

## Antworten auf die Fragen der TeilnehmerInnen an der Erfa-Tagung vom 16.11.2011

### Versicherungspflicht

- 1) Wo ist eine deutsche Staatsangehörige während ihres Mutterschaftsurlaubs versicherungspflichtig, welche in der Schweiz wohnte und arbeitete und nach der Niederkunft zurück nach Deutschland gezogen ist. Unseres Erachtens muss sie die Krankenversicherung in der Schweiz während des Mutterschaftsurlaubs beibehalten, weil sie weiterhin den Lohn vom schweizerischen Arbeitgeber bezieht. Deutschland hat sie aber aufgefordert, sich unmittelbar nach Wohnsitznahme bei der deutschen Sozialversicherung zu versichern. Was ist nun richtig?

Antwort: Ihre Auffassung ist grundsätzlich richtig. Solange die Frau vom schweizerischen Arbeitgeber angestellt ist und Lohn bezieht, untersteht sie auch der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz. Der Erwerbssersatz aus der Mutterschaftsversicherung wird wie ein Lohn angesehen. Allerdings fragt es sich, ob nicht die Tatsache ihres Umzugs nach Deutschland das Optionsrecht auslöst. Sie kommt ja neu in eine vergleichbare Situation wie eine Grenzgängerin, wenn sie in Deutschland wohnt und als quasi Erwerbstätige den schweizerischen Rechtsvorschriften untersteht. Allerdings gibt es ein Problem mit der Kontrolle durch den Kanton. Dieser erhält ja in so einem Fall keine Grenzgänerbewilligung und wird sich deshalb vielleicht auch nicht als zuständig erachten für eine Befreiung.

Trotzdem: Wenn die Frau sich in Deutschland versichern will und Ihnen eine Aufnahmebestätigung der deutschen Versicherung vorweist, müssten Sie sie wohl gehen lassen. In so einem Fall lohnt es sich, die Situation mit der Versicherten und dem Nachversicherer zu besprechen, damit Versicherungslücken oder unnötige Wechsel vermieden werden können. Wichtig zu wissen wäre auch, ob sie nach dem Mutterschaftsurlaub wieder die Arbeit aufnimmt, oder ob sie zuhause bleibt und beim Ehemann mitversichert wird.

### Prämien

- 2) Wir haben zunehmend Schwierigkeiten mit Versicherten, welche im Wohnland mit dem Formular E 106 oder E 121 beim aushelfenden Träger registriert sind, aber die Krankenversicherungsprämien nicht mehr bezahlen. Sie nehmen weiterhin Leistungsaushilfe in Anspruch, welche dann mit dem Formular E 125 zu unseren Lasten fällt, obwohl wir keine Prämieinnahmen mehr erhalten. Im Falle von Frankreich ist die Note conjointe vom 10. Januar 2008 („Versicherte, welche ihre Prämien nicht bezahlen, können keine Leistungsaushilfe der CPAM an ihrem Wohnort beanspruchen“) in der Praxis nicht anwendbar. Gemäss den Angaben einer CPAM ist es technisch nicht möglich, nach Erhalt eines Formulars E 108 (Leistungssperre) den Zugang dieser Personen zu Behandlungen mit der carte vital zu blockieren. Auch erhalten wir alle unsere Formulare E 108 zurück mit dem Vermerk, dass sie nicht akzeptiert wurden.

Es kommt für unsere Kasse nicht mehr in Frage, die Kostenforderungen (Formulare E 125) zu bezahlen, ohne die dafür bestimmten Prämien einzunehmen. Die Prämienausstände machen bei unserer Kasse sehr bedeutende Beträge aus. Welche Lösungen schlagen Sie in solchen Fällen vor angesichts der Tatsache, dass Betreibungen im Ausland durch

spezialisierte Firmen im Vergleich zum geringen Erfolg relativ teuer sind? Hätten wir andere Möglichkeiten für den Ausschluss oder die Leistungssperre?

Antwort: Das Problem mit der Umsetzung von Leistungssperren, insbesondere in Frankreich, ist bekannt. Wir wissen, dass die CPAM die Carte Vitale nicht sperren oder zurückziehen können und dass deshalb solche Personen unberechtigterweise Leistungen beziehen. Trotzdem hat die französische Verbindungsstelle CLEISS die Note conjointe unterzeichnet. Darauf stützen wir uns. Wenn Sie also nachweisen können, dass Sie das E108 an den aushelfenden Träger geschickt haben (am besten Sendung einschreiben lassen), dann werden wir die entsprechenden E125 absetzen.

Frankreich ist damit natürlich gar nicht zufrieden. Aber solange keine Vollstreckungsmöglichkeit in Frankreich existiert, ist es leider so, dass diese Personen sich der Zahlungspflicht entziehen können.

### Revidiertes Koordinationsrecht

- 3) Ist von Seiten der Gemeinsamen Einrichtung KVG vorgesehen, aufgrund der neuen EG-Verordnungen eine Schulung für die Krankenversicherer anzubieten, sobald das Freizügigkeitsabkommen angepasst ist, damit die Neuerungen/Änderungen auch wirklich in der Praxis umgesetzt werden können? Wir würden das sehr begrüßen, da aufgrund der sehr kompliziert verständlichen EU-Texte der Sinn oder Inhalt nicht immer klar hervorgeht.

Antwort: Nach Bekanntwerden des Datums der Anwendung der neuen EG-Verordnungen in der Schweiz wird das BAG die Krankenversicherer, Kantone und Leistungserbringer in einem Informationsschreiben über das revidierte Koordinationsrecht orientieren. Dann wird auch eine neue Broschüre der Gemeinsamen Einrichtung KVG über die Auswirkungen des Koordinationsrechts auf die Krankenversicherung bezugsbereit sein. Ausserdem sind Schulungen durch die Gemeinsame Einrichtung KVG vorgesehen, bei denen die neuen Bestimmungen erläutert werden und auf deren Umsetzung in die Praxis eingegangen wird. Eine detaillierte Übersicht über die wichtigsten Neuerungen im Bereich Krankenversicherung befindet sich auf der Homepage [www.kvg.org](http://www.kvg.org) in der Rubrik Koordination/Revision.

- 4) Ist es korrekt, dass aufgrund der neuen EG-Verordnungen auch bei Rentnern mit Wohnsitz im EU-Raum und dort wo eine Pauschalzahlung vereinbart ist, neu eine europäische Krankenversicherungskarte abgegeben werden muss, die der Versicherte ausser im Wohnland in allen andern Ländern der EU/EFTA vorweisen muss? Trotzdem werden aber die Kosten im Wohnland pauschal fakturiert. Dies wird sicher auch auf die Prämien-gestaltung einen Einfluss haben müssen. Haben auch diese Rentner ein Behandlungswahlrecht?

Für welche Versicherten darf keine europäische Krankenversicherungskarte ausgestellt werden?

Antwort: Es trifft zu, dass ab Anwendung der neuen EG-Verordnungen in der Schweiz auch den Rentnern und ihren Familienangehörigen mit Wohnsitz in einem EU-Staat eine europäische Krankenversicherungskarte ausgestellt werden muss. Einzige Ausnahme sind Rentner mit Drittstaatsangehörigkeit, weil Drittstaatsangehörige nicht in den Geltungsbereich des Personenfreizügigkeitsabkommens fallen. Es besteht kein Zusammenhang mit der Erstattung der Kosten zwischen aushelfendem und zuständigem Träger. Finnland, Grossbritannien, Irland, Italien, Malta, Niederlande, Portugal, Schweden und Spanien wenden Monatspauschalen an, die übrigen Staaten stellen die effektiven Kosten in Rechnung. Zum Behandlungswahlrecht siehe nächste Frage.

- 5) Für welche Versicherten gilt das Behandlungswahlrecht gemäss den neuen EG-Verordnungen? Gilt es auch für die Familienangehörigen der Versicherten gemäss Art. 4a KVG? Erfolgen dann die Erstattungen der Forderungen für alle Familienangehörigen nach effektiven Kosten?

Antwort: Ab Anwendung der neuen EG-Verordnungen in der Schweiz haben alle in der Schweiz versicherten Personen, welche in einem EU-Staat wohnen, das Behandlungswahlrecht. Sie können sich entweder im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen. Das Behandlungswahlrecht gilt also beispielsweise auch für die Rentner und ihre Familienangehörigen, für die Familienangehörigen der Grenzgänger sowie für die Familienangehörigen von in der Schweiz wohnenden und erwerbstätigen Personen. Zur Kostenerstattung siehe vorherige Frage.

### Verschiedenes

- 6) An der EESSI-Infotagung des BAG vom 30.6.2011 wurde von Herrn Faller eine Aussage gemacht, dass aufgrund der neuen EU-Richtlinien die Wahlfreiheit der Patienten für Behandlungen im EU-Raum ausgedehnt werden soll, resp. dass das Territorialitätsprinzip im KVG dadurch wegfällt. Ist diese Aussage zutreffend? Falls ja, was würde das bedeuten?

Antwort: Hier geht es um die Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Inhalt der Richtlinie:

- Versicherte haben das Recht, Gesundheitsdienstleistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen, wenn sie im inländischen Leistungskatalog aufgeführt sind. Die Kosten werden in gleicher Höhe wie im Wohnsitzland erstattet. Im stationären Bereich und bei hochspezialisierten ambulanten Leistungen besteht die Möglichkeit einer Vorabgenehmigung durch den Versicherungsstaat.
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten bei der Gesundheitsversorgung: Erleichterung der Zusammenarbeit auf regionaler und lokaler Ebene, d. h. in Grenzregionen, Unterstützung beim Aufbau europäischer Referenznetze für hochspezialisierte Gesundheitsdienstleistungen, elektronische Gesundheitsdienste (eHealth), Bewertung von Gesundheitstechnologien.
- Errichtung nationaler Kontaktstellen für die Information der Patientinnen und Patienten.
- Anerkennung von grenzüberschreitenden Verschreibungen von Medikamenten und Medizinprodukten.

Auswirkungen auf die Schweiz:

- 30 Monate Übergangsfrist für die EU-Staaten.
- In der Schweiz gilt grundsätzlich das Territorialitätsprinzip, das KVG sieht Ausnahmefälle vor: Notfälle, Leistungen, die in der Schweiz nicht erbracht werden können, Ansprüche aus der europäischen Krankenversicherungskarte, Zustimmungsfälle mit dem Formular E 112, grenzüberschreitende Pilotprojekte.
- Anpassung des Territorialitätsprinzips im KVG wäre erforderlich.
- Die Schweiz hat mit der EU noch nicht über die Übernahme der Richtlinie verhandelt. Die Verwaltung prüft die möglichen Handlungsoptionen.
- Verhandlungen der Schweiz mit der EU über ein Abkommen in den Bereichen Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit, Produktsicherheit und Gesundheit (FHAL/GesA). Übernahme des Acquis communautaire im Bereich Gesundheit.

- 7) Wir haben ungefähr 20 Grenzgänger oder Rentner, bei denen die Adresse nicht stimmt. Die Post kommt immer zurück. Gibt es irgendwo ein Amt, wo eine Adresse in Europa ausfindig gemacht werden kann? Wie sollen wir bei diesen Versicherten weiter vorgehen?

Antwort: Es gibt keine zentrale europäische Institution, über welche ein aktueller Datenbestand (hier: Adresse) der Versicherten abgefragt werden kann.

Ergeben sich durch mangelnde oder falsche Angaben von Adressdaten Unterbrüche in der Korrespondenz oder werden Briefe gar nicht erst zugestellt, so können folgende Lösungen in Betracht gezogen werden:

- a) Bei Grenzgängern empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, sofern dieser bekannt ist.
  - b) Bei Rentnern kann die Schweizerische Ausgleichskasse um Auskunft gebeten werden.
  - c) Allgemein kann im Rahmen der Verwaltungshilfe gemäss Art. 84 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. (vorbehältlich des Beginns der Anwendung durch die Schweiz) Art. 76 Verordnung (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. Art. 20 Verordnung (EG) Nr. 987/2009 eine Anfrage beim aushelfenden Träger des Wohnstaats gemacht werden. Voraussetzung hier ist, dass der Versicherte im Rahmen der Leistungsaushilfe beim aushelfenden Träger registriert ist.
  - d) Anfrage bei der Einwohnerkontrolle der zuletzt zuständigen Gemeinde, vorbehältlich der in diesem Staat geltenden Datenschutzrichtlinien.
- 8) Wie ist das Vorgehen, wenn sich ein Versicherter zum Zwecke der Behandlung in einen EU/EFTA-Staat begibt? Sind wir grundsätzlich verpflichtet, ein E 112 auszustellen?

Antwort: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt auf Grundlage des Territorialitätsprinzips grundsätzlich nur Leistungen, die in der Schweiz erbracht werden. Unter gewissen Bedingungen kann sich der Versicherte jedoch nach vorheriger Zustimmung (Genehmigung) seines Krankenversicherers zur medizinischen Behandlung in einen EU-/EFTA-Staat begeben.

Die Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn es sich um eine Pflichtleistung im Wohnstaat (hier: Schweiz) handelt und wenn der Versicherte in Anbetracht seines Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit die Behandlung im Wohnstaat nicht innerhalb eines Zeitraumes in Anspruch nehmen kann, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist (Art. 22 Abs. 1 lit. b) i.V.m. Art. 22 Abs. 2 Satz 2 Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bzw. (vorbehältlich des Beginns der Anwendung durch die Schweiz) Art. 20 Abs. 1 und 2 Verordnung (EG) Nr. 883/2004).

Der Krankenversicherer ist zwar grundsätzlich verpflichtet, das Formular E 112 auszustellen, wenn die in der Verordnung genannten Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind. Dies dürfte eher selten der Fall sein.

Im Weiteren wird auf die beiden Informations- bzw. Kreisschreiben des Bundesamtes für Gesundheit verwiesen:

Informationsschreiben vom 8. April 2008 über die medizinische Behandlung im Ausland  
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03846/index.html?lang=de>  
 Kreisschreiben EU 04/1: Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland resp. in der Schweiz im Rahmen des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Abkommens  
<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00316/03842/index.html?lang=de>

**Fazit:** Die Bestimmungen des Koordinationsrechts sind restriktiv und auch so in der Praxis anzuwenden.