

## Antworten auf die Fragen der TeilnehmerInnen an der Erfatagung vom 3.11.2010

### Versicherungspflicht

- 1) Wir haben Personen mit einer EU-Krankenversicherung, welche mit dem Status Grenzgänger durch eine Zwangszuweisung bei uns versichert sind. Davon bezahlen einige ihre Prämien nicht und das bereits über Jahre. Gleichzeitig stellen wir fest, dass diese Leute keine Leistungen beziehen. Das Formular E 106 wurde mit Formular E 108 aufgehoben und durch den aushelfenden Träger bestätigt. Was können wir mit solchen Personen machen? Müssen solche Personen bis zur Aufhebung der Zwangszuweisung einfach versichert bleiben?

Antwort: Zunächst ist zu klären, ob der Grenzgänger immer noch der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstellt ist. Dazu kann mit dem Formular E 001 Auskunft beim aushelfenden Träger oder beim Arbeitgeber eingeholt werden. Wenn die Person nicht mehr als Grenzgänger tätig ist und keine Versicherungspflicht mehr besteht, muss bei der zuständigen Stelle die Aufhebung der Zwangszuweisung beantragt werden. Im Falle eines Fortbestehens der Grenzgängertätigkeit darf die Versicherung nicht beendet werden. Im Verhältnis zu Deutschland ist ein Beitragseinzug möglich (siehe Rundschreiben des BAG vom 27.01.2004).

Was die Zuweisungen durch den Kanton Tessin betrifft, empfehlen wir den betroffenen Krankenversicherern, mit der zuständigen Stelle Kontakt aufzunehmen und anzufragen, wie mit den Zuweisungen weiter zu verfahren ist. Dabei kann auf die verschiedenen Probleme hingewiesen werden wie administrativer Mehraufwand, Mahnspesen, Zahlung in den Risikoausgleich obwohl keine Prämien bezahlt werden usw. Das Bundesgericht hat einem Beschwerdeführer Recht gegeben (September 2010), welcher sich wegen formeller Mängel bei der Information zum Optionsrecht beschwerte. Die Zuweisung wurde aufgehoben und er konnte nachträglich das Optionsrecht ausüben. Der Kanton Tessin wird voraussichtlich mit Italien über eine Lösung verhandeln müssen.

- 2) Wie müssen wir Fälle behandeln, in denen Jugendliche im Alter zwischen 20 und 25 Jahren nach Frankreich umziehen, um dort eine Ausbildung zu absolvieren, wenn sie weiterhin von ihren Eltern unterstützt werden, welche in der Schweiz wohnen und arbeiten? Gemäss unseren Rechtsvorschriften sind diese Jugendlichen als Familienangehörige anzusehen, welche in der Schweiz versichert bleiben müssen (mit der EU-Prämie). Dennoch hat Frankreich das Formular E 109 für Jugendliche in dieser Situation nicht akzeptiert, da sie älter als 20 Jahre waren.

Antwort: Wer als nichterwerbstätiger Familienangehöriger anzusehen ist, bestimmt sich nach dem Recht des Wohnlands, hier also nach französischem Recht. Nach Rücksprache mit der französischen Seite besteht in Frankreich für über 20 jährige Studenten ein spezielles „Régime“ bei der Krankenversicherung der Sécurité Sociale (Kosten ca. € 200.00 / Jahr). Diese Studenten gelten demnach nicht als Familienangehörige. Frankreich hat die Eintragung demzufolge aufgrund dieser Pflicht verweigert. Dies sollte als Grund auf der Nichteintragungsmittelung (E 109) aufgeführt sein.

- 3) Wie verhält es sich mit der Versicherungspflicht, wenn die in Frage 2 erwähnten Jugendlichen uns mitteilen, dass sie von der Schule gezwungen wurden, sich in Frankreich zu versichern und uns einen Ausweis der französischen Krankenversicherung zustellen? Können wir solche Kündigungen akzeptieren, auch wenn Familienangehörige, welche von in der Schweiz wohnenden und arbeitenden Personen unterstützt werden, in der Schweiz

versicherungspflichtig sind? Aus Sicht Frankreichs besteht ein Optionsrecht, aber solange dieses nicht ausgeübt wird, besteht die Unterstellung in der Schweiz weiterhin.

Antwort: Siehe auch Frage 2. Die Kündigung kann so akzeptiert werden, da es sich ja um eine Pflichtversicherung handelt.

- 4) Wie ist das Vorgehen, wenn ein Versicherter ins EU-Ausland weggezogen ist, ohne eine Adresse anzugeben und von dem wir wissen, dass er weiterhin ein Einkommen aus der Schweiz bezieht (Rente oder Erwerbseinkommen), der aber trotz unserer Instruktionen nichts unternommen hat, um beim Kanton oder bei der GE KVG das Optionsrecht auszuüben? Sind wir verpflichtet, die OKP-Versicherung aufrecht zu erhalten im Wissen, dass es uns wegen der fehlenden Adresse unmöglich ist, die Prämien einzukassieren?

Antwort: Die Versicherungspflicht besteht weiter. Dies solange nicht feststeht, dass in der Schweiz keine Versicherungspflicht mehr besteht oder ein Nachversicherer den zukünftigen Versicherungsschutz bescheinigt. Es ist uns bewusst, dass diese Antwort nicht zu befriedigen vermag. Es liegen jedoch keine gesetzlichen Grundlagen vor, um die Versicherung zu beenden.

Wichtig: Wenn möglich alle Mittel ausschöpfen, um Nachforschungen und Rückfragen (ehemaliger Arbeitgeber / CH-Rententräger) zu machen. Dies mit dem Ziel festzustellen, ob die Krankenversicherungspflicht tatsächlich weiter besteht resp. nicht mehr gegeben ist und somit die Versicherung beendet werden kann. Spätestens bei der ersten Geltendmachung von Leistungen (in der Schweiz oder in der EU/EFTA im Rahmen der Leistungsaushilfe) ist zu reagieren.

- 5) Eine Person aus einem EU-Staat ohne Aufenthaltsbewilligung kommt in den Strafvollzug. Untersteht diese Person der Versicherungspflicht in der Schweiz? Wenn ja, welcher Artikel des KVG/VVG ist anzuwenden?

Antwort: Nein. Gemäss Art. 26 lit. d ZGB begründet der Aufenthalt an einem Orte zum Zweck des Besuches einer Lehranstalt und die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs-, Versorgungs-, Heil- oder Strafanstalt keinen Wohnsitz. Demzufolge besteht keine Versicherungspflicht.

- 6) Bleibt eine Person, die zu Forschungszwecken in einen EU-Staat geht, weiterhin in der Schweiz versicherungspflichtig? Wenn ja, welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Antwort: Wenn eine Entsendung von der Schweiz in die EU/EFTA erfolgt, bleibt die betreffende Person weiterhin den schweizerischen Rechtsvorschriften unterstellt. Ist die Person im Rahmen dieser Forschungstätigkeit weiterhin der AHV-Pflicht unterstellt, stellt die Ausgleichskasse das Formular E 101 oder E 102 aus. Wenn die Entsendung länger als zwei Jahre dauert, stellt das BSV eine Sondervereinbarung nach Art. 17 der VO 1408/71 aus.

Ohne Entsendung ist die Person der Versicherungspflicht im Beschäftigungsstaat unterstellt. Je nach Land gibt es eventuell eine Befreiungsmöglichkeit für Forscher. In diesem Fall kann die KVG-Versicherung weitergeführt werden, solange der Wohnsitz in der Schweiz verbleibt.

Wenn die Person ein Stipendium bezieht, gilt sie als Student. Die Versicherungspflicht in der Schweiz bleibt bestehen, solange sie hier Wohnsitz hat.

### Verschiedenes

- 7) Wann muss ein Entsandter in die Versicherung mit EU-Prämie umgeteilt werden (mit Ausstellung des Formulars E 106) und wann kann er die "normale" OKP- und VVG-Versicherung behalten? Sein Lohn kommt aus der Schweiz. Er bezahlt seine Steuer in der Schweiz, aber er hat trotzdem sein Domizil im Ausland. Was gilt als Domizil? Wo er

arbeitet und Steuern bezahlt oder wo er schläft? Was ist genau gemeint mit Art. 4 KVV?

Die Formulare E101 oder E 102 werden selten ausgefüllt. Wer ist zuständig für die Ausstellung solcher Formulare? Von wem müssen sie genehmigt werden? Wer kontrolliert die Versicherungspflicht nach Ablauf der sechsjährigen Entsendungsdauer?

Antwort: Entsandte arbeiten im Ausland und halten sich dort für kürzere oder längere Zeit auf. Das Besondere an der Entsendung besteht darin, dass sie nicht den Regeln des Beschäftigungslandes unterstellt werden, sondern dass sie weiterhin AHV/IV-Beiträge, UVG-, ALV-Beiträge etc. in der Schweiz bezahlen. Entsprechend sind sie auch in der Schweiz krankenversicherungspflichtig. Die Entsendung ist also primär nicht ein Problem der Krankenversicherung, sondern der Ausgleichskassen. Auf der Website des BSV ([www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:130/lang:deu](http://www.bsv.admin.ch/vollzug/documents/index/category:130/lang:deu)) finden Sie darüber ein Merkblatt.

Wenn die Entsendung nur kurz dauert (weniger als ca. 1 bis 2 Jahre) bleiben in der Regel die Beziehungen zur Schweiz erhalten. Dies ist vor allem auch dann der Fall, wenn die Person alleine in das Beschäftigungsland zieht, dort vielleicht nur ein Zimmer hat und häufig die in der Schweiz zurückbleibende Familie besucht. In diesen Fällen geht man davon aus, dass der Lebensmittelpunkt in der Schweiz verbleibt. Die Person wird sich für grössere medizinische Behandlungen in die Schweiz begeben. Für Bagatellfälle kann sie sich mit der EHIC am Beschäftigungsort behandeln lassen.

Wenn die Entsendung länger dauert und wenn der Entsandte seine Familie mitnimmt in das Beschäftigungsland, deutet das auf eine Verlegung des Wohnsitzes hin. Der Entsandte und seine Familie kommen auch für umfangreichere medizinische Behandlungen nicht in die Schweiz zurück, sondern lassen sich im Beschäftigungsland behandeln. In einem solchen Fall haben die Versicherten ein Interesse daran, mit dem E-106-Formular eingeschrieben zu werden, damit sie auch geplante Behandlungen im Beschäftigungsland durchführen lassen können.

Das Formular E101 wird von den Ausgleichskassen auf Antrag des Arbeitgebers ausgestellt. Der Versicherte braucht es als Nachweis gegenüber dem ausländischen Sozialversicherungsträger, dass er dort keine Beiträge bezahlen muss. Das Formular E102 muss der Arbeitgeber bei der zuständigen Stelle des Beschäftigungsstaates beantragen. Wenn die Entsendung länger als zwei Jahre dauert, braucht es eine Vereinbarung nach Art. 17 der VO 1408/71. Dafür ist das BSV zuständig.

Wenn die Entsendungsdauer abläuft (spätestens nach sechs Jahren) und die Person im Ausland bleibt, untersteht sie dem Recht des Beschäftigungsstaates. In den meisten Staaten sollte sie also automatisch dort auch krankenversichert werden und entsprechende Beiträge bezahlen. Sie hat dann selber ein Interesse, sich von Ihrer Versicherung abzumelden. Von daher drängt sich eine Kontrolle Ihrerseits nicht auf.

- 8) Für Entsandte in die EU verlangen wir eine Kopie des Formulars E 101, welches die anwendbaren Bestimmungen für den Entsandten bestätigt, um ihn in die Versicherung mit EU-Prämie umzuteilen und das Formular E 106 auszustellen. Diese Fälle werden agendiert, um eine korrekte Erledigung zu sichern. Nach Ablauf eines Jahres verlangen wir eine Kopie des Formulars E 102 (wenn die Entsendung ein weiteres Jahr dauert) oder eine Kopie des Gesuchs um Verlängerung der Entsendung (Formular wird vom BSV ausgestellt), welche uns garantiert, dass der Versicherte immer noch entsandt ist und die Versicherungsdeckung seiner tatsächlichen Situation entspricht. Nun kommt es aber vor, dass wir diese Dokumente trotz mehrmaliger Aufforderung nicht erhalten. Wie weit sind wir verantwortlich und was können wir tun?

Antwort: Wie aus der Antwort zu Frage 7 hervorgeht, muss die entsandte Person nicht in jedem Fall in die Abteilung EU umgeteilt werden. Es soll mit ihr besprochen werden, wo sie in Zukunft ihren Lebensmittelpunkt haben wird, ob weiterhin in der Schweiz oder im Beschäftigungsstaat. Das krankenversicherungsrechtliche Hauptkriterium dafür ist, in welchem Land der Kunde auch geplante Behandlungen durchführen lassen möchte. Je nachdem ist die Ausstellung des E106-Formulars sinnvoll oder eben nicht.

Wenn der Kunde Ihnen keine Formulare zustellt, bleibt er wie bisher versichert, weil Sie ja keine Basis haben für eine Umteilung oder Entlassung aus der Versicherung. Eventuell gerät er dadurch in eine Doppelversicherung, nämlich dann, wenn er – wegen Ablauf der Entsendung - neu im Beschäftigungsstaat versicherungspflichtig wird. Darauf könnten Sie ihn aufmerksam machen. Soweit die nötigen Formulare nicht rechtzeitig erhältlich sind, genügen evtl. auch Lohnabrechnungen, auf denen die schweizerischen Sozialversicherungsbeiträge ersichtlich sind.

- 9) Grundsätzlich gilt, dass alle nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in dem Staat gegen Krankheit zu versichern sind, wo der erwerbstätige Familienteil arbeitet bzw. zuletzt gearbeitet hat. Die Familienangehörigen mit Wohnsitz im Ausland sind immer in der gleichen Krankenversicherung zu versichern wie der Vater/Ehemann (bzw. Mutter/Ehefrau).
- Ist dies im Gesetz (KVG/VVG) geregelt?
  - Falls dies im Gesetz nicht geregelt ist: Muss die Zusammenführung der Familie per sofort erfolgen oder muss die Kündigungsfrist eingehalten werden, wenn die Familienangehörigen nicht beim gleichen Versicherer sind?

Antwort: Bei Wohnsitz im Ausland muss die ganze Familie bei der gleichen Versicherung versichert werden. Das ist so vorgesehen in Art. 4a KVG. Wenn neu ein solcher Tatbestand auftritt, sind die Mutationen so rasch wie möglich vorzunehmen, am besten im Einvernehmen zwischen den betroffenen Versicherern und dem zuständigen ausländischen Träger. Kündigungsfristen brauchen dabei nicht beachtet zu werden.

- 10) Wir haben mit Frankreich wieder enorme Probleme, was den Versicherungsabschluss bei Rentnern betrifft. Die CPAM's lehnen kategorisch jeglichen Versicherungsabschluss ab und bestehen auf das Formular E 121, auch wenn die Versicherten nicht der CH-Versicherungspflicht unterstehen. Welche Lösung können wir diesen Kunden anbieten?

Antwort: Wir wissen, dass die Rentner, die nach Frankreich umziehen und sich dort direkt bei der CMU versichern wollen, immer wieder auf Schwierigkeiten stossen. Die CPAM bestehen darauf, dass sie das E121-Formular mitbringen sollen. Sie werden nicht darüber aufgeklärt, dass das E121 die Bedeutung einer Kostengutsprache seitens der schweizerischen Krankenkasse hat und eben gerade nicht der direkten Versicherung in Frankreich dient, sondern der Einschreibung zu Lasten der schweizerischen Krankenversicherung. Sehr wichtig ist die Einhaltung der 3-monatigen Frist. Die Kunden müssen deshalb rasch handeln und sehr hartnäckig und bestimmt auf ihr Optionsrecht hinweisen. Wo dieses Recht und seine Bedeutung nicht bekannt sind (in vielen CPAM ist das so), hilft es manchmal, wenn sie die „Note conjointe“ vorweisen. Dieses zwischen der Schweiz und Frankreich ausgearbeitete Dokument ist auf der Homepage der GE-KVG unter der Rubrik „Rentiers“ (nur französisch!) zum Download bereit.

- 11) Ein Kunde ist bei uns im Grenzgängervertrag (Deutschland) versichert. Er arbeitet nun nicht mehr in der Schweiz, teilt uns dies jedoch nie mit. In der Zeit, in welcher er nicht mehr der Versicherungspflicht in der Schweiz untersteht und fälschlicherweise noch bei uns versichert ist, bezieht er Leistungen.
- Wer muss für diese Leistungen aufkommen?
  - Müssen die deutschen Versicherer (gesetzlich oder privat) die Kunden rückwirkend aufnehmen?
  - Können wir die bezogenen Leistungen dem Kunden in Rechnung stellen?
  - Weitere Möglichkeiten?

Antwort: Die Zuständigkeiten hinsichtlich Versicherungspflicht sind im Koordinationsrecht grundsätzlich geregelt. Schwierigkeiten ergeben sich dann, wenn ein Versicherter nicht zu einem definierten Personenkreis gehört und demzufolge nicht eine automatische Versicherungspflicht im entsprechenden Staat auslöst. So liegt im Beispiel die Problematik darin, dass der Versicherte, nachdem er seinen Status als Grenzgänger verloren hat, nicht zu einem Personenkreis gehört, der Versicherungspflicht auslöst (Bsp.: Bezug von

Arbeitslosengeld, Bezug einer Rente). Erschwerend kommt hinzu, dass es in der Schweiz kein Meldeverfahren zwischen Arbeitgebern und Krankenkassen gibt, so dass die schweizerische Krankenkasse von den Angaben des Versicherten abhängig ist. Mit anderen Worten kann die Krankenkasse nur dann die Versicherung rechtzeitig beenden, wenn sie vom Versicherten über die Änderung des Sachverhalts informiert wird.

- a) Aus Art. 17 Abs. 2 VO 574/72 geht hervor, dass der aushelfende Träger grundsätzlich auf die Gültigkeit der Anspruchsbescheinigung (in diesem Fall E 106) vertrauen darf und zwar so lange, bis eine Mitteilung über den Widerruf eintrifft. Demzufolge muss der zuständige Träger die Kosten für die Behandlungen übernehmen, unabhängig von der Zuständigkeit des Versicherungsstaates. Art. 17 Abs. 2 VO 574/72 schützt den aushelfenden Träger vor Kostenrisiken, die sich aus rückwirkenden Änderungen der Zuständigkeit ergeben können.
  - b) Seit einiger Zeit besteht in Deutschland eine Versicherungspflicht auch für bisher nicht versicherte Personen. Diese Versicherungspflicht beruht auf nationalem Versicherungsrecht. Abklärungen haben ergeben, dass die deutsche Seite das nationale Recht als nachrangig zum EU-Recht betrachtet, so dass die deutsche Krankenkasse nicht zwangsweise eine Versicherung für die Zeit vor dem Eingang der Mitteilung über den Widerruf (E 108) durchführen muss. Sie stützt sich auf die unter a) aufgeführte Begründung.
  - c) Die Schweizerische Krankenkasse kann von der Möglichkeit Gebrauch machen, die Behandlungskosten vom Versicherten zurückzufordern, sofern zweifellos feststeht, dass er nicht mehr der Versicherungspflicht in der Schweiz unterliegt und er die für die Krankenkasse erforderlichen Angaben nicht gemacht hat.
  - d) Weitere Möglichkeiten können nur begrenzt ausgeschöpft werden. Ungeachtet der unter a)-c) erwähnten Punkte kann die Krankenkasse in Erwägung ziehen, eine einvernehmliche Lösung auf bilateralem Wege mit der entsprechenden deutschen Krankenkasse anzustreben.
- 12) In Frankreich wird die europäische Krankenversicherungskarte von Schweizer Touristen nicht akzeptiert. Diese Aussage haben wir von einem französischen Arzt erhalten. Sie akzeptieren nur die französische Carte vitale, diese Karte haben unsere Versicherten natürlich nicht. Auch in den Merkblättern der GE KVG wird empfohlen, die EHIC vorzulegen. Wie gehen wir weiter vor?

Antwort: Exkurs: Bei der „carte Vitale“ handelt es sich um die französische, nationale Versichertenkarte. Auf der Rückseite der „carte Vitale“ ist die europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) aufgedruckt.

Die Problematik, dass einzelne Leistungserbringer die EKVK nicht akzeptieren, ist altbekannt und taucht in allen EU-/EFTA-Staaten auf. Es gilt der Grundsatz, dass man mit der EKVK in jedem EU-/EFTA-Staat medizinische Leistungen direkt in Anspruch nehmen kann, ohne sich vorher an einen aushelfenden Träger vor Ort wenden zu müssen. Die medizinischen Leistungen werden zu denselben Bedingungen wie für die in diesem Staat Versicherten gewährt. Vor der medizinischen Behandlung sollte man sich beim Leistungserbringer vergewissern, ob er kassenärztlich zugelassen ist (conventionné secteur 1 oder 2). Auskünfte über Kassenärzte und kassenärztlich zugelassene Einrichtungen erteilen die Caisses Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Wird wie im Beispiel die EKVK vom Arzt nicht akzeptiert, kann dies folgende Ursachen haben:

- In Frankreich erfolgt die Rechnungsstellung bei ambulanter ärztlicher Behandlung wie in der Schweiz an den Patienten (tiers garant)
- Der Leistungserbringer ist kassenärztlich nicht zugelassen

In beiden Fällen muss der Versicherte die Rechnung bezahlen und kann sie im Anschluss entweder beim französischen Träger (siehe auch Liste am Ende des Merkblatts der GE KVG [http://www.kvg.org/ferien\\_ausl/default.htm](http://www.kvg.org/ferien_ausl/default.htm)) oder bei seiner schweizerischen Krankenkasse zur Rückvergütung einreichen. Im ersten Fall erfolgt die Rückvergütung

nach den französischen Rechtsvorschriften, im zweiten Fall nach den französischen oder schweizerischen Rechtsvorschriften (siehe auch Antwort zu Frage 13).

Bemerkung: Das Merkblatt der GE KVG gibt den Ablauf der Leistungsaushilfe wieder, wie er im Koordinationsrecht vorgesehen ist und wie er übrigens auch auf der Homepage der französischen Verbindungsstelle beschrieben ist. Leider wird immer wieder festgestellt, dass die Praxis von der Theorie abweicht.

- 13) Frankreich benötigt für die Beantwortung der Formulare E 126 (Ermittlung des Rückerstattungsbetrages einer Rechnung) extrem viel Zeit, mindestens sechs Monate. Die Kunden verstehen diese Verzögerung nicht und sind dann nicht so erfreut. Können wir hier etwas unternehmen?

Antwort: Der Einfluss auf die Bearbeitungsdauer der französischen Träger für die Beantwortung der Formulare E 126 ist sowohl seitens der schweizerischen Krankenkasse als auch seitens GE KVG sehr begrenzt. Aus unserer Sicht besteht heute lediglich die Möglichkeit, den französischen Träger nach einer gewissen Zeit an die Erledigung zu erinnern. Wir sind uns jedoch bewusst, dass dies nicht in jedem Fall den gewünschten Effekt hat.

Ungeachtet dessen kann von der Möglichkeit Gebrauch gemacht werden, eine Erstattung nach den in der Schweiz geltenden Tarifen vorzunehmen, wenn der zu erstattende Betrag EUR 1'000.00 nicht übersteigt und der Versicherte mit diesem Verfahren einverstanden ist. Diese Variante sollte bei Rechnungen aus Frankreich ohne weiteres umzusetzen sein, da keine sprachlichen Hürden zu überwinden sind und die Tarifstruktur übersichtlich ist. Ist jedoch eine Anfrage mit dem Formular E 126 unumgänglich und sind die Ausgaben des Versicherten grösseren Ausmasses, so hat die schweizerische Krankenkasse die Möglichkeit, dem Versicherten einen angemessenen Vorschuss zu zahlen (Art. 34 Abs. 3 VO 574/72).

- 14) Ein Kunde war nach KVG bei uns versicherungspflichtig, hatte jedoch schon einen zweiten Wohnsitz in Deutschland. Irgendwann haben wir stationären Rechnungen von Deutschland erhalten. Nach unseren Recherchen war klar, dass der Kunde zukünftig in die bilateralen Verträge mit Deutschland umgeteilt werden muss. Diese Umteilung ist bei uns erfolgt, jedoch nicht rückwirkend. Nun wollten wir diese stationäre Rechnung mittels E126 austaxieren lassen. Deutschland weigert sich, uns die Ansätze anzugeben aufgrund des Wohnsitzes in Deutschland.  
Was können wir in solchen Fällen machen?

Antwort: Streng genommen muss der aushelfende Träger bzw. der Träger, bei welchem das Formular E 126 eingereicht wird, die Anfrage nur bearbeiten, wenn es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt handelte. Das geht aus Art. 34 VO 574/72 bzw. aus der Einleitung direkt auf dem Formular E 126 hervor. Demzufolge ist die Verweigerung der Bekanntgabe der Erstattungssätze durch den deutschen Träger grundsätzlich korrekt. Wir empfehlen in diesem Falle, eine individuelle Anfrage an den Träger zu machen und nicht mittels des Formulars E 126.

Die GE KVG bietet in solchen Fällen Unterstützung an, indem sie durch Einschalten der deutschen Verbindungsstelle die Erstattungssätze direkt erfragt. Hierzu müsste der Fall der GE KVG weitergeleitet werden.

- 15) Unsere Kundin hatte einen Unfall. Für diese Kosten ist die private französische Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers zuständig. Wir haben den Regress in die Wege geleitet. Nun haben wir zwei Jahre nach dem Unfall eine Rechnung von der GE KVG erhalten. Diese haben wir bei der privaten Haftpflichtversicherung im Rahmen des Regress eingereicht. Wir haben die Antwort erhalten, dass die Anmeldung bis spätestens vier Monate nach Unfalldatum bei der Haftpflichtversicherung eingehen muss, ansonsten sei eine Kostenübernahme nicht möglich.  
Ist diese Antwort korrekt? Wie können wir bei diesen Fällen vorgehen?

Antwort: Das Koordinationsrecht bezieht sich grundsätzlich auf gesetzliche Versicherungen. Bezüglich Regress bestimmt es lediglich in Art. 93 der VO 1408/71, dass der Übergang des Rechts der geschädigten Person gegenüber dem schädigenden Dritten auf die Versicherung, welche im Versicherungsstaat vorgesehen ist, auch im andern Staat anerkannt wird. Bezüglich Verjährungsfristen enthält das Koordinationsrecht keine Regelung. Es gilt also hier ausschliesslich das französische Recht und die allgemeinen Versicherungsbedingungen dieses Haftpflichtversicherers. Ich empfehle Ihnen daher, einen französischen Anwalt zu konsultieren.

Die Frist von nur 4 Monaten ab Unfalldatum scheint mir sehr kurz. Vielleicht gilt sie nur für die Anmeldung des Unfallereignisses als Schadenfall an sich. Diese Schadensmeldung ist ja vermutlich von der haftpflichtigen Person innert Frist gemacht worden, so dass eine Schadennummer besteht, auf welche Sie sich beziehen können. Für die Anmeldung des Regresses laufen bei uns die Fristen für den Versicherer erst ab Kenntnis der schädigenden Person und seiner Leistungspflicht. Für das französische Recht würde ich mich zumindest mal erkundigen, auf welche Bestimmungen sich die Versicherung stützt. So kann ihre Stichhaltigkeit überprüft werden.

- 16) Wie kann man den Lebensmittelpunkt bestimmen? Wir haben viele Kunden, die den Wohnsitz in der Schweiz und im Ausland haben. Wie handhaben dies die anderen Versicherer?

Antwort: Die Bestimmung eines eindeutigen Lebensmittelpunktes bereitet immer wieder Schwierigkeiten, weil die Leute heutzutage häufig mehrmals pro Jahr ihren Aufenthaltsort wechseln. Wie Sie wissen, gibt es dafür verschiedene Indizien wie die Anmeldung bei der Einwohnerkontrolle, die Bezahlung von Steuern, Abrechnungen für Elektrizität und Wasser, wo lebt der Rest der Familie, wo wird gearbeitet, wo besteht ein Beziehungsnetz etc. Am besten ist es, mit dem Kunden das Gespräch zu suchen und ihm zu erklären, welche Konsequenzen die Wahl des Domizils für ihn im Bereich Krankenversicherung hat bezüglich Prämien und Leistungen. Auf dieser Basis muss sich der Kunde dann entscheiden (vgl. auch Frage 7).

- 17) Wie gehen die anderen Versicherer mit dem Formular E 115 um? Vivao Sympany schickt dieses Formular an den aushelfenden Träger zurück und teilt ihm mit, dass Schweizer Versicherer hier nicht zuständig sind. Ist das richtig?

Antwort: Das Formular E115 bezieht sich auf Taggeldleistungen nach KVG. Die meisten Arbeitnehmer in der Schweiz sind jedoch bei einer privaten Versicherung nach VVG für ein Krankentaggeld versichert, so dass dieses Formular nicht zur Anwendung kommt. Das wollen ausländische Träger häufig nicht begreifen.

Da Sie ja in der Regel nur Sachleistungen versichern, ist das beschriebene Vorgehen richtig. Wenn es sich um eine Person handelt, welche in der Schweiz arbeitet bzw. gearbeitet hat, wäre es wichtig, sie darauf hinzuweisen, dass sie ihre Krankheit sofort beim Arbeitgeber und bei dessen Taggeldversicherung melden muss. Sonst verliert sie eventuell ihre Ansprüche. Wenn es sich um eine Person handelt, die im Ausland taggeldversichert ist, kann die GE KVG durch ihren Vertrauensarzt die Arbeitsunfähigkeit zu Händen der ausländischen Versicherung bestätigen.