamen Einrichtung KVG ausgestellte schweizerische Krankenversicherungskarte. Bei stationärer Behandlung wird die Vergütung laut Art. 49a KVG anteilmässig von der Gemeinsamen Einrichtung KVG und dem Wohnkanton übernommen.

### **Transportleistungen**

Die Gemeinsame Einrichtung KVG akzeptiert kulanterweise und ohne Präjudiz bei Spitalrechnungen im Tiers payant auch die Verrechnung der Kosten für den allfälligen einweisenden Transport. Auf der Spitalrechnung dürfen 50% der Kosten, max. CHF 500 bzw. CHF 5000 nach Art. 26/27 KLV verrechnet werden. Der Totalbetrag der Transportkosten muss ebenfalls auf der Spitalrechnung ersichtlich sein.

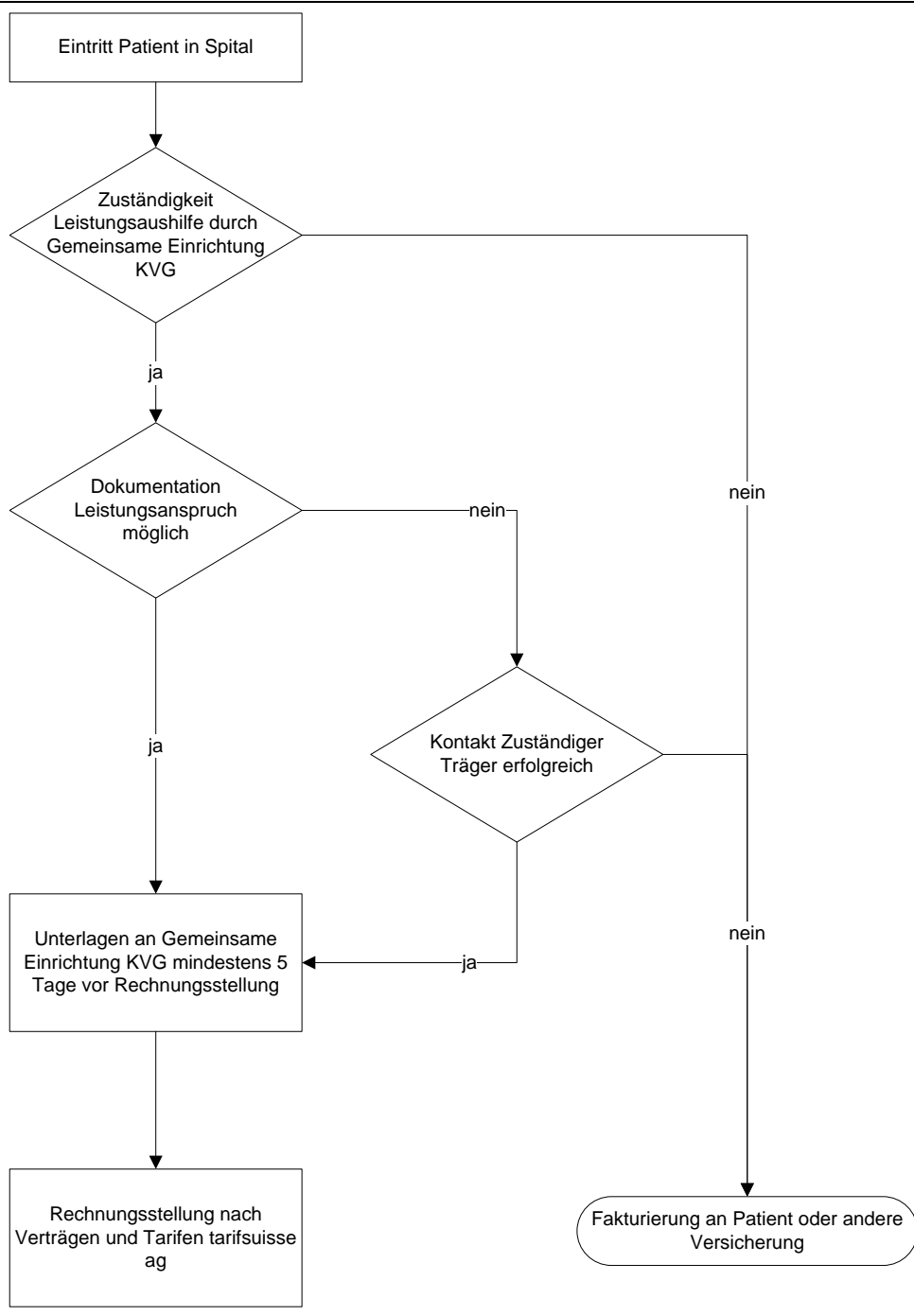
Ist der jährliche maximale Leistungsanspruch für Transporte bereits erschöpft, wird die Spitalrechnung zur Korrektur zurückgewiesen.

### **Berufsunfall / Unfall am Arbeitsplatz**

Berufsunfälle werden von der SUVA, Abteilung Ausland, Fluhmattstrasse 1, 6004 Luzern als aushelfender Träger übernommen.

### **Kostenbeteiligung**

Personen, welche die Leistungsaushilfe in der Schweiz in Anspruch nehmen, müssen sich an den Behandlungskosten beteiligen. Die Kostenbeteiligung wird dem Patienten durch die Gemeinsame Einrichtung KVG in Rechnung gestellt (siehe Punkt 9).



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

- Gesetzlich versichert in EU/EFTA Staat im Rahmen des Personenfreizügigkeitsabkommens. Die Länder sind in der Dokumentation in Punkt 3 aufgeführt.
- 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
  
- Gültige Anspruchsbescheinigung (Gültigkeitsdatum beachten) für alle Behandlungstage respektive die gesamte Behandlungsdauer: EHIC, PEB, E112, S2 oder die Versichertenkarte der Gemeinsamen Einrichtung KVG
- 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
- Behandlung im kausalen Zusammenhang mit der Anspruchsbescheinigung bei vorübergehenden Aufenthalten (EHIC, PEB): notwendige medizinische Behandlungen während der geplanten Aufenthaltsdauer
  
- Kontaktaufnahme vor Ort mit zuständigem Träger im Wohnstaat ([Adressen in Master Directory](#): siehe Punkt 13)
- Versicherung im Ausland stellt entsprechende Anspruchsbescheinigung aus und stellt diese dem Spital zu. Wenn nein, dann erfolgt die Fakturierung an den Patienten oder eine andere Versicherung (Reise- und Ferienversicherung, Private Versicherung).
  
- 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@kvq.org](mailto:info@kvq.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)
- Rechnung, wenn möglich elektronisch zustellen. Kontakt: 032 625 30 30.
- EAN: 7601003005530

## **Anhänge**

### ***Anhang I – Muster Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC)***

(englische Abkürzung EHIC)

### ***Anhang II – Muster Provisorische Ersatzbescheinigung (PEB)***

### ***Anhang III – Muster E 112***

### ***Anhang IV – Muster S2***

EUROPEAN HEALTH INSURANCE CARD



3 Name

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZABCDEFGHIJKLMN

4 Given names

ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZABCDEFGHI

5 Date of birth

DD/MM/YYYY

6 Personal identification number

12345678901234567890

7 Identification number of the institution

1234567890 - ABCDEFGHIJKLMNO

8 Identification number of the card

12345678901234567890

9 Expiry date

DD/MM/YYYY

**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 Vordrucks

Ausgabemitgliedstaat

1. E - \_\_\_\_\_

2. CH

Angaben zum Karteninhaber

3. Name: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
b) bis: \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Stempel des Trägers und Unterschrift

d) \_\_\_\_\_

**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.



Bescheinigung über die Weitergewährung der Leistungen der  
Kranken- und Mutterschaftsversicherung

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. 574/72: Artikel 22 Absätze 1 und 3; 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.	<input type="checkbox"/> Versicherter	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Versicherten
	<input type="checkbox"/> Selbständiger	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Selbständigen
	<input type="checkbox"/> Rentner (Arbeitnehmersystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Arbeitnehmersystem)
	<input type="checkbox"/> Rentner (Selbständigensystem)	<input type="checkbox"/> Familienangehöriger eines Rentners (Selbständigensystem)
1.1	Name(n) <sup>(2)</sup> : .....	
1.2	Vorname(n) <sup>(3)</sup> : .....	Geburtsdatum: .....
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. <sup>(4)</sup> : .....	

2. Die oben genannte Person ist berechtigt, Sachleistungen

bei Krankheit und Mutterschaft

bei arbeitsberuflichem Unfall <sup>(5)</sup>

in ..... (Staat) weiterzubeziehen,

2.1  wohin sie umzieht,

2.2  wohin sie sich zur Behandlung bei <sup>(6)</sup>

.....

oder bei jeder ähnlich gearteten Einrichtung im Falle eines zu dieser Behandlung medizinisch notwendigen Ortswechsels begibt

2.3  wohin biologische Proben zur Untersuchung eingeschickt werden.

3. Aufgrund vorliegender Bescheinigung können die genannten Leistungen

vom ..... bis einschliesslich ..... erbracht werden.

4. Ein Bericht unseres Vertrauensarztes

4.1  ist in verschlossenem Umschlag beigelegt.

4.2  wurde am ..... an <sup>(7)</sup> ..... 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: .....

## Hinweise

Die vorliegende Bescheinigung müssen Sie unverzüglich dem Träger der Krankenversicherung des Ortes, in den Sie sich begeben, vorlegen, und zwar:

- in **Belgien**: bei der „Mutualité“/„Mutualiteit“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;
- in der **Tschechischen Republik**: bei der „Zdravotní pojišťovna“ (Krankenkasse) Ihrer Wahl;
- in **Dänemark**: beim Sachleistungserbringer, normalerweise beim Arzt für Allgemeinmedizin, der Sie an einen Facharzt überweisen wird;
- in **Deutschland**: bei der Krankenkasse Ihrer Wahl;
- in **Estland**: bei der „Eesti Haigekassa“ (Estnische Krankenkasse);
- in **Griechenland**: in der Regel bei der Regional- oder Ortsgeschäftsstelle der Sozialversicherungsanstalt (IKA), die dem Betroffenen ein Gesundheitsbuch aushändigt, ohne das Sachleistungen nicht gewährt werden;
- in **Spanien**: bei den Ärzte- und Krankenhausdiensten des Gesundheitssystems der spanischen sozialen Sicherheit; Sie müssen den Vordruck sowie eine Fotokopie vorlegen;
- in **Frankreich**: bei der „Caisse primaire d'assurance-maladie“ (Ortskrankenkasse);
- in **Irland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Health Service Executive“ (Verwaltung des Gesundheitsdienstes);
- in **Italien**: in der Regel bei der gebietsmässig zuständigen „Unità sanitaria locale“ (örtliche Gesundheitseinheit);
- in **Zypern**: beim Υπουργείο Υγείας (Gesundheitsministerium), 1448 Lefkosia;
- in **Lettland**: bei der „Veselibas obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra“ (Staatliche Anstalt für die Krankenpflichtversicherung);
- in **Litauen**: bei der „Teritorinį ligonių kasa“ (Gebietskrankenkasse), Träger für Krankheit und Mutterschaft;
- in **Luxemburg**: bei der „Caisse de maladie des ouvriers“ (Arbeiterkrankenkasse);
- in **Ungarn**: beim Gesundheitsdienstleister;
- in **Malta**: bei der Stelle des National Health Service (Staatlicher Gesundheitsdienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus, Gesundheitszentrum usw.), die die Behandlung durchführt;
- in den **Niederlanden**: bei einer für den Wohnort zuständigen Krankenkasse oder im Fall eines vorübergehenden Aufenthalts bei „Agis zorgverzekeringen“, Utrecht;
- in **Österreich**: bei der für Ihren Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen „Gebietskrankenkasse“;
- in **Polen**: bei der für den Wohn- oder Aufenthaltsort zuständigen regionalen Zweigstelle des „Narodowy Fundusz Zdrowia“ (Nationaler Gesundheitsfonds);
- in **Portugal**: **Mutterland**: bei der „Administração Regional de Saúde“ (regionale Gesundheitsverwaltung) des Wohn- oder Aufenthaltsorts; **Madeira**: beim „Centro de Saúde“ (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts; **Azoren**: beim „Centro de Saúde“ (Gesundheitszentrum) des Aufenthaltsorts;
- in **Slowenien**: bei der zuständigen Regionalstelle der „Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)“ (Krankenversicherungsbehörde Sloweniens) des Wohn- oder Aufenthaltsorts;
- in der **Slowakei**: bei der vom Versicherten gewählten „Zdravotná poisťovňa“ (Krankenversicherung); für Geldleistungen: beim „Sociálna poisťovňa“ (Sozialversicherungsamt), Bratislava;
- in **Finnland**: bei der örtlichen Geschäftsstelle der „Kansaneläkelaitos“ (Sozialversicherungsanstalt); der Vordruck ist der kommunalen Gesundheitsversorgungsstelle oder dem öffentlichen Krankenhaus, das die Behandlung übernimmt, vorzulegen;
- in **Schweden**: bei der „Försäkringskassan“ (Versicherungskasse); der Vordruck ist der Stelle vorzulegen, die die Behandlung durchführt;
- im **Vereinigten Königreich**: beim „Medical Service“ (Ärztlicher Dienst) (Arzt, Zahnarzt, Krankenhaus usw.), der die Behandlung durchführt;
- in **Island**: bei der „Tryggingastofnun ríkisins“ (Landesanstalt für soziale Sicherheit), Reykjavik;
- in **Liechtenstein**: beim Amt für Volkswirtschaft in Vaduz;
- in **Norwegen**, beim „lokale Trygdekontor“ (Örtliches Versicherungsamt);
- in der **Schweiz**: bei der „Institution commune LAMal – Instituzione commune LAMal – Gemeinsamen Einrichtung KVG“, Solothurn; der Vordruck ist dem Arzt oder dem Krankenhaus vorzulegen, bei dem die Behandlung erfolgt.

## ANMERKUNGEN

- (1) Kennbuchstaben des Landes, dessen Träger den Vordruck ausfüllt: BE = Belgien; CZ = Tschechische Republik; DK = Dänemark; DE = Deutschland; EE = Estland; GR = Griechenland; ES = Spanien; FR = Frankreich; IE = Irland; IT = Italien; CY = Zypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungarn; MT = Malta; NL = Niederlande; AT = Österreich; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slowenien; SK = Slowakei; FI = Finnland; SE = Schweden; UK = Vereinigtes Königreich; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norwegen; CH = Schweiz.
- (2) Es ist der volle Name in der Reihenfolge der standesamtlichen Eintragung anzugeben.
- (3) Die Vornamen sind in standesamtlicher Reihenfolge anzugeben.
- (4) Bitte geben Sie die Nummer des Versicherten an, wenn der Familienangehörige keine persönliche Kenn-Nummer besitzt.
- (5) Von den französischen Trägern anzugeben, die für die Selbständigen aus der Landwirtschaft zuständig sind.
- (6) Nach Möglichkeit auszufüllen.
- (7) Bezeichnung und Anschrift des Trägers, an den der ärztliche Bericht gesandt wurde.



## 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 Versichertennummer im zuständigen Mitgliedstaat

1.2 Nachname

1.3 Vorname(n)

1.4 Geburtsname (\*\*)

1.5 Geburtsdatum

1.6 Aktuelle Anschrift

1.6.1 Straße, Nr.

1.6.3 Postleitzahl

1.6.2 Ort

1.6.4 Ländercode

### 2. ART UND ORT DER BEHANDLUNG

2.1 Behandlung

2.2 Ort der Behandlung

2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer

2.3.1 Beginn

2.3.2 Ende

(\*) 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.

S2



## Anspruch auf eine geplante Behandlung

### 3. AUSSTELLENDER TRÄGER

3.1 Name

3.2 Straße, Nr.

3.3 Ort

3.4 Postleitzahl

3.5 Ländercode

3.6 Kenn-Nummer des Trägers

3.7 Faxnummer

3.8 Telefonnummer

3.9 E-Mail

3.10 Datum

3.11 Unterschrift

STEMPEL