

Informationen für Personen, die sich vorübergehend in der Schweiz aufhalten und in der EU/EFTA gesetzlich krankenversichert sind.



Wir schlagen Brücken

Gemeinsame Einrichtung KVG

Industriestrasse 78

CH-4600 Olten

Telefon + 41 32 625 30 09

Öffnungszeiten Mo bis Do: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 17:00 Uhr
Fr: 8:00 – 12:00 und 13:30 – 16:00 Uhr

E-Mail customers@kvg.org

Website www.kvg.org

Inhaltsverzeichnis

1. Vorübergehender Aufenthalt	2
2. Reisen zum Zwecke der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung.....	3
3. Leistungsanspruch	3
4. Rechnungskontrolle.....	3
5. Übersicht der Leistungen.....	4
6. Kostenbeteiligung	6
7. Rückerstattung	7
8. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz	7
9. Ombudsstelle.....	7
10. Rechtsweg	8

1. Vorübergehender Aufenthalt

Personen, die einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem der EU/EFTA* angehören, haben während eines vorübergehenden Aufenthaltes in der Schweiz Anspruch auf unvorhergesehene medizinische Behandlungen bei Krankheit, Nichtberufsunfall oder Mutterschaft, sofern sie Staatsangehörige der EU/EFTA, Familienangehörige eines EU/EFTA-Staatsbürgers, Staatenlose oder Flüchtlinge sind. Die Gemeinsame Einrichtung KVG nimmt für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung vor und koordiniert die Abrechnung der Behandlungskosten sowie die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Von einem vorübergehenden Aufenthalt spricht man, wenn die Person beabsichtigt, sich nur für eine begrenzte Dauer und zu einem bestimmten Zweck in der Schweiz aufzuhalten, um anschliessend wieder in ihren Heimatstaat zurückzukehren. Die Aufenthaltsdauer ist also im Voraus bekannt. Es muss nicht zwingend ein fixes Datum der Rückreise bekannt sein, sondern es genügt, wenn die Person einen ungefähren Zeitraum nennt (z.B. „ich beabsichtige, mich für eineinhalb Jahre zu Studienzwecken in der Schweiz aufzuhalten“). Voraussetzung ist, dass sich der Lebensmittelpunkt für die Dauer des vorübergehenden Aufenthalts weiterhin im Heimatstaat befindet.

Der Zweck des Aufenthalts kann sein:

- Ferien / Urlaub
- Studium
- Entsendung
- Geschäftsreise
- Besuch von Familienangehörigen, Freunden etc.
- Erwerbstätigkeit, wenn es sich um Grenzgänger aus Frankreich, Italien oder Österreich handelt und sie sich für das gesetzliche Krankenversicherungssystem ihres Wohnstaats entschieden haben (Optionsrecht)
- etc.

*EU-Staaten: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern. EFTA-Staaten: Island, Liechtenstein, Norwegen.

Wer während seines vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz medizinische Behandlungen benötigt, legt direkt dem Leistungserbringer in der Schweiz den von seiner Krankenversicherung ausgestellten, gültigen Anspruchsnachweis sowie einen Identitätsnachweis (z. B. Personalausweis, Pass) vor.

Anspruchsnachweise sind:

- Europäische Krankenversicherungskarte
- provisorische Ersatzbescheinigung für die Europäische Krankenversicherungskarte.

Wichtig: Die Europäische Krankenversicherungskarte deckt nicht Ihre Kosten, wenn Sie sich zum Zwecke einer medizinischen Behandlung in die Schweiz begeben.

2. Reisen zum Zwecke der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung

Beabsichtigen Sie die Reise in die Schweiz, um eine medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen, so beantragen Sie bitte zwingend **vorher** die Kostenübernahme bei Ihrer zuständigen Krankenversicherung. Das gilt sowohl bei ambulanter als auch bei stationärer Behandlung. Wird die Kostenzusage erteilt, stellt Ihre Krankenversicherung die Bescheinigung S2 (Anspruch auf eine geplante Behandlung) aus.

Achtung: Die Behandlungskosten können nur dann über die Gemeinsame Einrichtung KVG abgerechnet werden, wenn die Bescheinigung S2 gültig und aktuell ist.

3. Leistungsanspruch

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, einer leistungsberechtigten 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.

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

4. Rechnungskontrolle

Die Gemeinsamen Einrichtung KVG koordiniert für die ganze Schweiz die Anspruchsprüfung, kontrolliert die Rechnungen im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen sowie den vertraglichen und tariflichen Vereinbarungen und nimmt die Abrechnung der Behandlungskosten vor sowie anschliessend die Weiterverrechnung an die zuständige Krankenversicherung im Ausland.

Geldleistungen (Taggelder) werden nicht über die Gemeinsame Einrichtung KVG, sondern direkt von der zuständigen Krankenversicherung im Ausland bezahlt.

5. Übersicht der Leistungen

Die nachfolgende Liste gibt Ihnen eine Übersicht über die Leistungen, welche aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG übernommen werden. Die Liste ist nicht abschliessend.

Leistung	Bemerkungen
Ambulante Behandlung nach Methoden der Schulmedizin	Kostenübernahme bei zugelassenen Ärzten, Chiropraktoren und Hebammen sowie nach ärztlicher Verordnung bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Pflegefachpersonen bzw. Organisationen der Krankenpflege zu Hause sowie Ernährungsberatern.
Ambulante Behandlung nach alternativen Heilmethoden (Komplementärmedizin)	Bei zugelassenen Ärzten mit anerkannter Weiterbildung in der betreffenden Behandlungsdisziplin: <ul style="list-style-type: none"> • Akupunktur • Anthroposophische Medizin • Arzneimitteltherapie bei Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) • Ärztliche Klassische Homöopathie • Phytotherapie
Medikamente	Vom Arzt abgegebene oder verordnete Medikamente, sofern diese in der Arzneimittel- oder Spezialitätenliste für die gegebene Indikation aufgeführt sind (andere Medikamente werden nicht übernommen, auch nicht teilweise).
Mittel und Gegenstände	Vom Arzt verordnete Mittel und Gegenstände, die der Untersuchung oder Behandlung dienen, wie z.B. Bandagen, Gehhilfen, Orthesen, Verbandmaterial, Inkontinenzhilfen, usw. gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL).
Zahnärztliche Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenübernahme bei Zahnunfall, sofern keine Unfallversicherung dafür aufkommt. • Bei schwerer Erkrankung des Kausystems oder als Folge einer schweren Allgemeinerkrankung gemäss den in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) definierten Fällen.
Geburtsgebrechen	Kostenübernahme für gleiche Leistungen wie bei Krankheit, sofern die schweizerische Invalidenversicherung nicht leistungspflichtig ist.
Psychotherapie	Kostenübernahme bei einem zugelassenen Arzt oder bei Delegation an einen nicht ärztlichen Psychologen oder Psychotherapeuten (jedoch nur unter Aufsicht und in der Praxis des delegierenden Arztes).

Laboranalysen	Ärztlich angeordnete Analysen gemäss Analysenliste.
Stationäre Behandlung in einem Spital	Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Medizinische Rehabilitation	Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Versicherten und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes. Bei stationärer Rehabilitation Kosten für Aufenthalt und Behandlung in der allgemeinen Abteilung bei ausgewiesener Spitalbedürftigkeit. Spitäler sind zugelassen, wenn sie auf der kantonalen Spitalliste mit entsprechendem Leistungsauftrag aufgeführt sind.
Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim	Kostenübernahme von Untersuchungen, Behandlungen und Pflegemassnahmen durch: <ul style="list-style-type: none"> • Pflegefachpersonen • Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause • Pflegeheimen
Badekuren	Während höchstens 21 Tagen pro Kalenderjahr einen täglichen Beitrag von CHF 10 an die Kosten von ärztlich angeordneten Badekuren in zugelassenen Heilbädern sowie Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Erholungskuren	Kostenübernahme für Arzt, Medikamente und Physiotherapien.
Mutterschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Sieben Kontrolluntersuchungen vor der Geburt durch die Hebamme oder der Ärztin / dem Arzt sowie eine Kontrolluntersuchung nach der Geburt durch die Ärztin / dem Arzt • Zwei Ultraschallkontrollen • Kostenübernahme für die Entbindung zu Hause, in einem Spital (allgemeine Abteilung) oder Geburtshaus • Drei Stillberatungen durch Hebammen oder durch speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachpersonen • Max. CHF 150 für Kurse der Geburtsvorbereitung durch Hebammen • Betreuung im Wochenbett durch die Hebamme max. 10 Hausbesuche innert 56 Tagen
Massnahmen der Prävention	Kostenübernahme für folgende Massnahmen der medizinischen Prävention: <ul style="list-style-type: none"> • prophylaktische Impfungen • Massnahmen zur Prophylaxe von Krankheiten

	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchungen des allgemeinen Gesundheitszustandes • Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten bei bestimmten Risikogruppen • Massnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten in der allgemeinen Bevölkerung oder einer bestimmten Altersgruppe
Gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen	Die ersten beiden Untersuchungen inklusive Krebsabstrich im Jahresintervall und danach alle drei Jahre.
Beitrag an Transportkosten	<p>Kostenübernahme von 50% der Kosten von medizinisch indizierten Krankentransporten zu einem zugelassenen, für die Behandlung geeigneten und im Wahlrecht des Versicherten stehenden Leistungserbringer, wenn der Gesundheitszustand den Transport in einem anderen öffentlichen oder privaten Transportmittel nicht zulässt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • max. CHF 500 pro Kalenderjahr für Transportkosten • max. CHF 5'000 pro Kalenderjahr für Rettungskosten

6. Kostenbeteiligung

Die Versicherten beteiligen sich an den Kosten der für sie erbrachten Leistungen. Diese Kostenbeteiligung besteht bei Personen, die sich nur vorübergehend in der Schweiz aufhalten aus einer Pauschale für Franchise und Selbstbehalt. Sie leisten zudem einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital.

- Die Pauschale beträgt CHF 92 pro 30 Behandlungstage für Erwachsene und CHF 33 für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr.
- Der tägliche Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital beträgt CHF 15 für Personen ab 25 Jahren.
- Bei Mutterschaftsleistungen wird keine Kostenbeteiligung erhoben.

Dieser 30-Tage-Zeitraum für die Berechnung der Kostenbeteiligung beginnt mit dem ersten Behandlungstag.

Bei Direktzahlung der Rechnung durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an den Leistungserbringer (tiers payant) wird die Kostenbeteiligung der versicherten Person im Nachhinein separat in Rechnung gestellt oder bei Rückerstattung an die versicherte Person (tiers garant) direkt vom Betrag abgezogen.

7. Rückerstattung

Die Rechnungsstellung durch den Leistungserbringer erfolgt gemäss den unterschiedlichen kantonalen Verträgen und Tarifen entweder an die Gemeinsame Einrichtung KVG (tiers payant) oder an die versicherte Person (tiers garant).

Damit wir eine Rückerstattung garantieren können, benötigen wir von Ihnen die Originalrechnung, eine Kopie Ihres Anspruchs- und Identitätsnachweises (z. B. Personalausweis, Pass) sowie Ihre vollständigen Bankangaben:

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

8. Mitwirkungspflicht, Einholung von Auskünften, Schweigepflicht, Datenschutz

Die Gemeinsame Einrichtung KVG untersteht den Bestimmungen des schweizerischen Gesetzes über den Datenschutz (DSG), des Gesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG). Sie ist berechtigt, Personendaten, einschliesslich besonders schützenswerter Personendaten und Persönlichkeitsprofile, zu bearbeiten, die sie benötigt, um die ihr nach dem KVG übertragenen Aufgaben zu erfüllen (Art. 84 KVG). Der Umgang mit den Daten ist im Bearbeitungsreglement geregelt, welches Sie auf unserer Website finden ([www.kvg.org/Über uns/Corporate governance](http://www.kvg.org/Über_uns/Corporate_governance)). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstehen der Schweigepflicht. Soweit die Abklärung Ihrer Ansprüche es erfordert sind Sie verpflichtet, wahrheitsgemäss Auskunft zu geben. Bei Bedarf verlangt die Gemeinsame Einrichtung KVG von Ihren behandelnden Ärzten eine genaue Diagnose und zusätzliche Auskünfte medizinischer Natur zu Händen ihres Vertrauensarztes. Wünschen Sie Auskunft über Ihre Daten, welche die Gemeinsame Einrichtung KVG über Sie bearbeitet, wenden Sie sich bitte schriftlich an unseren Rechtsdienst und legen Sie einen Identitätsnachweis bei.

9. Ombudsstelle

Haben Versicherte Probleme mit ihrer Krankenversicherung, können sie die Dienste der Ombudsstelle der Krankenversicherung beanspruchen. Die Ombudsstelle befasst sich mit Fragen und Problemen, die zwischen Versicherten und Krankenversicherung auftreten.

Ombudsstelle Krankenversicherung, Morgartenstr. 9, Postfach 3565, 6002 Luzern

Telefon deutsch: +41 41 226 10 10
Telefon französisch: +41 41 226 10 11
Telefon italienisch: +41 41 226 10 12
Website: www.om-kv.ch

10. Rechtsweg

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Gegen Verfügungen kann innerhalb von 30 Tagen bei der verfügenden Stelle Einsprache erhoben werden.

Die Einspracheentscheide sind innert angemessener Frist zu erlassen. Sie werden begründet und mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Das Einspracheverfahren ist kostenlos. Parteientschädigungen werden in der Regel nicht ausgerichtet.

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden. Jeder Kanton bestellt ein Versicherungsgericht als einzige Instanz zur Beurteilung von Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung.

Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat.

Anmerkungen:

Die in diesem Informationsblatt enthaltenen Angaben begründen keinen Rechtsanspruch. Rechtlich verbindlich sind die massgebenden Rechtserlasse (das schweizerische Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG sowie die dazugehörigen Vollzugsverordnungen und die dazu ergangene Rechtsprechung). Das Informationsblatt finden Sie auch auf unserer Website (www.kvg.org/Privatpersonen/Assistance).