Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Leitfaden

über die Krankenversicherung mit Bezug zur EU/EFTA und über die Leistungsaushilfe für Personen mit einer obligatorischen Kranken-pflegeversicherung (KVG) in der Schweiz

Gemeinsame Einrichtung KVG,
Internationale Koordination Krankenversicherung, Industriestrasse 78, 4600 Olten

Ausgabe 2022 **Stand 1. Juli 2022**

Vorwort

Geschätzte Leserin,
geschätzter Leser

Vielen Dank für Ihr Interesse am Leitfaden über die Krankenversicherung mit Bezug zur EU/EFTA und über die Leistungsaushilfe für Personen mit einer Grundversicherung in der Schweiz.

Das Personenfreizügigkeitsabkommen (FZA) ist eins von sieben Abkommen der Bilateralen I zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits. Das FZA enthält Bestimmungen zum Personenverkehr, zur gegenseitigen Diplomanerkennung sowie zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Anhang II). Der Anhang II des FZA ist die Basis für die Koordinierung im Bereich der Krankenversicherung, also dem Rechtsgebiet, in welchem Sie sich in Ihrer täglichen Arbeitspraxis bewegen. Der Anhang II verweist auf die Bestimmungen der Basis- oder Grundverordnung (EG) Nr. 883/2004 und der Durchführungsverordnung (EG) Nr. 987/2009 sowie auf Beschlüsse und Empfehlungen der Verwaltungskommission. Man spricht hier vom so genannten Koordinationsrecht.

Dieser Leitfaden vermittelt Ihnen das notwendige Wissen, damit Sie Sachverhalte mit Bezug zur EU/EFTA einfacher erkennen beziehungsweise analysieren können und unterstützt Sie beim Treffen einer Entscheidung. Hierfür enthält er Angaben zur rechtlichen Basis und ihren Folgen und veranschaulicht durch Beispiele, welche in Ihrer täglichen Arbeitspraxis vorkommen. Er richtet sich an alle Krankenversicherer und damit auch an die, welche keine Versicherung für Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat anbieten.

Wir wünschen Ihnen viel Elan beim Lesen dieses Leitfadens und viel Erfolg bei der Bewältigung Ihrer Fälle!

Haben Sie Fragen? Die Mitarbeitenden der Gemeinsamen Einrichtung KVG sind gerne für Sie da.

Es grüsst Sie freundlich

Daniel Lorenz
Internationale Koordination Krankenversicherung
Gemeinsame Einrichtung KVG

Solothurn, im Juni 2013

Information zum Leitfaden

Bevor Sie sich in die einzelnen Kapitel fachlich vertiefen, lesen Sie bitte die folgenden nützlichen Informationen.

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

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

Sie werden im Leitfaden auf Erläuterungen stossen, denen Sie beim Lesen schon einmal begegnet sind. Oder Sie lesen etwas über Themen, die bereits behandelt wurden. Diese Wiederholungen sind beabsichtigt, dienen dem besseren Verständnis und sind in Analysen einzelner Fallkonstellationen unumgänglich.

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

Der Leitfaden ist in folgende Kapitel unterteilt:

1. Einführung in das Koordinationsrecht: Sie erfahren Wissenswertes zur Geschichte der sozialen Sicherheit.
2. Grundsätze und Definitionen: Allgemeine Begriffe des Koordinationsrechts werden in diesem Kapitel erklärt.
3. Anzuwendende Rechtsvorschriften: Hier finden Sie wichtige Informationen zur Zuständigkeit eines Staats.
4. Durchführung der Krankenversicherung: Dieses Kapitel bietet Ihnen Unterstützung bei den Fragen, ob und wie eine Person bei Ihrem Krankenversicherer versichert werden bzw. bleiben kann.
5. Leistungsansprüche: Alles rund um den Leistungsanspruch bei vorübergehendem und gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen Staat wird hier erläutert.
6. Dokumente: Sie finden wichtige Hinweise zum Gebrauch der aktuellen Anspruchsbescheinigungen und Dokumente zum Informationsaustausch.
7. Erstattungsverfahren: In diesem Kapitel wird auf die Erstattung der in einem anderen Staat angefallenen Kosten im Rahmen der Leistungsaushilfe eingegangen.
8. Verschiedenes: Hier sind diverse Themen zu finden, die den anderen Kapiteln nicht direkt zugeordnet werden können.
9. Glossar: Wichtige Begriffe im Zusammenhang mit der sozialen Sicherheit sind im Glossar erklärt.
10. Impressum
11. Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung
12. Anhänge: Listen, Übersichten oder Mustervorlagen finden Sie hier.

Begriffe mit einer besonderen Wichtigkeit oder Wörter des Fachjargons sind **fett markiert**.

Unterstrichene Wörter führen Sie zum entsprechenden Kapitel im Leitfaden (Hyperlink). Hinweise auf Internetseiten sind bewusst nicht mit einem Hyperlink versehen, da sich die Internetadresse jederzeit ändern kann.

An einigen Stellen finden Sie Symbole mit den folgenden Bedeutungen:

Der Sachverhalt wird aus schweizerischer Sicht ergänzend dargestellt.

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

Praxistipp: Die Praxistipps geben Ihnen wertvolle Hinweise, auf was Sie in der Praxis besonders achten müssen. Darunter finden Sie auch Empfehlungen, wie Sie Sachverhalte in der Praxis auf einfache oder einfacherer Weise lösen können.

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

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

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

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

Solothurn, im April 2019

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung in das Koordinationsrecht 9
1.1 Geschichtlicher Hintergrund 9
1.1.1 Der bilaterale Weg 9
1.1.2 Meilensteine auf dem bilateralen Weg 9
1.1.3 Soziale Sicherheit 9

2 Grundsätze und Definitionen 13
2.1 Diskriminierungsverbot 13
2.2 Wo das Koordinationsrecht gilt (räumlicher Geltungsbereich) 13
2.2.1 Inselgruppen, Kolonien und europäische Kleinststaaten 14
2.3 Für wen das Koordinationsrecht gilt (persönlicher Geltungsbereich) 15
2.4 Für welche Zweige der Sozialversicherung das Koordinationsrecht gilt (sachlicher Geltungsbereich) 15
2.5 Gleichstellung von Leistungen, Einkünften und Sachverhalten 16
2.6 Zusammenrechnung der Zeiten 17
2.7 Verwaltungshilfe 18

3 Anzuwendende Sozialversicherungsvorschriften 21
3.1 Wohnort/Wohnsitz 21
3.2 Aufenthalt (vorübergehender Aufenthalt) 23
3.3 Unterstellung in einem einzigen Staat 23
3.4 Erwerbstätigkeit und Erwerbsortprinzip 24
3.4.1 Erwerbstätigkeit und Rente 24
3.4.2 Mutterschutz und Elternurlaub 24
3.4.3 Erwerbstätigkeit und unbezahlter Urlaub 26
3.4.4 Erwerbstätigkeit in Liechtenstein 26
3.5 Entsendung 26
3.6 Grenzgänger/-innen - Allgemeines 28
3.7 Erwerbstätigkeiten in mehreren Staaten 30
3.8 Arbeitslosigkeit 33
3.9 Nicht erwerbstätige Familienangehörige 33
3.9.1 Kinder 33
3.9.2 Lebenspartner/Konkubinat 34
3.9.3 Eingetragene Partnerschaft 35
3.10 Nichterwerbstätige 36
3.11 Geldleistungen 36
3.12 Optionsrecht 37
3.12.1 Allgemeines 37
3.12.2 Verfahren bei der Ausübung des Optionsrechts 40
3.12.3 Besonderes zur Versicherung im Wohnstaat 41
3.12.4 Optionsrecht im Verhältnis zu Frankreich 41
3.13 Rangfolge von Leistungsansprüchen 43
3.13.1 Eigener Anspruch 43
3.13.2 Abgeleiteter Anspruch 44
3.13.3 Eigener Anspruch auf Grund des Wohnorts 45

4 Durchführung der Krankenversicherung 46
4.1 Versicherungspflicht - Grundsätzliches 46
4.1.1 Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen 46
4.1.2 Wohnsitz in der Schweiz 46
4.1.2.1 Versicherungspflicht in der Schweiz 46
4.1.2.2 Versicherungspflicht in der EU/EFTA 48
4.2 Wohnsitz und Versicherungspflicht in der Schweiz - vorübergehender Aufenthalt in der EU/EFTA 49
4.3 Versicherung von Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA 51

4.3.1 Grenzgänger/-innen aus Staaten mit Optionsrecht und ihre Familienangehörigen 55
4.3.1.1 Neue Versicherung 56
4.3.1.2 Bestehende Versicherung – Wohnsitzverlegung ins Ausland oder vom Ausland in die Schweiz 57
4.3.1.3 Grundlegendes zum Optionsrecht von Grenzgängern 59
4.3.1.4 Erwerbstätigkeit eines Elternteils bzw. des Ehegatten des Grenzgängers 62
4.3.1.5 Prämienverbilligung 63
4.3.1.6 G-Bewilligung 63
4.3.1.7 B-Bewilligung 63
4.3.1.8 L-Bewilligung 64
4.3.2 Entsandte 66
4.3.2.1 Familienangehörige von Entsandten 66
4.3.2.2 Doppelstatus Entsandter-Grenzgänger 68
4.3.2.3 Entsendung und Privatversicherung 68
4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen 70
4.3.3.1 Rente aus dem Wohnstaat 71
4.3.3.2 Mehrere Renten, aber keine aus dem Wohnstaat 72
4.3.3.3 Flexibles Rentenalter (Aufschub und Vorbezug) 72
4.3.3.4 Neue Versicherung 73
4.3.3.5 Bestehende Versicherung 73
4.3.3.6 Optionsrecht bei Verlegung des Wohnsitzes in Staaten mit Optionsrecht 77
4.3.3.7 Verlegung des Wohnsitzes im Ausland 79
4.3.4 Familienangehörige eines in der Schweiz wohnenden und versicherungspflichtigen Erwerbstätigen 81
4.3.4.1 Ausnahmen von der Fortdauer der Versicherungspflicht 82
4.3.4.2 Neue Versicherung 83
4.3.4.3 Bestehende Versicherung 84
4.3.4.4 Optionsrecht 84
4.3.4.5 Auswirkungen der Aufnahme eines Studiums im Ausland 86
4.3.5 Weitere Personenkategorien 87
4.3.5.1 Saisonarbeitskräfte und Personen im Meldeverfahren 87
4.3.5.2 Kurzaufenthalter (L-Bewilligung) 88
4.3.5.3 Personen ohne Erwerbstätigkeit 89
4.3.5.4 Aufenthalt in einer Anstalt, im Heim oder Strafvollzug 89
4.3.5.5 Beamte 90
4.3.5.6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht 90
4.3.5.7 Bezug von Taggeldern 92
4.4 Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige 93
4.5 Prämien EU/EFTA 94
4.5.1 Nichtbezahlung der Prämie und Kostenbeteiligung (Art. 105m KVV) 94
4.5.1.1 Einziehung von Forderungen bei Wohnsitz in der EU/EFTA 94
4.5.1.2 Leistungsaufschub, wenn der Träger des Wohnstaats das Betreibungsverfahren nicht einleitet 95
4.5.2 Prämienverbilligung 96
4.5.2.1 Prämienverbilligung durch den Bund 96
4.5.2.1 Prämienverbilligung durch die Kantone 97
4.5.3 Besondere Versicherungsformen 97
4.6 Ende der Versicherung 98
4.7 Beginn der Eintragung im Ausland 99
4.8 Dauer der Eintragung im Ausland 101
4.9 Ende der Eintragung im Ausland 101
4.9.1 Mitteilung über das Ende des Leistungsanspruchs 102
4.9.2 Mitteilung über das Ende der Registrierung 102

4.10 Verschiedenes 103
4.10.1 Formular R821 der Deutschen Rentenversicherung 103

5 Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat 104
5.1 Tarifschutz 104
5.2 Unterschiedliche Leistungskataloge und Kostenbeteiligungen in den anderen Staaten 104
5.3 Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt 107
5.3.1 Umfang des Leistungsanspruchs 108
5.3.2 Geltendmachung des Anspruchs 109
5.3.3 Anspruch bei Schwangerschaft, chronischer Erkrankung oder bestehender Krankheit 110
5.3.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen 114
5.3.4.1 Erstattung durch den Träger des Aufenthaltsstaats 114
5.3.4.2 Erstattung durch den zuständigen Krankenversicherer nach dem Recht und den Tarifen des Aufenthaltsstaats 115
5.3.4.3 Erstattung durch den zuständigen Krankenversicherer nach dem Recht und den Tarifen der Schweiz 116
5.3.4.4 Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU innerhalb der EU 118
5.3.5 Nichtakzeptanz der Europäischen Krankenversicherungskarte 118
5.4 Leistungen im Wohnstaat (EU/EFTA) 120
5.4.1 Umfang des Leistungsanspruchs 120
5.4.2 Geltendmachung des Anspruchs 120
5.4.3 Bestätigung der Eintragung 122
5.4.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen 123
5.4.5 Leistungen während eines Aufenthalts in der Schweiz 123
5.4.6 Leistungen bei Aufenthalt in einem anderen EU-/EFTA-Staat 124
5.4.7 Leistungen bei Aufenthalt in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA 124
5.5 Besonderheit: Nichtberufsunfälle 125
5.6 Behandlungswahlrecht 126
5.6.1 Allgemeines 126
5.6.1.1 Grenzgänger und ihre Familienangehörigen 126
5.6.1.2 Grenzgänger in Rente 128
5.6.1.3 Rentner und ihre Familienangehörigen 130
5.6.2 Anwendbarer Tarif und Wahl des Leistungserbringers bei Behandlung in der Schweiz 130
5.6.2.1 Grenzgänger sowie Arbeitslose und ihre Familienangehörigen sowie Familienangehörige einer in der Schweiz wohnenden erwerbstätigen Person 130
5.6.2.2 Rentner und ihre Familienangehörigen 131
5.6.3 Kostenbeteiligung 131
5.7 Zustimmungsfälle 132
5.7.1 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der Schweiz 132
5.7.2 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der EU-/EFTA 133
5.7.3 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der EU-/EFTA – dringend notwendige Behandlung 135
5.8 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit 136

6 Dokumente EU/EFTA 137
6.1 Allgemeines 137
6.2 Europäische Krankenversicherungskarte 138
6.3 Bescheinigungen (portable documents) 139
6.3.1 Bescheinigung S1 (Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes) 139
6.3.2 Bescheinigung S2 (Anspruch auf geplante Behandlung) 140

6.3.3 Bescheinigung S3 (Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit 142
6.3.4 Bescheinigung A1 (Bescheinigung über die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit, die auf den/die Inhaber/in anzuwenden sind 143
6.3.5 Bescheinigung DA1 (Anspruch auf Gesundheitsleistungen unter der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten) 145
6.4 E-Formulare 146
6.5 Strukturierte elektronische Dokumente 150

7 Erstattungsverfahren zwischen Trägern 153
7.1 Erstattungsverfahren - Allgemeines 153
7.1.1 Währungsumrechnung 155
7.1.2 Verjährung von Ansprüchen 155
7.2 Erstattung nach effektiven Kosten 156
7.2.1 Besonderheit Unfälle 158
7.3 Erstattung nach Monatspauschalen 159
7.3.1 Kürzung der Monatspauschale 160
7.3.2 Erstattungsverfahren bei Monatspauschalen 160
7.4 Beanstandung von Kostenrechnungen 161
7.4.1 Hinweis der versicherten Person 162
7.4.2 Verwendung der EHIC nach Ende der Versicherung 162

8 Verschiedenes 163
8.1 Übersicht Prozess Leistungsaushilfe 163
8.2 Weiterverwendung der EHIC (Umgang mit Missbrauch) 164
8.3 Adresse unbekannt oder nicht mehr aktuell 164

9 Glossar 166

10 Impressum 168

11 Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung 169

12 Anhänge 170
12.1 Anhang 1: Verzeichnis der Institutionen 170
12.2 Anhang 2: Zuständige kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht 172
12.3 Anhang 3: Übersicht über die Aufenthaltsbewilligungen 174
12.4 Anhang 4: Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht als Rentner 175
12.5 Anhang 5: Formular zur Wahl des anwendbaren Krankenversicherungssystems (Frankreich) 176

1 Einführung in das Koordinationsrecht

1.1 Geschichtlicher Hintergrund

1.1.1 Der bilaterale Weg

Der Grundstein für die engere wirtschaftliche Zusammenarbeit zwischen der Schweiz und anderen europäischen Staaten wurde 1972 mit dem Freihandelsabkommen gelegt (EFTA), welches vom Volk mit 72,5% und von den Kantonen angenommen wurde.
Mit den EFTA-Staaten verhandelte die Schweiz damals mit der (früher:) Europäischen Gemeinschaft über die Schaffung eines Europäischen Wirtschaftsraums (EWR-Abkommen). Dieser sollte zum Schwerpunkt die Personenfreizügigkeit sowie den freien Waren-, Kapital- und Dienstleistungsverkehr haben.

Dann Verhandlungen mit der EG zur Schaffung eines EWR mit 4 Grundfreiheiten: Personenfreizügigkeit, freier Waren-, Kapital und Dienstleistungsverkehr. Das EWR-Abkommen wurde von der Schweiz im Mai 1992 unterzeichnet.
Im gleichen Monat deponierte die Schweiz in Brüssel ein Gesuch um Aufnahme von Verhandlungen über einen EG-Beitritt.
Nach Ablehnung des EWR-Beitritts durch Volk und Stände am 6. Dezember 1992 wurde das Gesuch eingefroren.
Im Januar 1993 erklärte der Bundesrat, dass die Schweiz bis auf Weiteres auf die Eröffnung der Beitrittsverhandlungen verzichtete und ihre Beziehungen zur Gemeinschaft auf bilateralem Weg weiter zu entwickeln wünschte.

1.1.2 Meilensteine auf dem bilateralen Weg

2016	Unterzeichnung des Protokolls III zur Ausdehnung des FZA auf Kroatien
2013	Verabschiedung Verhandlungsmandat für ein Abkommen zu den institutionellen Fragen durch den Bundesrat
2009	Ausdehnung des FZA auf Bulgarien und Rumänien
2005	Ausdehnung des FZA auf zehn weitere Staaten („EU-Osterweiterung“)
2004	Unterzeichnung der Bilateralen II (Vertragspaket bestehend aus u.a. Schengen/Dublin)
2002	Inkrafttreten Bilaterale I (1. Juni)
1999	Unterzeichnung der Bilateralen I (Vertragspaket bestehend aus u.a. Personenfreizügigkeit)
1993	Erklärung des Bundesrats, bis auf Weiteres auf die Eröffnung der Beitrittsverhandlungen zu verzichten und Wunsch, die Beziehungen zur Gemeinschaft auf bilateralem Weg weiterzuentwickeln
1992	Ablehnung des EWR-Beitritts durch das Volk
1972	Unterzeichnung des Freihandelsabkommens EFTA–EU

1.1.3 Soziale Sicherheit

Die soziale Sicherheit ist eine zentrale Aufgabe des Staats und beschäftigt ihn und seine Einwohner schon seit langer Zeit. Sie hat zum Ziel, die sozialen Risiken

(Krankheit, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit, Alter usw.) einzuschätzen und zum Schutze der Bürger eines Staats für die Folgen aufzukommen. Die soziale Sicherheit umfasst sowohl Elemente der Sozialversicherungen (z.B. Krankenversicherung) als auch beitragsunabhängige Elemente (z.B. Sozialhilfe).

Die soziale Sicherheit für seine Bürger zu regeln ist die hoheitliche Aufgabe eines jeden Staats. So verwundert es nicht, dass sich im Lauf der Zeit unterschiedliche Systeme innerhalb Europas entwickelten. Daraus ergaben sich zwei klassische Modelle: Einerseits die Sicherung der Bürger im Rahmen einer Sozialversicherung unabhängig des Wohnsitzes und andererseits die Sicherung der Bürger im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems, basierend auf ihrem Wohnsitz.

Warum braucht es eine Koordination der sozialen Sicherheit?

Nun stellt sich die Frage, warum es überhaupt Koordinationsregeln der sozialen Sicherheit braucht, wenn doch jeder Staat selbst für die Sicherheit seiner Bürger verantwortlich ist. Stellen Sie sich vor, ein Grenzgänger mit entsprechender behördlicher Bewilligung hätte seinen Wohnsitz in der Schweiz und wäre in Deutschland als Angestellter erwerbstätig. Nach dem Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) wäre er auf Grund seines Wohnsitzes in der Schweiz versicherungspflichtig. Gleichzeitig wäre er auch in Deutschland versicherungspflichtig, da Deutschland grundsätzlich die Versicherungspflicht für Erwerbstätige vorsieht. Das hätte zur Folge, dass er in beiden Staaten versichert und somit doppelt mit Beiträgen bzw. Prämien belastet wäre.
In einer umgekehrten Situation verhält es sich ähnlich: Ein Grenzgänger wohnt in Deutschland und ist als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig. Da in Deutschland der Wohnsitz alleine keine Versicherungspflicht auslöst, der Wohnsitz in der Schweiz jedoch Voraussetzung für die soziale Absicherung ist (Wohnsitzprinzip), käme dieser Grenzgänger in die Situation einer Sicherungslücke.

Die Freizügigkeit der Erwerbstätigen innerhalb Europas hatte also nicht nur Vorteile, sondern wies auch Mängel bei der sozialen Sicherheit auf.

Zur Behebung der Folgen unterschiedlicher Sozialversicherungssysteme in Europa sagt Art. 48 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) Folgendes: „Das Europäische Parlament und der Rat beschliessen gemäss dem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren die auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit für die Herstellung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer notwendigen Massnahmen; zu diesem Zweck führen sie insbesondere ein System ein, das zu- und abwandernden Arbeitnehmern und Selbstständigen sowie deren anspruchsberechtigten Angehörigen Folgendes sichert:

- die Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen innerstaatlichen Rechtsvorschriften berücksichtigten Zeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen;
- die Zahlung der Leistungen an Personen, die in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten wohnen.

Das Koordinationsrecht beinhaltete in den Jahren 1958-1972 die Grund- und Durchführungsverordnungen (EWG) Nr. 3 und 4/58 sowie in den Jahren 1973-2010 die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72.

Seit dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens am 1. Juni 2002 galten die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 auch für die Schweiz. In Art. 8 des Freizügigkeitsabkommens wird die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit festgelegt: „Die Vertragsparteien regeln die Koordinierung […] gemäss Anhang II, um insbesondere Folgendes zu gewährleisten:

- Gleichbehandlung (**Diskriminierungsverbot**, *Art. 2 Freizügigkeitsabkommen, Art. 4 VO 883/2004*)
- Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften (**Prinzip der Unterstellung unter das Recht nur eines einzigen Staats**, *Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004*)
- Zusammenrechnung aller nach den verschiedenen nationalen Rechtsvorschriften berücksichtigten Versicherungszeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung des Leistungsanspruchs sowie für die Berechnung der Leistungen (**Zusammenrechnungsprinzip**, *Art. 6 VO 883/2004*)
- Zahlung der Leistungen an Personen, die ihren Wohnsitz im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien haben (**Leistungsexportprinzip**, *Art. 7 VO 883/2004*)
- Amtshilfe und Zusammenarbeit der Behörden und Einrichtungen

Zusammen mit dem Erwerbsortprinzip nach *Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004* spricht man hier von den Prinzipien der Koordinierung der sozialen Sicherheit.

Die Koordinierung in der Praxis

Das folgende Schaubild zeigt auf, dass das EU-Koordinationsrecht über das Freizügigkeitsabkommen für die Schweiz anwendbar ist. Infolge der Normenhierarchie geht das Koordinationsrecht dem Schweizer Recht vor, sofern sie auf gleichlautenden Bestimmungen basieren.

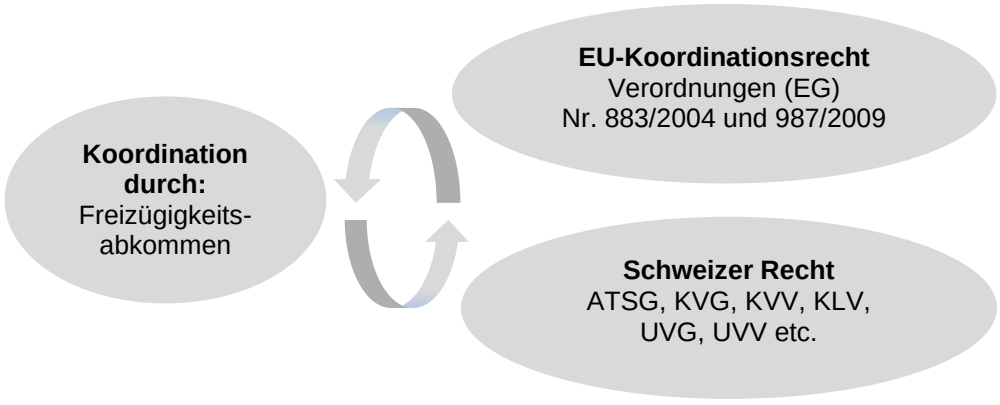


Abbildung 1

Koordination im Verhältnis Schweiz – EU

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

Koordination im Verhältnis Schweiz – EFTA (Island, Liechtenstein, Norwegen)

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

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

2 Grundsätze und Definitionen

2.1 Diskriminierungsverbot

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

2.2 Wo das Koordinationsrecht gilt (räumlicher Geltungsbereich)

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

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

Seit 1. Juni 2002: Belgien (BE), Dänemark (DK), Deutschland (DE), Finnland (FI), Frankreich (FR), Griechenland (EL), Irland (IE), Italien (IT), Luxemburg (LU), Niederlande (NL), Österreich (AT), Portugal (PT), Schweden (SE), Spanien (ES)
EFTA-Staaten: Island (IS), Liechtenstein (LI), Norwegen (NO)
Seit 1. April 2006: Estland (EE), Lettland (LV), Litauen (LT), Malta (MT), Polen (PL), Slowakei (SK), Slowenien (SI), Tschechien (CZ), Ungarn (HU), Zypern (CY) Seit 1. Juni 2009: Bulgarien (BG), Rumänien (RO)
Seit 1. Januar 2017: Kroatien (HR).

Vorläufige* Anwendung des Sozialversicherungsabkommens zwischen dem Vereinigten Königreich (UK) und der Schweiz ab 1. November 2021
Die Beziehungen zwischen der Schweiz und UK ab 1. November 2021 sind im Abkommen vom 9. September 2021 zur Koordinierung der sozialen Sicherheit vorläufig geregelt. Die Bestimmungen dieses Abkommens entsprechen überwiegend denen der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 (Versicherungspflicht, Behandlungswahlrecht etc.). Vorläufig können auch die bisher gültigen Bescheinigungen S1-S3 verwendet werden. Zudem geniessen die Versicherten der schweizerischen obligatorischen Krankenpflegeversicherung bei notwendigen Behandlungen in UK dieselben Rechte wie unter der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 und können hierfür die Europäische Krankenversicherungskarte oder eine provisorische Ersatzbescheinigung verwenden.

*Das Abkommen tritt erst nach Abschluss des rechtlichen Verfahrens zur Ratifizierung in jedem Staat **definitiv** in Kraft.

Detaillierte Informationen finden Sie unter https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/int/brexit.html sowie im *Informationsschreiben des BAG vom 1. November 2021*.

2.2.1 Inselgruppen, Kolonien und europäische Kleinststaaten

Anwendbar ist das Koordinationsrecht auch bei Wohnsitz oder Aufenthalt auf den folgenden Inselgruppen und Kolonien:

- Finnland: Aland-Inseln
- Frankreich: Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Französisch-Guyana
- Griechenland: Berg Athos
- Portugal: Azoren und Madeira
- Spanien: Balearen, kanarische Inseln, Ceuta, Melilla
- Vereinigtes Königreich: Gibraltar* (siehe Ziffer 2.2)

Nicht anwendbar ist das Koordinationsrecht auch bei Wohnsitz oder Aufenthalt in den folgenden Staatsgebieten:

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

Beispiel

Ein Versicherter erkundigt sich bei Ihnen, ob er seine Europäische Krankenversicherungskarte auch bei Ferien in Andorra verwenden kann.

Lösung

Bei Andorra handelt es sich **nicht** um einen EU-Staat. Die Leistungs-aushilfe im Rahmen des Koordinationsrechts gilt hier nicht. Die Kosten für die Leistungen werden im Rahmen des Art. 36 KVV übernommen.

2.3 Für wen das Koordinationsrecht gilt (persönlicher Geltungsbereich)

Was die eigenen Ansprüche aus Erwerbstätigkeit, Rente etc. betrifft, gilt das Koordinationsrecht für alle Angehörigen eines EU-/EWR-Staats und der Schweiz (**persönlicher Geltungsbereich,** *Art. 3 VO 883/2004*).

Für Familienangehörige, die abgeleitete Rechte geltend machen können, ist das Koordinationsrecht unabhängig ihrer Staatsangehörigkeit anwendbar. Auch Flüchtlinge und Staatenlose sind vom persönlichen Geltungsbereich umfasst, wenn sie sich in einem EU-/EWR-Staat rechtmässig aufhalten.

Fällt die Person nicht in den persönlichen Geltungsbereich, ist sie vom Anwendungsbereich des Koordinationsrechts ausgeschlossen (siehe 9 Glossar **Nicht-EU/EFTA-Angehörige**). Das FZA sieht keine Ausdehnung des Koordinationsrechts auf Nicht-EU/EFTA-Angehörige vor. Die Verordnung (EU) Nr. 1231/2010, welche innerhalb der EU/EWR-Staaten die Ausdehnung auch auf andere Staatsangehörige regelt, findet keine Anwendung auf die Schweiz.

Aus Sicht der Schweiz gilt das neue Koordinationsrecht somit nur für Staatsangehörige der EU, des EWR sowie der Schweiz bzw. für anspruchsberechtigte Familienangehörige unabhängig der Staatsbürgerschaft.

2.4 Für welche Zweige der Sozialversicherung das Koordinationsrecht gilt (sachlicher Geltungsbereich)

Der sachliche Geltungsbereich des Koordinationsrechts umfasst alle gesetzlichen Bestimmungen, welche für den jeweiligen Sozialversicherungszweig gelten.
Mit Anwendung der VO 883/2004 ist er um Vorruhestandsleistungen und Vaterschaftsleistungen ausgedehnt worden.

Die folgende Abbildung zeigt den sachlichen Geltungsbereich, wie er in *Art. 3 VO 883/2004* erwähnt ist (rechte Seite) und seinen Bezug zur Schweiz (linke Seite). Der horizontale Pfeil bedeutet, dass die betroffenen Sozialversicherungszweige international koordiniert werden. Der vertikale Pfeil zeigt am Beispiel der Schweiz, dass die Sozialversicherungen auch national koordiniert werden.

Abbildung 1

2.5 Gleichstellung von Leistungen, Einkünften und Sachverhalten

In *Art. 5 VO 883/2004* ist der Grundsatz der Sachverhaltsgleichstellung, d.h. Gleichstellung von Leistungen, Einkünften und Sachverhalten erwähnt. Danach ist ein rechtlicher Sachverhalt, der in einem Staat zum Bezug von Leistungen der sozialen Sicherheit geführt hat, in einem anderen Staat entsprechend zu berücksichtigen.

Beispiel

Einem in Deutschland Versicherten werden acht Sitzungen Physiotherapie ärztlich verordnet. Noch bevor er mit der Physiotherapie beginnen kann, wechselt er seinen Wohnsitz in die Schweiz und ist auch hier krankenversichert. Er erkundigt sich bei Ihnen, ob er nun eine Verordnung von einem Arzt in der Schweiz benötige.

Lösung

Auf Grund der Sachverhaltsgleichstellung ist die ärztliche Verordnung aus Deutschland so zu betrachten, als wäre sie von einem Arzt in der Schweiz ausgestellt. Umfang der Physiotherapie und eine eventuelle Verlängerung richten sich allerdings nach den schweizerischen Rechtsvorschriften (KLV).

Schwierigkeiten können sich dann ergeben, wenn der rechtliche Sachverhalt, der in einem anderen Staat zum Bezug einer Leistung geführt hat, in der Schweiz nicht gleichgestellt werden kann. Das kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn ein Medikament verordnet wird, welches in einem anderen Staat zugelassen ist, in der Schweiz jedoch keine Zulassung des Schweizerischen Heilmittelinstituts vorliegt und das Medikament nicht auf der Spezialitätenliste aufgeführt ist. Hier muss die medizinische Notwendigkeit von einem schweizerischen Leistungserbringer erneut geprüft werden.

2.6 Zusammenrechnung der Zeiten

Art. 6 VO 883/2004 regelt die Berücksichtigung von Versicherungs-, Beschäftigungs- und Wohnzeiten, die in einem ehemals zuständigen Staat zurückgelegt wurden. Diese Berücksichtigung ist eine Folge der allgemeinen Gleichstellungsregelung der Versicherten. Der neu zuständige Träger berücksichtigt Versicherungs-, Beschäftigungs- und Wohnzeiten, die in einem anderen Staat zurückgelegt wurden so, als wären sie nach den Rechtsvorschriften des neu zuständigen Staats zurückgelegt worden.

Das trifft insbesondere auf Staaten zu, in welchen die Ansprüche auf Versicherung oder Leistungen vom bisherigen Versicherungsverhältnis abhängig sind. Zu diesem Zweck fragt der neu zuständige Träger beim bisherigen Träger die zurückgelegten Zeiten an und verwendet hierfür das Formular E 104 oder das SED S040.

Beispiel

Ein Versicherter stellt bei der AOK in Deutschland einen Antrag auf Aufnahme in die freiwillige Versicherung. Unmittelbar vorher war er fünf Jahre bei Ihnen grundversichert. Zwecks Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen sendet Ihnen die AOK das Formular E 104 bzw. das SED S040.

Lösung

Da die freiwillige Versicherung bei der AOK von der vorher zurückgelegten Zeit in einer gesetzlichen Krankenversicherung abhängig ist, müssen die Versicherungszeiten in der Grundversicherung von Ihnen bestätigt werden.

In der Schweiz sind die zurückgelegten Zeiten für die Durchführung der Krankenpflegeversicherung wegen des Wohnsitzprinzips nicht relevant. In einzelnen Fällen kann eine Bestätigung über Versicherungszeiten dennoch hilfreich sein, z.B. wenn ein Grenzgänger mit Erwerbstätigkeit in der Schweiz, der vom Optionsrecht Gebrauch gemacht hat, nun einen Antrag auf Versicherung bei Ihnen stellt (Grenzgänger und ihre Familienangehörigen). Mittels des Nachweises über die Versicherungszeiten (E 104/ S040) können Sie prüfen, ob sich die Person überhaupt bei Ihnen versichern darf.

2.7 Verwaltungshilfe

In *Art. 76 VO 883/2004* geht es um die Grundsätze der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten einerseits und den Trägern der sozialen Sicherheit und den Bürgern andererseits. Eine effiziente und enge Zusammenarbeit zwischen den Trägern ist ein zentraler Bestandteil der Koordination der sozialen Sicherheit und insbesondere deshalb so wichtig, damit die Bürger ihre Rechte so rasch und so gut wie möglich in Anspruch nehmen können. Führt man sich vor Augen, dass im Rahmen des Territorialitätsprinzips die Tätigkeit eines Trägers grundsätzlich bei der Staatsgrenze endet, so wird einem bewusst, welche Bedeutung eine effiziente und effektive Zusammenarbeit mit dem anderen Träger hat. Diese Bestimmung hilft also sowohl den Trägern als auch den Bürgern, dass die Wahrnehmung der Rechte, aber auch die Pflichten nicht durch eine Staatsgrenze eingeschränkt werden.

Bei der gegenseitigen **Amtshilfe** (*Art. 76 Abs. 2 VO 883/2004*) unterstützen sich die Träger der einzelnen Staaten, als handle es sich um die Anwendung ihrer eigenen Rechtsvorschriften. Der Träger eines Staats kann den Träger eines anderen Staats um Amtshilfe ersuchen und der angefragte Träger muss die Auskunft erteilen, sofern sie auch nach innerstaatlichem Recht erteilt werden müsste.

Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine in der Schweiz versicherungspflichtige Person in Frankreich wohnt und nun den Wohnsitz innerhalb Frankreichs verlegt. Wird Ihnen als zuständiger Krankenversicherer der neue Wohnsitz nicht mitgeteilt, können Sie den Träger in Frankreich um Amtshilfe bitten. Die Amtshilfe ist grundsätzlich kostenfrei.

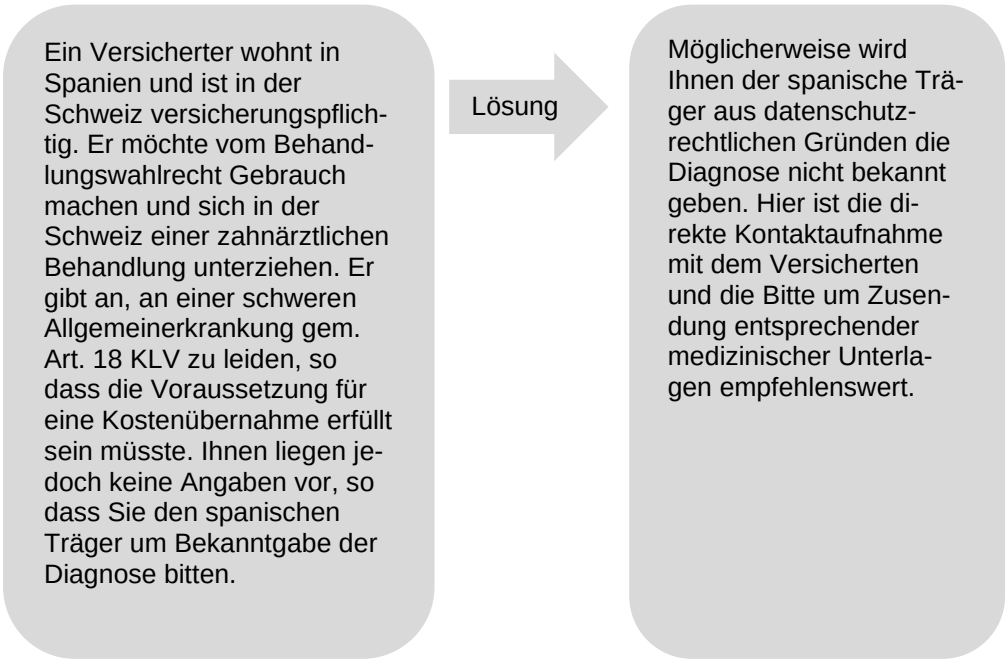
In der Schweiz ist das *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)* Grundlage für Amts- bzw. Verwaltungshilfe.

Beispiel

Eine versicherte Person bezieht eine AHV-Rente, wohnt in Besançon/Frankreich und ist in der Schweiz versicherungspflichtig. Er ist bei der CPAM de Besançon über das E 121/S1 registriert. Die Prämienrechnung erhalten Sie mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ zurück.	Lösung	Da Ihnen die neue Adresse nicht bekannt ist, bitten Sie die CPAM de Besançon um Amtshilfe im Sinne einer Mitteilung der neuen Anschrift. Die CPAM ermittelt nach Anwendung der französischen Rechtsvorschriften eine neue Anschrift in Belfort und teilt Ihnen dies mit.

Art. 76 Abs. 2 VO 883/2004 enthält die Formulierung «[…] als handelte es sich um die Anwendung ihrer eigenen Rechtsvorschriften». Unterschiedliche datenschutzrechtliche Bestimmungen der Staaten können dazu führen, dass Sie eine Information nicht erhalten, auch wenn die Auskunft in Schweiz grundsätzlich erteilt werden müsste. Die Antwort des angefragten Staats muss demzufolge akzeptiert werden.

Beispiel



Die betroffenen Träger können im Rahmen der Amtshilfe direkt miteinander in Kontakt treten und müssen nicht den Weg über die Verbindungsstellen einschlagen. Das gewährt den Trägern die nötige Flexibilität und Effizienz bei der Klärung von Sachverhalten.

Ist hingegen der Träger, an welchen die Amtshilfe gerichtet werden soll, nicht bekannt, so kann dieser über die Verbindungsstelle (Anhang 1: Verzeichnis der Institutionen) ausfindig gemacht werden. In manchen Fällen übernimmt die Verbindungsstelle die Amtshilfe sogar selbst.

Form der Anfrage

Für die Art der Anfrage ist grundsätzlich keine Form vorgesehen. Neben dem Formular E001, welches für den jeglichen Informationsaustausch verwendet werden kann, existieren keine weiteren Formulare für die Amtshilfe. Da auf dem Formular E001 keine detaillierten vorgegebenen Angaben gemacht werden können, ist die Verwendung dieses Formulars nicht zu empfehlen.

Bei einer formlosen Bitte um Amtshilfe sollten alle nötigen Angaben zum Versicherten und zum Sachverhalt gemacht werden. Nur mit detaillierten Angaben kann das Verfahren der Amtshilfe reibungslos erfolgen und nur so erhalten Sie die für Sie erforderliche Antwort. Teilen Sie dem Träger also möglichst genau mit, was Sie für Angaben benötigen und warum Sie diese anfordern.

Aber nicht nur die Träger sind zur Auskunft verpflichtet. Auch die Versicherten müssen ihren **Mitwirkungspflichten** nachkommen (*Art. 76 Abs. 4 VO 883/2004*). Sie

haben nicht nur auf Anfrage hin sondern aus eigener Initiative Änderungen ihrer persönlichen oder familiären Situation mitzuteilen, sofern diese Änderungen Auswirkungen auf ihre Rechte haben könnten.

Beispiel

Ein Versicherter bezieht eine AHV-Rente, wohnt in Italien und ist in der Schweiz versicherungspflichtig. Er ist bei der Azienda Sanitaria Locale (ASL) über das E 121/S1 registriert. Zum 1. Juli nimmt er eine Erwerbstätigkeit in Italien auf und muss sich dort versichern.	Lösung	Der Versicherte muss die Erwerbstätigkeit der ASL umgehend mitteilen, damit die ASL Sie über den Wechsel der Zuständigkeit informieren kann. Alternativ kann sich der Versicherte auch an Sie wenden. In diesem Fall müssen Sie den italienischen Träger über die Beendigung der Versicherungspflicht in der Schweiz informieren.

3 Anzuwendende Sozialversicherungsvorschriften

Bei der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme spielen die anzuwendenden Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit eine zentrale Rolle. Wenn beispielsweise eine Person ausserhalb ihres Wohnstaats erwerbstätig oder mehrere Erwerbstätigkeiten in verschiedenen Staaten ausübt etc., muss geklärt werden, welche Sozialversicherungsvorschriften für diese Person zur Anwendung kommen bzw. in welchem Staat sie Beiträge zur Sozialversicherung zu bezahlen hat.

Die Klärung ist immer dann erforderlich, wenn zwei oder mehr Sozialversicherungsvorschriften zur Anwendung kommen könnten. Bei der Prüfung der anzuwendenden Rechtsvorschriften werden verschiedene Aspekte berücksichtigt wie z.B. der Erwerbsort, der Wohnort, die Art und Anzahl der Tätigkeiten (Mehrfachtätigkeit) etc. und erfordert in manchen Fällen eine vertiefte Analyse des Sachverhalts. Detaillierte Informationen zu den anzuwendenden Rechtsvorschriften finden Sie in den nachfolgenden Kapiteln.

3.1 Wohnort/Wohnsitz

Der Wohnort/Wohnsitz kann entscheidenden Einfluss haben auf die Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften für eine Person. Bei der Beurteilung von Sachverhalten in der Praxis lässt der Begriff des Wohnorts/Wohnsitzes oftmals Unklarheiten aufkommen. Dieses Kapitel soll Ihnen die beiden Begriffe näherbringen und Sie bei der Entscheidung über die Durchführung der Krankenversicherung unterstützen.

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

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

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

An Hand der folgenden Punkte können Sie eine Gesamtbewertung der Angaben der versicherten Person vornehmen und so zu einem gezielten Ergebnis kommen (*Art. 11 VO 987/2009*):

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

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

Praxistipp

Befragen Sie die versicherte Person zu den oben genannten Merkmalen. Holen Sie sich die Angaben ggf. schriftlich ein. Ist eine Bestimmung des Wohnsitzes weiterhin nicht möglich, fragen Sie die versicherte Person gezielt nach ihrem Lebensmittelpunkt: «Wo befindet sich Ihr Lebensmittelpunkt?»

Praktische Hilfe zur Bestimmung des Wohnsitzes

- Bei welcher Gemeinde ist die Person gemeldet?
- Wo hält sich die Person auf?
- Wie lange hält sie sich auf?
- Ist eine Rückkehr absehbar?
- Um welche Art von Aufenthalt handelt es sich (Zweck des Aufenthalts)?
- Wo befindet sich die Person (mehrheitlich) in medizinischer Behandlung?
- Um welche Art von Tätigkeit handelt es sich bzw. welche Merkmale hat die Tätigkeit?
- Welche familiären Verhältnisse und Bindungen bestehen?
- Wo befindet sich der steuerliche Wohnsitz?
- Wo befindet sich der Lebensmittelpunkt?

Nur eine Gesamtbetrachtung des Sachverhalts unter Berücksichtigung dieser Merkmale darf zur Bestimmung des Wohnsitzes führen.

Achtung

Die zivilrechtliche Anmeldung bei der Gemeinde ist lediglich ein Indiz für den Wohnsitz, nicht das alleinige Kriterium. Massgebend sind die tatsächlichen Verhältnisse. Ist eine Person (weiterhin) bei der Gemeinde gemeldet können Sie nicht automatisch davon ausgehen, dass sie dort ihren Wohnsitz im Sinne des Koordinationsrechts hat.

3.2 Aufenthalt (vorübergehender Aufenthalt)

Bei der Koordinierung der Sozialversicherungssysteme spricht man von einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Staat, wenn die Person sich an einem anderen Ort als ihrem gewöhnlichen Wohnort aufhält, ohne dabei den Mittelpunkt ihrer Interessen zu verlegen.

Die Person beabsichtigt, sich nur für eine **begrenzte Dauer** in einem anderen Staat aufzuhalten, um anschliessend wieder in ihren Heimatstaat zurückzukehren. Die (ungefähre) Aufenthaltsdauer ist also im Voraus bereits bekannt, muss jedoch nicht zwingend einen festgelegten Zeitraum oder ein genaues Datum der Rückreise beinhalten. Es genügt, wenn die Person einen ungefähren Zeitraum nennt (z.B. «Ich beabsichtige, mich für eineinhalb Jahre als Au-pair in Frankreich aufzuhalten» oder «Ich plane während meines Studiums zwei Auslandssemester in Österreich).

Eine zeitliche Höchstgrenze für einen vorübergehenden Aufenthalt gibt es grundsätzlich nicht. Voraussetzung ist jedoch, dass die bei Ihnen versicherte Person ihren Lebensmittelpunkt (Mittelpunkt ihrer Interessen) für die Dauer des vorübergehenden Aufenthalts weiterhin in der Schweiz hat (Wohnort/ Wohnsitz). Lassen Sie sich dies im Zweifel schriftlich von der versicherten Person bestätigen.

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

- Ferien
- Studium (Auslandssemester im Rahmen des Studiums in der Schweiz)
- Entsendung
- Geschäftsreise
- Besuch von Familienangehörigen, Freunden etc.
- Reisen zum Zwecke der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung (Zustimmungsfälle)
- etc.

3.3 Unterstellung in einem einzigen Staat

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

Eine Person unterliegt stets der Versicherungspflicht eines einzigen Staats (*Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004*). Eine Versicherungspflicht in zwei oder mehr Staaten ist nicht vorgesehen. Bei Arbeitnehmern und Selbständigen gelten in der Regel die Rechtsvorschriften des Mitgliedstaats, in dem sie ihre Tätigkeit ausüben. Aber nicht nur der Ort der Erwerbstätigkeit ist bei der Beurteilung der Versicherungspflicht entscheidend, auch der Wohnort spielt eine zentrale Rolle (vgl. Kapitel Tätigkeit in einem Staat und Tätigkeit in mehreren Staaten).

Die Unterstellung in einem Staat hat zur Folge, dass die Beiträge zu allen Sozialversicherungszweigen nach den Rechtsvorschriften dieses Staats zu entrichten sind. Man spricht hier vom **zuständigen Staat**. Wer sich mit der internationalen Koordination der Sozialversicherung auseinandersetzt muss zuerst wissen, welchem nationalen Recht die betroffene Person unterstellt ist bzw. welcher Staat für sie zuständig ist.

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

Für die Kontrolle der Versicherungspflicht ist die kantonale Behörde zuständig (12.2 Anhang 2: Zuständige kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht).

3.4 Erwerbstätigkeit und Erwerbsortprinzip

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

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

3.4.1 Erwerbstätigkeit und Rente

Der zusätzliche Bezug einer Rente ändert nichts an der Unterstellung, da die Erwerbstätigkeit bei Prüfung der anzuwendenden Rechtsvorschriften immer Vorrang hat. In *Art. 31 VO 883/2004* heisst es, dass die Bestimmungen für Rentner nicht gelten, wenn jemand auf Grund einer Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit einem Staat unterstellt ist. Das gilt für jede Art von Renten.

3.4.2 Mutterschutz und Elternurlaub

Während des Mutterschutzes sind Arbeitnehmerinnen sozialversicherungsrechtlich weiterhin dem Staat unterstellt, in welchem sie ihre Tätigkeit vor Beginn des Mutterschutzes ausgeübt haben. Wird auf Grundlage der Erwerbstätigkeit eine Mutterschaftsentschädigung ausbezahlt, gilt die Zuständigkeit für die Dauer der Zahlung der Mutterschaftsentschädigung (vgl. auch 3.11 Geldleistungen).

In einigen Staaten der EU/EFTA können sich Eltern nach Ablauf des Mutterschutzes von der (physischen) Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit freistellen lassen, um sich der

Betreuung und Erziehung ihres Kindes zu widmen (Elternurlaub oder auch als Erziehungsurlaub oder Elternzeit bekannt). In den meisten Staaten erhalten die Eltern während dieser Zeit keinen Lohn von ihrem Arbeitgeber, sondern eine staatliche Unterstützung.

Der Elternurlaub variiert je nach Staat und beträgt nach heutigem Stand maximal drei Jahre. Ist der Elternurlaub an eine Erwerbstätigkeit im Sinne eines Arbeitsvertrages geknüpft, bleibt die Person sozialversicherungsrechtlich weiterhin diesem Staat unterstellt. Vorausgesetzt wird das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses. Sinn und Zweck des Elternurlaubs ist es, den Personen nach Ablauf dieser Zeit die Rückkehr in ihr Erwerbsleben zu ermöglichen.

Beispiel für einen dreijährigen Elternurlaub

Eine Arbeitnehmerin wohnt in der Schweiz, ist in Deutschland erwerbstätig und auch sozialversicherungspflichtig. Nach der Geburt ihres Kindes am 17. April beansprucht sie den maximalen Elternurlaub von drei Jahren und kehrt anschliessend wieder an ihren Arbeitsplatz zurück. Während der Zeit des Elternurlaubs erhält sie zwar keinen Lohn ihres Arbeitgebers, aber ein staatliches Elterngeld.

Lösung

Da die Arbeitnehmerin für die Dauer des Elternurlaubs weiterhin dem Erwerbsortsprinzip nach *Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004* unterliegt, bleibt sie für diese Zeit in Deutschland versicherungspflichtig und ist demzufolge von der Versicherungspflicht in der Schweiz ausgenommen (vgl. *Art. 2 Abs. 1 lit. c KVV*).

Beispiel für einen befristeten Arbeitsvertrag

Der befristete Arbeitsvertrag der Arbeitnehmerin aus dem vorherigen Beispiel endet am 30. September. Danach ist sie nicht mehr erwerbstätig und bezieht auch keine Geldleistungen. Ihr Ehemann ist in der Schweiz erwerbstätig und sozialversicherungspflichtig.

Lösung

Da der Arbeitsvertrag bis 30. September befristet ist, ist das Erwerbsortsprinzip nach *Art. 11 Abs. 3 lit. a VO 883/2004* nur bis zu diesem Tag anzuwenden. Danach unterliegt sie als nicht erwerbstätige Familienangehörige der Versicherungspflicht in der Schweiz (vgl. 3.9.2 Lebenspartner/Konkubinat).

3.4.3 Erwerbstätigkeit und unbezahlter Urlaub

Eine Person, die in einem Arbeitsverhältnis steht, aber vorübergehend diese Tätigkeit auf Grund eines unbezahlten Urlaubs nicht ausübt, ist dennoch als Erwerbstätige/r zu qualifizieren. Bei der Definition der Erwerbstätigkeit wird immer das Bestehen eines Arbeitsverhältnisses vorausgesetzt. Die Tätigkeit muss nicht andauernd bzw. nicht zu 100 % erfolgen.

3.4.4 Erwerbstätigkeit in Liechtenstein

Eine Abweichung zum Erwerbsortsprinzip im Bereich der Krankenversicherung besteht im Verhältnis zu Liechtenstein.

Bei Personen, die in der Schweiz wohnen und in Liechtenstein erwerbstätig sind, ergibt sich die Zuständigkeit in der Krankenversicherung wie folgt:

EFTA-Staatsbürger/Schweizer
Ist ein EFTA-Bürger bzw. Schweizer Staatsbürger in der Schweiz wohnhaft und in Liechtenstein erwerbstätig, unterliegt er der liechtensteinischen Sozialversicherung (Erwerbsortprinzip) mit Ausnahme der Krankenversicherung. In der Krankenversicherung gilt in Abweichung zu den anderen Sozialversicherungszweigen das Wohnsitzprinzip. EFTA-Bürger bzw. Schweizer Staatsbürger sind auf Basis des *EFTA-Übereinkommens* in der Schweiz krankenversicherungspflichtig.

Nicht-EFTA-Bürger/EU-Bürger
Die versicherungsrechtliche Zuordnung von Nicht-EFTA-Bürgern ist in keinem internationalen Abkommen geregelt, so dass hier das nationale (schweizerische) Recht zur Anwendung kommt. Diese Personen sind nach Art. 3 KVG in der Schweiz versicherungspflichtig (Wohnsitzprinzip). Die kantonale Behörde kann eine Befreiung von der Versicherungspflicht aussprechen, sofern die Voraussetzungen erfüllt sind.

3.5 Entsendung

Eine Person, die in einem Staat **abhängig beschäftigt** ist und im Rahmen dieser Beschäftigung für diesen Arbeitgeber in einen anderen Staat entsandt wird, unterliegt den Rechtsvorschriften des Entsendestaats, sofern die voraussichtliche Dauer der Entsendung 24 Monate nicht übersteigt und sie nicht eine andere entsandte Person ablöst (*Art. 12 Abs. 1 VO 883/2004*). Dasselbe gilt für **Selbständige**, wenn sie ihre oder eine ähnliche Tätigkeit in einem anderen Staat ausüben (*Art. 12 Abs. 2 VO 883/2004*).

Das bedeutet, dass die Person weiterhin den schweizerischen Rechtsvorschriften in der Sozialversicherung (und damit auch in der Krankenversicherung) unterliegt. Dasselbe gilt für die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen der entsandten Person.

Ein Arbeitgeber, der eine Person für maximal 24 Monate entsenden möchte, stellt bei seiner zuständigen **Ausgleichskasse** einen Antrag auf Ausstellung einer Entsendebescheinigung. Wenn die Voraussetzungen für eine Entsendung erfüllt sind, stellt die für den Arbeitgeber zuständige Ausgleichskasse die Bescheinigung A1 aus.

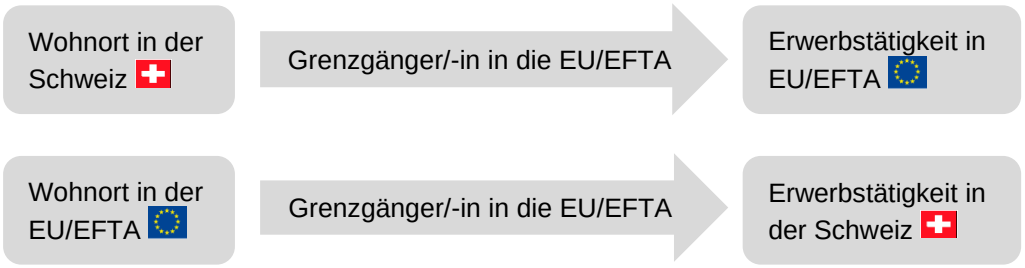
Mit dieser Bescheinigung wird nachgewiesen, dass für die dort angegebene Dauer die Rechtsvorschriften der Schweiz anzuwenden sind. Sie bleibt folglich in der Schweiz versicherungspflichtig.

Eine Verlängerung der Entsendung oder eine im Voraus länger als zwei Jahre andauernde Entsendung ist nur mit Zustimmung der beiden zuständigen Behörden der Mitgliedstaaten möglich (so genannte Ausnahmevereinbarung nach *Art. 16 Abs. 1 VO 883/2004*). Sie erkennen die Ausnahmevereinbarung an der angekreuzten Ziffer 3.11 auf der Bescheinigung A1.

Die zuständige Behörde für Ausnahmevereinbarungen ist das Bundesamt für Sozialversicherungen (www.bsv.admin.ch).

3.6 Grenzgänger/-innen - Allgemeines

Als Grenzgänger/-innen im Sinne des Koordinationsrechts gilt, wer in einem Staat eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit ausübt und in einem anderen Staat wohnt, in den er in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal je Woche zurückkehrt (*Art. 1 lit. f) VO 883/2004*). Überträgt man diese Definition auf die Schweiz, kann ein/e Grenzgänger/-in also sowohl eine Person sein, die in der Schweiz wohnt und in einem anderen Staat erwerbstätig ist als auch jemand, der in einem anderen Staat wohnt und seine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausübt.



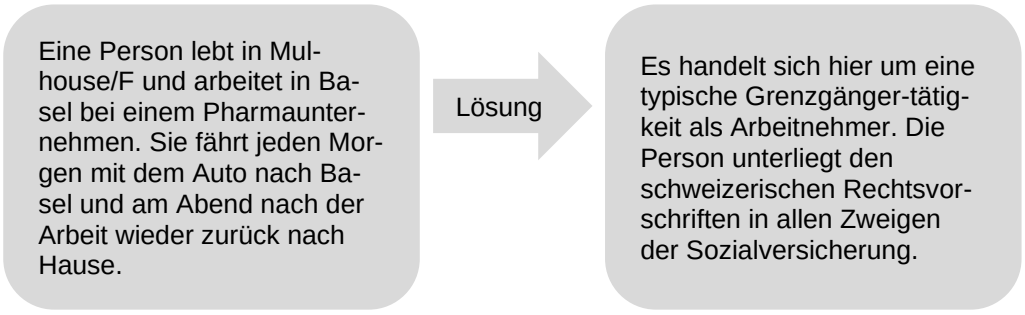
In den nachfolgenden Kapiteln wird der Begriff Grenzgänger ausschliesslich für die Personen verwendet, die in der Schweiz erwerbstätig sind und in einem anderen Staat wohnen (siehe oben, zweite Variante)**.**

Beachten Sie bei diesem Thema insbesondere auch die Erläuterungen im Kapitel 4.6 Ende der Versicherung.

Seit der Aufhebung der Grenzzonen am 1. Juni 2007 können Grenzgänger ohne Einschränkung von der vollständigen geographischen und beruflichen Mobilität profitieren. So kann beispielsweise eine Person, die ihren Wohnsitz in Wien hat und in Bern erwerbstätig ist und mindestens einmal pro Woche nach Wien zurückkehrt, als Grenzgänger betrachtet werden.

Infolge des Erwerbsortprinzips sind Grenzgänger, die in der Schweiz eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausüben, hier versicherungspflichtig (siehe auch Erwerbsortprinzip).

Beispiel



Beispiel

Ein selbständiger Architekt aus der Schweiz lebt in Como/I und hat sein Architekturbüro in Lugano. Er fährt jeden Morgen nach Lugano und am Abend wieder zurück nach Italien.

Lösung

Auch hier handelt sich um eine typische Grenzgängertätigkeit, im Gegensatz zum vorherigen Beispiel jedoch als Selbständiger. Die Person unterliegt den schweizerischen Rechtsvorschriften in allen Zweigen der Sozialversicherung.

Grenzgänger aus Deutschland, Österreich, Italien und Frankreich haben im Sozialversicherungszweig Krankenversicherung die Möglichkeit, sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz zu Gunsten ihrer Krankenversicherung im Wohnstaat befreien zu lassen (*Ziffer 3 lit. a) i) sowie lit. b) des Anhangs XI zur VO 883/2004*). Detaillierte Informationen zum Optionsrecht finden Sie unter 3.12 Optionsrecht.

In den anderen Sozialversicherungszweigen (AHV, IV, UV etc.) bleibt es bei der Versicherungspflicht in der Schweiz. Dort besteht kein Optionsrecht.

Grenzgänger aus allen anderen EU-/EFTA-Staaten müssen sich in der Schweiz krankenversichern. Sie haben **kein** Optionsrecht.

Als Grenzgänger im Sinne des Koordinationsrechts gilt sowohl eine Person mit einer Grenzgängerbewilligung G als auch eine Person mit einer Kurzaufenthalterbewilligung L. Die Art der Bewilligung hat jedoch Auswirkungen auf den Leistungsanspruch im Allgemeinen als auch auf die anzuwendenden Prämien. Detaillierte Informationen zum Optionsrecht im Zusammenhang mit der Aufenthalts- oder Grenzgängerbewilligung finden Sie in den Kapiteln 4.3.1.6 G-Bewilligung und 4.3.5.2 Kurzaufenthalter (L-Bewilligung).

3.7 Erwerbstätigkeiten in mehreren Staaten

Eine Person ist im Wohnstaat versicherungspflichtig, wenn sie dort einen **wesentlichen Teil** (mindestens 25%) ihrer Tätigkeit ausübt (*Art. 13 Abs. 1 lit. a) und Abs. 2 lit. a) VO 883/2004*). Das gilt für Personen, die bei einem einzigen oder bei mehreren Arbeitgebern beschäftigt sind wie auch für selbständig Erwerbstätige.

Beispiel

Eine in der Schweiz wohnende Person ist in Frankreich mit einem Pensum von 100% angestellt und arbeitet immer zwei Tage (40%) je Woche von zu Hause aus.	Lösung	Die schweizerischen Rechtsvorschriften sind anzuwenden, da die Beschäftigung zu einem wesentlichen Teil in der Schweiz ausgeübt wird.

Eine Person, die bei einem oder mehreren Arbeitgebern **beschäftigt** ist und **keinen wesentlichen Teil** ihrer Tätigkeit im Wohnstaat ausübt, ist in dem Staat versicherungspflichtig, in dem der Arbeitgeber seinen Sitz hat (*Art. 13 Abs. 1 lit. b) VO 883/2004*).

Beispiel

Eine in der Schweiz wohnende Person ist in Frankreich mit einem Pensum von 100% angestellt und arbeitet einen Tag (20%) je Woche von zu Hause aus.	Lösung	Die französischen Rechtsvorschriften sind anzuwenden, da die Beschäftigung nicht zu einem wesentlichen Teil in der Schweiz ausgeübt wird.

Eine Person, die in zwei oder mehr Mitgliedstaaten **selbständig** tätig ist, und **keinen wesentlichen Teil** ihrer Tätigkeit im Wohnstaat ausübt, unterliegt den Rechtsvorschriften des Staats, in dem sich der Mittelpunkt ihrer Tätigkeiten befindet (*Art. 13 Abs. 2 lit. b) VO 883/2004*).

Beispiel

Ein in der Schweiz wohnender Selbständiger führt sein Hauptgeschäft in Deutschland und eine kleine Filiale in Frankreich, wo er einen Tag je Woche (20%) erwerbstätig ist.	Lösung	Die deutschen Rechtsvorschriften sind anzuwenden, da sich dort der Mittelpunkt der Tätigkeiten befindet.

Eine Person, die in zwei oder mehr Mitgliedstaaten bei **verschiedenen** Arbeitgebern ausserhalb des Wohnstaats beschäftigt ist, ist im Wohnstaat versicherungspflichtig (*Art. 13 Abs. 1 lit. b) iv) VO 883/2004*).

Beispiel

Eine in der Schweiz wohnende Person ist in Deutschland mit einem Pensum von 60% und in Frankreich zu 40% angestellt.	Lösung	Die schweizerischen Rechtsvorschriften sind anzuwenden (Wohnstaat), da die Beschäftigung bei verschiedenen Arbeitgebern ausserhalb der Schweiz ausgeübt wird.

Eine Person, die in einem Staat selbständig tätig und in einem anderen Staat eine Beschäftigung ausübt, ist in dem Staat versicherungspflichtig, in welchem sie die Beschäftigung ausübt (*Art. 13 Abs. 3 VO 883/2004*).

Beispiel

Eine in der Schweiz wohnende Person ist in Deutschland mit einem Pensum von 40% angestellt und arbeitet gleichzeitig als Selbständige in der Schweiz.	Lösung	Die deutschen Rechtsvorschriften sind anzuwenden, da die Beschäftigung der selbständigen Tätigkeit vorgeht.

Marginale Tätigkeiten: Erwerbstätigkeiten mit einem Pensum von 5% und weniger werden bei der Bestimmung der anzuwendenden Rechtsvorschriften nicht berücksichtigt (*Art. 14 Abs. 5b VO 987/2009*).

Beispiel

Eine in der Schweiz wohnende Person ist in der Schweiz zu 5% angestellt. In Deutschland führt sie als Selbständige ein Unternehmen.	Lösung	Die deutschen Rechtsvorschriften sind anzuwenden, da die Tätigkeit in der Schweiz nicht mehr als 5% ausmacht und somit nicht berücksichtigt wird.

Alle Personen, die in mehreren Staaten erwerbstätig sind, werden so behandelt, als ob sie ihre **gesamte** Erwerbstätigkeit im zuständigen Staat ausüben würden (Fiktion). Die Unterstellung unter die Rechtsvorschriften eines anderen Staats hat Einfluss auf die Abführung der Sozialversicherungsbeiträge. So muss der schweizerische Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge **nach dem Recht eines anderen Staats** abführen. Da dies auch die Krankenversicherung umfasst kann die groteske Situation eintreten, dass der Schweizer Arbeitgeber – je nach Staat –dazu verpflichtet wird, Beiträge zur Krankenversicherung zu bezahlen.

Die Wegleitung über die Versicherungspflicht in der AHV/IV (WVP) enthält sehr ausführliche Informationen und mit Fallbeispielen veranschaulicht (www.sozialversicherungen.admin.ch.

3.8 Arbeitslosigkeit

Das Erwerbsortprinzip gilt grundsätzlich auch für Arbeitslose weiter. Sie unterstehen den Rechtsvorschriften des Staates, aus dem sie ihr Arbeitslosengeld beziehen. Vollarbeitslose Grenzgänger/-innen erhalten das Arbeitslosengeld aus dem Wohnstaat und sind demzufolge in diesem Staat versicherungspflichtig (*Art. 11 Abs. 3 lit. c) i.V.m. Art. 65 VO 883/2004*).

3.9 Nicht erwerbstätige Familienangehörige

Nicht erwerbstätige Familienangehörige unterstehen bezüglich der Koordination in der Krankenversicherung denselben Rechtsvorschriften wie die erwerbstätige Person. Das Koordinationsrecht geht vom Konzept einer Familienversicherung aus. Dabei ist unerheblich, ob die Familienangehörigen im zuständigen Staat im Rahmen einer Familienversicherung, einer freiwilligen Versicherung oder anderweitig versichert sind.

Zur Definition der Familienangehörigen verweist die *VO 883/2004 in Art. 1 lit. i) 1.* auf das Recht des Wohnstaats. Unterscheidet das jeweilige Landesrecht die Familienangehörigen nicht von anderen Personen, so werden der **Ehegatte**, die **minderjährigen Kinder** und die **unterhaltsberechtigten volljährigen Kinder** als Familienangehörige angesehen (*Art. 1 lit. i) 2. VO 883/2004*).

Beim Leistungsanspruch der Familienangehörigen spricht man von einem abgeleiteten Anspruch, d.h. der Anspruch ist direkt mit dem Leistungsanspruch des Erwerbstätigen oder des Rentners (Hauptversicherter) verbunden.

3.9.1 Kinder

Ob das Kind als anspruchsberechtigter Familienangehöriger gilt, hängt von der Definition des Wohnstaats ab (siehe zweiter Abschnitt unter 3.9 Nicht erwerbstätige Familienangehörige). Der Wohnstaat prüft, ob ein Kind im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe eingetragen werden kann oder ob es sich im Wohnstaat versichern muss. Eine offizielle Übersicht über die Definitionen der Staaten gibt es nicht. Die folgende Liste soll Ihnen als Orientierung dienen. Sie befindet sich noch im Aufbau.

> **Deutschland**: Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bzw. bis zum 25. Lebensjahr, wenn sie sich in Schulbildung befinden oder ein Studium absolvieren. Absolviert das Kind ein freiwilliges soziales Jahr, den Wehr- oder Zivildienst, so wird die Altersgrenze um diese Zeit hinausgeschoben.
>
> **Frankreich**: Kinder sind nicht mehr anspruchsberechtigt, wenn sie ein Studium absolvieren und das 20. Lebensjahr vollendet haben.

3.9.2 Lebenspartner/Konkubinat

Da zum Kreis der Familienangehörigen ausschliesslich der Ehegatte, nicht jedoch der Lebenspartner gehört, kann dieser aus schweizerischer Sicht keinen abgeleiteten Anspruch über den Hauptversicherten geltend machen. Die spezielle Regelung für die eingetragene Partnerschaft gilt nicht für heterosexuelle Paare, die in einer eheähnlichen Gemeinschaft leben (Konkubinat).

Was die Eintragung der Familienangehörigen über die internationale Leistungsaushilfe im Wohnstaat betrifft, verweist *Art. 1 lit. i) 2. VO 883/2004* auf das jeweilige Landesrecht. Ist eine Person bei Ihnen versichert, die in einem anderen Staat wohnt, so trägt der aushelfende Träger im Wohnstaat alle Personen im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe ein, die nach seinen Rechtsvorschriften als Familienangehörige gelten. Das kann in einzelnen Staaten auch der Lebenspartner sein.

Das bedeutet für Sie, dass Sie für alle vom Träger des Wohnstaats eingetragenen Personen die Krankenversicherung durchführen müssen, selbst wenn sie nach der in der Schweiz geltenden Regelung nicht zu den Familienangehörigen zählen.

Achtung
Führen Sie die Versicherung erst durch, wenn die Familienangehörigen vom Träger des Wohnorts bestätigt wurden.

Beispiel

Ein Grenzgänger wohnt in Frankreich, ist in der Schweiz, erwerbstätig und bei Ihnen versichert. Für die Geltendmachung seines Leistungsanspruchs stellen Sie ihm das Formular E 106 aus. Der französische Träger bestätigt das Formular E 106 und trägt ausserdem noch seine nicht erwerbstätige Lebenspartnerin ein, welche nach französischem Recht zum Kreis der Familienangehörigen gehört. Der Grenzgänger stellt anschliessend bei Ihnen ein Aufnahmegesuch für seine Lebenspartnerin.

Lösung

Da die Lebenspartnerin nach dem Recht des Wohnstaats zum Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen gehört, ist die Versicherung bei Ihnen durchzuführen. Achten Sie bitte darauf, dass Sie die Versicherung erst durchführen, nachdem dies vom Träger des Wohnstaats bestätigt wurde (reaktiv).

3.9.3 Eingetragene Partnerschaft

Nicht erwerbstätige gleichgeschlechtliche Partner einer eingetragenen Partnerschaft zählen dann zum Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen, wenn sie ihre Partnerschaft in der Schweiz oder in einem Land, das eine vergleichbare Regelung kennt, registrieren liessen.

Eine im Ausland eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft wird in der Schweiz als solche anerkannt, wenn sie den schweizerischen Rechtsprinzipien entspricht. Über die Anerkennung entscheidet die kantonale Aufsichtsbehörde im Zivilstandswesen. Die gleichgeschlechtlichen Partner sind in jeder Hinsicht den Ehepaaren gleichgestellt. Allfällige Kinder eines Partners, die in einer solchen Gemeinschaft leben, werden allerdings nur als Familienangehörige ihres leiblichen Elternteils behandelt.

Die Eintragung des Partners im Rahmen der Leistungsaushilfe ist davon abhängig, ob das jeweilige Landesrecht die Eintragung überhaupt vorsieht. Sie müssen also damit rechnen, dass der aushelfende Träger den gleichgeschlechtlichen Partner einträgt, sofern er nicht erwerbstätig ist. Prüfen Sie, nachdem Sie die Eintragungsmitteilung erhalten haben, ob für diese Person eine Versicherung durchgeführt werden muss.

3.10 Nichterwerbstätige

Auch Nichterwerbstätige (nicht zu verwechseln mit den „nicht erwerbstätigen Familienangehörigen“) werden den Rechtsvorschriften eines Staats unterstellt. Nach *Art. 11 Abs. 3 lit. e) VO 883/2004* unterliegen sie grundsätzlich den Rechtsvorschriften des Wohnstaats, sofern nichts anderes bestimmt ist. Siehe hierzu auch 3.13.3 Eigener Anspruch auf Grund des Wohnorts.

Rentner werden im Grundsatz als Nichterwerbstätige betrachtet. Nichterwerbstätige sind im Wohnstaat versicherungspflichtig (s.o.). Für Rentner gelten besondere Bestimmungen, weshalb sie nicht im Kapitel der anzuwendenden Rechtsvorschriften aufgeführt sind. Die Zuständigkeit der Krankenversicherung von Rentnern ergibt sich aus den in der *VO 883/2004* beschriebenen Sachleistungsansprüchen. Detaillierte Informationen zu Rentnern finden Sie im Kapitel Rentner und ihre Familienangehörigen.

3.11 Geldleistungen

Personen, die auf Grund oder infolge einer Erwerbstätigkeit eine Geldleistung beziehen, werden erwerbstätigen Personen gleichgestellt. Es wird also davon ausgegangen, dass die Personen diese Erwerbstätigkeit weiterhin ausüben (*Art. 11 Abs. 2 VO 883/2004*). Dies gilt für den Bezug von kurzfristigen Geldleistungen (z.B. Taggeld des Unfallversicherers, Mutterschaftsentschädigung), nicht jedoch für Renten, die infolge Invalidität, Alters, Tod, Berufskrankheit oder Berufsunfall ausbezahlt werden.

In der Praxis bedeutet dies, dass nicht nur die Erwerbstätigkeit, sondern auch der Bezug von kurzfristigen Geldleistungen im Zusammenhang mit einer Erwerbstätigkeit die Zuständigkeit eines Staats begründet. Infolgedessen sind die Bezieher von Geldleistungen weiterhin in dem Staat versicherungspflichtig, welcher die Geldleistung ausrichtet.

Was die Versicherungspflicht von Personen, die Geldleistungen auf Grund oder infolge einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz betrifft, ist hinsichtlich des Taggelds wegen Arbeitsunfähigkeit Folgendes zu unterscheiden:

Taggeld nach KVG (*Art. 67 ff. KVG*)
Der Bezug von Taggeldern im Rahmen der freiwilligen Taggeldversicherung nach KVG (Sozialversicherungsrecht) fällt in den Geltungsbereich des Koordinationsrechts. So bleibt eine Person, die ein Taggeld nach Art. 67 ff. KVG bezieht, für die Dauer das Taggelds der schweizerischen Versicherungspflicht unterstellt.

Taggeld nach VVG
Ein Taggeld, welches im Rahmen einer Kollektiv-Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) bezogen wird, fällt nicht in den Anwendungsbereich des Koordinationsrechts. So bleibt eine Person, die ein VVG-Taggeld bezieht. nur solange der schweizerischen Versicherungspflicht unterstellt, als die Dauer des Arbeitsverhältnisses anhält. Mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses endet die versicherungsrechtliche Zuständigkeit der Schweiz.

Praxistipp
Bei der Prüfung, ob die Person weiterhin bei Ihnen versichert sein muss, stellen Sie sicher, ob sich die Person noch in einem Arbeitsverhältnis befindet. Unabhängig des Bezugs von Taggeld nach VVG darf die obligatorische Krankenpflegeversicherung nicht beendet werden, wenn sich die Person noch in einem Arbeitsverhältnis befindet.

Merke: VVG-Taggeldversicherungen fallen nicht in den Geltungsbereich des Koordinationsrechts.

Beispiel

Eine Person lebt in der Schweiz, ist erwerbstätig und bei Ihnen versichert. Nach einem schweren Arbeitsunfall bezieht sie ein UV-Taggeld. Nachdem ihr Arbeitsverhältnis beendet wird, verlegt sie ihren Wohnsitz zum Lebensgefährten nach Deutschland. Sie fragt bei Ihnen an, ob sie weiterhin bei Ihrer Krankenkasse versichert bleiben kann.

Lösung

Da der Bezug des UV-Taggeldes dem Ausüben ihrer (ehemaligen) Erwerbstätigkeit gleichgestellt wird, unterliegt sie weiterhin der Versicherungspflicht in der Schweiz und zwar solange sie das UV-Taggeld bezieht.

3.12 Optionsrecht

3.12.1 Allgemeines

Nach *Art. 11 Abs. 1 VO 883/2004* unterliegt eine Person stets der Versicherungspflicht eines einzigen Staats. Das gilt für alle Sozialversicherungszweige gleichermassen.

Im Bereich der Krankenversicherung können sich die folgenden Personenkategorien von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen, wenn sie nachweisen, dass sie in ihrem Wohnstaat für den Krankheitsfall gedeckt sind (*Ziffer 3 des Anhangs XI zur VO 883/2004*):

- Personen, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit den schweizerischen Rechtsvorschriften unterliegen (z.B. Grenzgänger)
- Rentner, für welche die Schweiz die Kosten trägt (vgl. 4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen) sowie ihre Familienangehörigen
- Personen, die Leistungen der schweizerischen Arbeitslosenversicherung erhalten
- Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen, der in der Schweiz wohnt und nach KVG versichert ist

Als Familienangehörige gelten die Personen, die nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats als Familienangehörige zu betrachten sind.

Ausschliesslich die oben erwähnten Personen, die nicht in der Schweiz wohnen, haben die Wahl, sich entweder in der Schweiz oder in ihrem Wohnstaat zu versichern.

Das Optionsrecht kann bei unveränderter Situation nur einmal ausgeübt werden und ist unwiderruflich. Die Person bleibt an ihre Wahl gebunden, solange sich an ihrer Situation nichts ändert.

Ein Optionsrecht geniesst nur, wer zu einer der oben aufgeführten Personenkategorie gehört und die Voraussetzungen für die Ausübung des Optionsrecht erfüllt. Die nachfolgende Tabelle gibt die Regelungen des Optionsrechts in anschaulicher Form wieder und zeigt Ihnen auf, wer sich

- in der Schweiz versichern muss (kein Optionsrecht)
- von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen kann (Optionsrecht)
- im Wohnstaat versichern muss (kein Optionsrecht)

Lesebeispiel für das Optionsrecht eines Grenzgängers aus Österreich: AT/CH bedeutet, dass die Person zwischen einer Versicherung in Österreich und einer in der Schweiz wählen kann.

Lesebeispiel für die Versicherungspflicht eines Rentners in Belgien: CH bedeutet, dass die Person in der Schweiz versicherungspflichtig ist. Ein Optionsrecht besteht nicht.

Lesebeispiel für die Versicherungspflicht eines Grenzgängers und seinen Familienangehörigen aus Spanien: CH in der Spalte «Grenzgänger» bedeutet, dass die Person in der Schweiz versicherungspflichtig ist. Ein Optionsrecht besteht nicht. ES in der Spalte «Familienangehörige» bedeutet, dass die in Spanien wohnenden Familienangehörigen sich in Spanien versichern müssen bzw. versichert bleiben müssen.

Personenkategorie	EU – Code	Grenzgänger	Nicht erwerbstätige Familien- angehörige des Grenzgängers	Rentner	Nicht erwerbstätige Familien- angehörige des Rentners	Arbeitslose	Nicht erwerbstätige Familien- angehörige des Arbeitslosen	Nicht erwerbstätige Familienangehörige eines Erwerbstätigen, der in der Schweiz wohnt und versichert ist
Wohnstaat (EU)		**Versicherungsstaat**						
Belgien	BE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Bulgarien	BG	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Dänemark	DK	CH	DK	CH	DK	CH	DK	DK
Deutschland	DE	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH	DE/CH
Estland	EE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Finnland	FI	CH	FI/CH	CH	FI/CH	CH	FI/CH	FI/CH
Frankreich	FR	FR/CH	FR/CH[4]	FR/CH	FR/CH[4]	FR/CH	FR/CH[4]	FR/CH
Griechenland	EL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Irland	IE	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Italien	IT	IT/CH	IT/CH[4]	IT/CH	IT/CH[4]	IT/CH	IT/CH[4]	IT/CH
Kroatien	HR	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Lettland	LV	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Litauen	LT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Luxemburg	LU	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Malta	MT	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Niederlande	NL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Österreich	AT	AT/CH	AT/CH[4]	AT/CH	AT/CH[4]	AT/CH	AT/CH[4]	AT/CH
Polen	PL	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Portugal	PT	CH	PT	PT/CH	PT	CH	PT	PT
Rumänien	RO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Schweden	SE	CH	SE	CH	SE	CH	SE	SE
Slowakei	SK	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Slowenien	SI	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Spanien	ES	CH	ES	ES/CH[2]	ES/CH[4]	CH	ES	ES
Ungarn	HU	CH	HU	CH	CH	CH	HU	HU
Tschechien	CZ	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Vereinigtes Königreich	UK*	CH	UK	CH	UK	CH	UK	UK
Zypern	CY	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Wohnstaat (EFTA)		**Versicherungsstaat**						
Island	IS	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH
Liechtenstein	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI	LI
Norwegen	NO	CH	CH	CH	CH	CH	CH	CH

Quelle: Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen; Anhang XI zur Verordnung (EG) Nr. 883/2004

* Quelle: Sozialversicherungsabkommen CH-UK seit 1. November 2021

[4] Versicherung in demselben Staat wie die Grenzgänger, Rentner, Arbeitslosen

[2] Optionsrecht gilt nur für schweizerische und spanische Staatsangehörige (Quelle: "convenio especial de asistencia sanitaria")

Abbildung 3: Versicherungspflicht und Optionsrecht von Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA.

Die Übersicht ist auch unter www.kvg.org -> Versicherer -> Koordinationsrecht -> Zuordnung als separate Datei erhältlich.

3.12.2 Verfahren bei der Ausübung des Optionsrechts

Das Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht ist **innerhalb von drei Monaten** nach Entstehung der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz zu stellen, also drei Monate nach

- Beginn der Erwerbstätigkeit (Grenzgänger/-in)
- Beginn des Rentenbezugs
- Beginn des Leistungsbezugs der Arbeitslosenversicherung
- Wohnsitzverlegung

Nur eine schriftliche Willenserklärung in Form eines Gesuchs um Befreiung von der Versicherungspflicht führt zur rechtsgültigen Ausübung des Optionsrechts (siehe auch *Informationsschreiben des BAG vom 20. April 2015*).

Zuständige Stellen für die Prüfung der Befreiung von der Versicherungspflicht:

Kantonale Behörde
Zuständig für die Befreiung von der Versicherungspflicht von Grenzgängern, von Familienangehörigen eines Arbeitnehmers oder Selbständigen, der in der Schweiz wohnt und nach KVG versichert ist sowie von Personen, die Leistungen der schweizerischen Arbeitslosenversicherung erhalten: (Liste der zuständigen Behörden siehe Anhang 2 oder unter www.kvg.org -> Privatpersonen -> Versicherungspflicht).

Gemeinsamen Einrichtung KVG
Zuständig für die Befreiung von der Versicherungspflicht von Rentnern und ihren Familienangehörigen (*Art. 18 Abs. 2bis KVG*).

Wenn der Befreiungsbescheid der zuständigen kantonalen Behörde bzw. der Gemeinsamen Einrichtung KVG kein anderes Datum enthält, gilt die Befreiung im Grundsatz ab dem Zeitpunkt des Entstehens der Versicherungspflicht in der Schweiz, d.h. ab Aufnahme der Erwerbstätigkeit, ab Beginn der Rentenzahlung oder ab dem Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung.

Beispiel

Ein AHV-Rentner verlegt am 1. November seinen Wohnsitz nach Frankreich. Er möchte von seinem Optionsrecht Gebrauch machen und versichert sich ab 1. November bei der französischen Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Das Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht reicht er am 15 Januar bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG ein.

Lösung

Sofern alle Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht erfüllt sind, gilt diese rückwirkend zum 1. November. Die Versicherung in der Schweiz ist zum 31. Oktober zu beenden.

In besonderen Fällen kann die Befreiung auch zu einem späteren Zeitpunkt gültig sein, wenn dadurch eine Versicherungslücke bzw. eine Doppelversicherung vermieden wird.

3.12.3 Besonderes zur Versicherung im Wohnstaat

In Anhang XI VO 883/2004 wird das Optionsrecht wie folgt erläutert: „[…] die unter Buchstabe a genannten Personen *(Anmerkung des Autors: damit sind die Personen gemeint, die auf Grund einer Erwerbstätigkeit, einer Leistung der Arbeitslosenversicherung oder einer Rente in der Schweiz versicherungspflichtig sind)* können auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn und solange sie in einem der folgenden Staaten wohnen und nachweisen können, dass sie dort für den Krankheitsfall gedeckt sind: […].“

Die Person kann daraus nicht automatisch ein Recht auf eine Versicherung im Wohnstaat ableiten, sondern lediglich das Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz, sofern sie im Wohnstaat einen Anspruch auf Krankenversicherung hat. Die Person muss also zunächst beim Krankenversicherer im Wohnstaat klären, ob sie sich dort überhaupt versichern kann. Das ist nicht in jedem Fall gewährleistet. Einige Staaten sehen für eine Versicherung bestimmte versicherungsrechtliche Voraussetzungen vor, die unter Umständen von der Person nicht erfüllt werden können. Ob und unter welchen Bedingungen eine Versicherung im Wohnstaat möglich ist, entscheidet der Krankenversicherer im Wohnstaat.

3.12.4 Optionsrecht im Verhältnis zu Frankreich

Die gemeinsame Note zwischen der Schweiz und Frankreich regelt die Modalitäten der Ausübung des Optionsrechts (*note conjointe relative à l'exercice du droit d'option en matière d'assurance-maladie dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne (note conjointe)*).

Hiernach ist das Optionsrecht ausschliesslich mittels eines einheitlichen Formulars auszuüben (choix du système d'assurance-maladie applicable). Das Formular ist bei den zuständigen kantonalen Behörden, bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG und bei den Krankenversicherern erhältlich (siehe auch *Informationsschreiben des BAG vom 2. Mai 2013*). Die gemeinsame Note bezweckt eine Vereinheitlichung des Verfahrens zur Ausübung des Optionsrechts.

Personen müssen das Formular ausfüllen, wenn sie

- in Frankreich wohnen oder nach Frankreich umziehen, die Voraussetzungen zur Ausübung des Optionsrechts erfüllen und dieses Recht ausüben wollen,
- bis anhin den französischen Rechtsvorschriften unterstellt waren, nun neu in der Schweiz versicherungspflichtig nach KVG sind und ihr Optionsrecht **nicht** ausüben wollen.

Das Formular muss zwingend durch die Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) visiert werden. Anschliessend wird es der zuständigen kantonalen Behörde oder der Gemeinsamen Einrichtung KVG (bei Rentnern) innerhalb von drei Monaten zugeschickt.

Detaillierte Informationen finden Sie im *Informationsschreiben des BAG vom 2. Mai 2013* (*www.bag.admin.ch*) und auf der Website der französischen Krankenversicherung www.ameli.fr (assurance maladie).

Ein Versicherter, der seinen Wohnsitz nach Frankreich verlegt und sein Optionsrecht zu Gunsten der französischen Krankenversicherung ausübt, muss Ihnen zwingend eine Kopie des durch die CPAM visierten Formulars zusenden, damit Sie die Versicherung beenden können.

Praxistipp

Ausstellung des Formulars E 121/der Bescheinigung S1: Warten Sie, wenn möglich, mit der Ausstellung der Anspruchsbescheinigung bis Sie wissen, ob der Versicherte von seinem Optionsrecht Gebrauch macht oder nicht. Sie ersparen sich dadurch eventuelle Rückabwicklungen von Kosten, die durch die zwischenzeitliche Eintragung über die Leistungsaushilfe in Frankreich entstanden sein könnten.
In diesem Zusammenhang sollten Sie Flexibilität zeigen bei der Prüfung der Kostenübernahme von Leistungen, welche der Versicherte bis zur Klärung in Frankreich in Anspruch genommen hat.

3.13 Rangfolge von Leistungsansprüchen

Bei den Leistungsansprüchen unterscheidet man eigene von abgeleiteten Ansprüchen und Ansprüche, die sich nur auf Grund des Wohnorts ergeben. Die Unterscheidung ist insbesondere deshalb wichtig, weil sich daraus die Zuständigkeit der Krankenversicherung im jeweiligen Staat ergibt.

Ob es sich um einen eigenen Anspruch, um einen abgeleiteten Anspruch oder um einen Wohnortsanspruch handelt, richtet sich nach dem vorliegenden Sachverhalt. So lösen beispielsweise die Erwerbstätigkeit oder der Wohnort einen eigenen Anspruch aus, der Familienstand möglicherweise einen abgeleiteten Anspruch usw.

Stellen Sie sich vor, eine Person übt eine Erwerbstätigkeit aus und ist gleichzeitig Familienangehöriger. So entstehen theoretisch zwei verschiedene Ansprüche nebeneinander. Wie entscheiden Sie nun, welcher Leistungsanspruch gegenüber welchem vorrangig ist? Diese Frage ist mit der so genannten Rangfolge von Leistungsansprüchen zu beantworten. Mit dieser Rangfolge wird zunächst geklärt, um was für einen Anspruch es sich handelt und schliesslich ob dieser Anspruch Vorrang gegenüber einem anderen hat (*Art. 32 Abs. 1 VO 883/2004*).

In den folgenden drei Abschnitten finden Sie Erläuterungen zu den einzelnen Ansprüchen.

3.13.1 Eigener Anspruch

Ein eigener Anspruch entsteht, wenn jemand vom persönlichen Geltungsbereich des Koordinationsrechts umfasst wird und ein Tatbestand vorliegt, der diesen Anspruch auslöst und nicht von einer anderen Person abgeleitet wird. Das kann das Ausüben einer Beschäftigung, einer selbständigen Erwerbstätigkeit oder der Bezug einer Rente sein.

Der eigene Anspruch infolge einer Erwerbstätigkeit oder Rente hat Vorrang gegenüber dem abgeleiteten Anspruch und dem Anspruch auf Grund des Wohnorts.

Beispiel

Eine Frau lebt in der Schweiz und ist in Österreich erwerbstätig und krankenversichert. Ihr Ehemann lebt ebenfalls in der Schweiz und nimmt nun eine Erwerbstätigkeit zu 50% in der Schweiz auf. Er fragt sich, ob er sich in der Schweiz oder in Österreich über seine Ehefrau versichern muss.	Lösung	Der eigene Anspruch des Ehemannes aus der Erwerbstätigkeit ist vorrangig gegenüber dem abgeleiteten Anspruch als Familienangehöriger seiner Ehefrau, auch wenn die Erwerbstätigkeit nur zu 50% ausgeübt wird. Er muss sich also in der Schweiz versichern.

Beispiel

Eine Mutter lebt mit ihrem Kind in Frankreich. Der Vater des Kindes ist verstorben. Die Mutter erhält eine Witwenrente, das Kind eine Halbwaisenrente aus der Schweiz. Beide sind bei Ihnen krankenversichert. Nun nimmt die Mutter eine Erwerbstätigkeit auf und ist in Frankreich krankenversichert. Sie fragt bei Ihnen an, ob das Kind sich ebenfalls in Frankreich versichern müsse oder weiterhin bei Ihnen krankenversichert bleiben kann.

Lösung

Auf Grund der Vorrangigkeit der Erwerbstätigkeit ist die Mutter in Frankreich versicherungspflichtig. Sie hat einen eigenen Anspruch. Da das Kind wegen seiner Halbwaisenrente ebenfalls einen eigenen Anspruch hat und dieser vorrangig ist vor einem abgeleiteten Anspruch, der sich aus der Erwerbstätigkeit der Mutter ergeben würde, ist das Kind weiterhin bei Ihnen zu versichern. Fällt die Rente jedoch weg, ist das Kind in Frankreich zu versichern.

3.13.2 Abgeleiteter Anspruch

Beim Leistungsanspruch der Familienangehörigen spricht man von einem **abgeleiteten Anspruch**, d.h. der Anspruch ist direkt mit dem Leistungsanspruch des Erwerbstätigen oder des Rentners (Hauptversicherter) verbunden. Dieser Anspruch besteht jedoch nur, wenn der Familienangehörige selbst keine Erwerbstätigkeit ausübt oder eine Rente bezieht.

Endet der Anspruch des Erwerbstätigen oder des Rentners, von welchem sich der Anspruch ableitet (z.B. wegen Beendens der Versicherung oder wegen Todes), endet automatisch auch der Anspruch auf Leistungen der Familienangehörigen. Wohnen bei Ihnen versicherte Personen in einem EU-/EFTA-Staat und sind sie im Rahmen der Leistungsaushilfe registriert bedeutet dies, dass der Anspruch der Familienangehörigen zeitgleich mit dem Ende des Anspruchs des Erwerbstätigen bzw. Rentners endet. Der aushelfende Träger darf die Familienangehörigen nicht ohne weiteres im Wohnstaat eingetragen lassen.

Um einen durchgehenden Leistungsanspruch der Familienangehörigen bzw. Hinterbliebenen zu gewährleisten, müssen sie, sofern der Anspruch z.B. wegen Wegzuges nicht sowieso endet, einen eigenen Anspruch auf Leistungsaushilfe nachweisen können und hierfür eine auf sich selbst ausgestellte Anspruchsbescheinigung vorweisen.

Der abgeleitete Anspruch hat Vorrang gegenüber dem eigenen Anspruch, der sich nur aus dem Wohnort ergibt.

Beispiel

Eine Schweizerin ist bisher in Frankreich auf Grund des Wohnsitzprinzips versicherungspflichtig. Sie ist nicht erwerbstätig und bezieht keine Rente. Nun heiratet sie. Ihr Ehemann wohnt ebenfalls in Frankreich, ist in der Schweiz erwerbstätig und bei Ihnen versichert. Sie beantragt bei Ihnen die Versicherung.	Lösung	Zum Zeitpunkt der Heirat ist sie per Definition als Familienangehörige zu betrachten. Sie hat damit automatisch einen abgeleiteten Anspruch und ist wegen der Erwerbstätigkeit des Ehemannes in der Schweiz versicherungspflichtig. Da dies Vorrang hat vor dem Anspruch auf Grund des Wohnsitzes, muss sie sich bei Ihnen ab dem Zeitpunkt der Heirat versichern.

Beispiel

Ausgangslage wie oben, Variante: Die Schweizerin hat ein Kind. Der zukünftige Ehemann ist nicht der Vater des Kindes. Er adoptiert es nicht. Sie fragt bei Ihnen nach, wo sie ihr Kind versichern müsse.	Lösung	Das Kind kann keinen abgeleiteten Anspruch geltend machen und bleibt somit in Frankreich versicherungspflichtig. Erst durch eine Adoption kann sich das Kind bei Ihnen in der Schweiz krankenversichern.

3.13.3 Eigener Anspruch auf Grund des Wohnorts

Liegt weder ein eigener Anspruch infolge einer Erwerbstätigkeit oder Rente vor, noch ein abgeleiteter Anspruch als Familienangehöriger, gilt der eigene Anspruch auf Grund des Wohnorts. Diese Art des Anspruchs ist Ihnen unter der Bezeichnung «Wohnsitzprinzip» bekannt.

Zusammenfassend (3.13.1 bis 3.13.3) gibt es also drei mögliche Tatbestände, durch welche der Versicherte seinen Anspruch auf Leistungen geltend machen kann. Der häufigste Fall ist der des **eigenen Anspruchs**, den der Versicherte als Erwerbstätiger, Rentner etc. hat. Nicht erwerbstätige Familienangehörige haben einen **abgeleiteten Anspruch**. Eher selten ergibt sich der Anspruch nur auf Grund des **Wohnsitzes**.

4 Durchführung der Krankenversicherung

Im Kapitel 4 werden versicherungsrechtliche Aspekte behandelt und wie Sie damit umgehen. Es beinhaltet Erläuterungen zur Versicherungspflicht im Allgemeinen, zum Beginn und zum Ende der Versicherung sowie die in diesem Zusammenhang stehenden Elemente wie beispielsweise Prämien. Ab dem Kapitel 4.3 Vorgehensweise bei der Versicherung von Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat finden Sie detaillierte Informationen zu den verschiedenen Personenkategorien, die Sie zur Beurteilung der einzelnen Sachverhalte benötigen. Sie sollen Ihnen eine Hilfestellung geben, ob und in welcher Form Sie die Krankenversicherung durchführen, weiterführen oder beenden müssen.

4.1 Versicherungspflicht - Grundsätzliches

4.1.1 Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen

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

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

Verlegt eine Person ihren Wohnsitz in einen EU-/EFTA-Staat, so besteht die Versicherungspflicht in der Schweiz selbst dann weiter, wenn die Person die neue Adresse im EU-/EFTA-Staat nicht angibt. Die Versicherung darf also nicht ohne weiteres beendet werden. Solange nicht erwiesen ist, dass die Versicherungspflicht in der Schweiz endet und solange angenommen werden kann, dass sich der neue Wohnsitz tatsächlich in einem EU-/EFTA-Staat befindet, muss die obligatorische Krankenpflegeversicherung weitergeführt werden. Es müssen zunächst alle Mittel ausgeschöpft werden, um an die neue Anschrift zu gelangen. Hinweise zur Ermittlung der neuen Anschrift finden Sie unter 8.1 Adresse ist nicht mehr aktuell.

4.1.2 Wohnsitz in der Schweiz

4.1.2.1 Versicherungspflicht in der Schweiz

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

Die Frist von drei Monaten für den Beginn der Versicherungspflicht ist auch anwendbar, wenn eine Person schon längere Zeit in der Schweiz lebt und bisher in einem

EU-/EFTA-Staat versichert war und nun wegen einer der folgenden Gründe in der Schweiz versicherungspflichtig wird:

- Bezug einer schweizerischen Rente der AHV, IV, BV, UV, MV
- Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz (bei Mehrfachbeschäftigten nur dann, wenn sie einen wesentlichen Teil ihrer Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben, siehe auch 3.7 Tätigkeit in mehreren Staaten)
- Kinder bei Ausübung einer Erwerbstätigkeit des Elternteils in der Schweiz.

Beispiel

Ein Rentner aus Deutschland beschliesst im Alter von 61 Jahren, seinen Lebensabend in der Schweiz zu verbringen. Da er das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht hat, muss er Beiträge als Nichterwerbstätiger bezahlen. Bisher ist er bei der GE KVG im Rahmen der Leistungsaushilfe registriert. Am 15. Juli informiert er die GE KVG, dass er seit 1. Mai eine AHV-Rente bezieht. Er beantragt bei Ihnen eine Versicherung.

Lösung

Durch den Bezug der AHV-Rente tritt ab 1. Mai Versicherungspflicht in der Schweiz ein. Da die drei Monate noch nicht verstrichen sind, ist die Versicherung bei Ihnen rückwirkend zum Beginn des Rentenbezugs durchzuführen.

Problematisch wird es dann, wenn der Tatbestand der Versicherungspflicht erst nach Ablauf von drei Monaten bekannt wird. In diesem Fall beginnt die Versicherung grundsätzlich zum Zeitpunkt des Beitritts. Dies hat eine Versicherungslücke zur Folge, was sich für die Person bei einer eventuellen Rückkehr in ihren Heimatstaat nachteilig auswirken kann (s.u.).

Beispiel

Der Rentner aus dem vorherigen Beispiel informiert die GE KVG erst am 15. September. Er beantragt bei Ihnen eine Versicherung.

Lösung

Durch den Bezug der AHV-Rente tritt zwar ab 1. Mai Versicherungspflicht in der Schweiz ein. Da die drei Monate jedoch verstrichen sind, ist eine Versicherung bei Ihnen rückwirkend zum Beginn des Rentenbezuges grundsätzlich nicht mehr möglich. Denkbar wäre ein Beginn zum 1. September, so dass er für die Zeit vom 1. Mai bis 31. August eine Versicherungslücke hätte.

Auch wenn die Folgen einer Versicherungslücke im Voraus nicht abzuschätzen sind, so kann sie in einzelnen Fällen bedeutende Folgen haben. Wenn der im Beispiel genannte Rentner nun zum Pflegefall und ein Jahr später nach Deutschland zurückkehren würde, hätte er gerade wegen dieser Versicherungslücke erst einen späteren Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung.

Die fehlenden Zeiten dürften auch nicht auf dem Formular E 104/S041 bescheinigt werden.

4.1.2.2 Versicherungspflicht in der EU/EFTA

Nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehen

- Personen, die wegen Ausübens einer Erwerbstätigkeit in einem EU-/EFTA-Staat in diesem Staat versicherungspflichtig sind (*Art. 2 Abs. 1 lit. c KVV)*,
- Personen, die eine Leistung einer ausländischen Arbeitslosenversicherung beziehen und dem Recht eines anderen Staats unterstellt sind (*Art. 2 Abs. 1 lit. d KVV)*,
- Personen, die eine Rente aus einem EU-/EFTA-Staat erhalten, sofern sie keine schweizerische Rente beziehen (*Art. 2 Abs. 1 lit. e KVV)*,
- Familienangehörige dieser Personen, wenn sie beim Erwerbstätigen oder Rentner mitversichert sind und Anspruch auf Leistungsaushilfe in der Schweiz haben (*Art. 2 Abs. 1 lit. f KVV)*.

4.2 Wohnsitz und Versicherungspflicht in der Schweiz - vorübergehender Aufenthalt in der EU/EFTA

In diesem Kapitel wird auf Personen eingegangen, die in der Schweiz obligatorisch krankenversichert sind und sich vorübergehend in einem anderen EU-/EFTA-Staat aufhalten. Um einen Sachverhalt korrekt beurteilen zu können ist es sehr wichtig zu wissen, ob und wann es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt handelt.

Im Kapitel 3. Anzuwendende Rechtsvorschriften wurde bereits der grundsätzliche Unterschied zwischen dem vorübergehenden und dem gewöhnlichen Aufenthalt erläutert.

Zur Wiederholung: Um einen vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Staat handelt es sich immer dann, wenn der Lebensmittelpunkt in der Schweiz beibehalten wird und die Person beabsichtigt, sich nur für eine begrenzte Dauer in einem anderen Staat aufzuhalten. Das bedeutet, dass eine Rückkehr in die Schweiz absehbar ist, aber nicht in jedem Fall ein genaues Datum vorhanden ist. Zu welchem Zeitpunkt die Rückkehr erfolgen muss, hängt also vom jeweiligen Aufenthaltszweck ab.

Der typische Fall einer Person, die sich vorübergehend in einem anderen Staat aufhält, ist der des Touristen. Darüber hinaus gibt es aber noch einige weitere Personenkategorien, die unter den vorübergehenden Aufenthalt fallen. Die folgende Liste soll Ihnen einen Anhaltspunkt hierfür geben. Der Pfeil zeigt die (normalerweise) zunehmende Aufenthaltsdauer an.

Aufenthaltsdauer

- Flugpersonal, LKW-Chauffeure, Car-/Zug-Chauffeure etc. (Arbeitnehmer im internationalen Verkehrswesen) (Aufenthaltsdauer wenige Tage)
- Geschäftsreisende (wenige Tage)
- Touristen (wenige Tage bis Wochen)
- Arbeitslose, die sich zum Zwecke der Arbeitssuche in einen anderen Staat begeben (drei, maximal sechs Monate)
- Praktikanten (mehrere Wochen bis Monate)
- Au-pairs (ca. ein Jahr)
- Studenten* (mehrere Monate bis wenige Jahre)
- Entsandte* (mehrere Monate bis wenige Jahre)

*Bei Studenten und Entsandten handelt es sich normalerweise um einen vorübergehenden Aufenthalt. Es kann aber auch um eine Wohnsitzverlegung stattfinden. Während sich bei Entsandten der Unterschied zwischen einem vorübergehenden Aufenthalt und einer Wohnsitzverlegung lediglich beim Leistungsanspruch niederschlägt (EHIC oder S1/ E 106), kann es bei Studenten Auswirkungen auf die Versicherungspflicht haben (vgl. 4.1.1 Wohnsitz in der EU, Island oder Norwegen und 3.12 Optionsrecht).

Auf die Prämie hat der vorübergehende Aufenthalt keinen Einfluss. Es ist weiterhin die Prämie für Versicherte mit Wohnsitz in der Schweiz anzuwenden.

Um seinen Anspruch auf Leistungsaushilfe im anderen Staat geltend machen zu können, weist der Versicherte die von Ihnen ausgestellte Europäische Krankenversicherungskarte vor. Kann diese nicht rechtzeitig ausgestellt werden
oder ist die Person, z.B. wegen Verlusts, nicht mehr im Besitz der Karte, ist eine provisorische Ersatzbescheinigung zu verwenden.

Praxistipp

Wenn Ihnen eine Person mitteilt, dass sie sich vorübergehend in einem anderen Staat aufhalten wird, dann erfragen Sie den Grund des Aufenthalts und vermerken diesen. Sie ersparen sich somit schwierige Fragen, die sich im Zusammenhang mit dem Leistungsanspruch im anderen Staat während des vorübergehenden Aufenthalts ergeben können und Sie erleichtern sich die Bearbeitung der Kostenrechnungen, die Sie von der Gemeinsamen Einrichtung KVG als Verbindungsstelle erhalten.

Achtung

Bei den Genehmigungs- bzw. Zustimmungsfällen handelt es sich zwar ebenfalls um einen vorübergehenden Aufenthalt, jedoch ist der Zweck des Aufenthalts die medizinische Behandlung. Anspruchsbescheinigung hierfür ist die Bescheinigung S2 bzw. das Formular E 112 (Zustimmungsfälle).

4.3 Versicherung von Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA

Nachdem das Grundlegende zur Versicherungspflicht in den vorherigen Kapiteln erläutert wurde, erhalten Sie nachfolgend detaillierte Informationen, wie Sie Sachverhalte mit Wohnsitzverlegung in einen EU-/EFTA-Staat lösen können.

Bevor überhaupt eine Versicherung durch- bzw. weitergeführt werden kann müssen Sie zunächst wissen, ob die Person in der Schweiz versicherungspflichtig ist bzw. bleibt. Da in der Schweiz keine freiwillige Versicherung existiert, darf nur die Person in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufgenommen werden, die dem Sozialversicherungsrecht der Schweiz unterliegt (Unterstellung in einem Staat).

Stellen Sie bei der Auswertung der Ihnen vorliegenden Informationen fest, dass eine vorrangige Versicherungspflicht in einem anderen Staat besteht, ist die Aufnahme abzulehnen bzw. die Versicherung zu beenden. Entscheiden Sie bitte erst, wenn Sie über alle notwendigen Informationen verfügen.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Krankenversicherer, die eine Versicherung für Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat anbieten. Besonderheiten für Krankenversicherer, welche nach Art. 4 KVAV i.V.m. Art. 5 lit. g. KVAG von der Verpflichtung befreit sind, sind speziell gekennzeichnet.

Damit Sie bei der Beurteilung des Sachverhalts zum korrekten Ergebnis kommen, müssen Sie zunächst eine Auswertung der Ihnen vorliegenden Informationen machen. Wichtig bei der Auswertung ist, dass Sie sich die vorhandenen Informationen nicht nur einzeln ansehen, sondern immer eine Gesamtbetrachtung des Sachverhalts vornehmen. Eine Reihenfolge der abzuklärenden Punkte ist nicht vorgegeben.

Beachten Sie bitte, dass zwar der definitive Entscheid, welche Rechtsvorschriften anzuwenden sind, von den Ausgleichskassen gefällt wird. Dadurch, dass Sie als Krankenversicherer einen näheren Kontakt zum Versicherten haben und meist schneller über die notwendigen Informationen verfügen, können Sie durchaus eine Beurteilung vornehmen.

Bevor es zur Beurteilung des Sachverhalts kommt muss der persönliche Geltungsbereich geklärt werden. Ist diese Frage beantwortet, kann mit der detaillierten Abklärung begonnen werden.

Hat die Person tatsächlich ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt?

Wie im Kapitel Wohnort beschrieben, sind subjektive und objektive Elemente zur Klärung der Frage nach dem Wohnsitz entscheidend. Eine saubere Abklärung des Wohnsitzes ist eine optimale Ausgangslage für die Beurteilung, ob und wie die Person bei Ihnen (weiter-)versichert werden kann und hilft, zukünftigen Missverständnissen vorzubeugen. Ist die Frage nach dem Wohnsitz beantwortet, so lässt sich bei weiteren Abklärungen auch leichter erkennen, ob der Aufenthalt in einem anderen Staat lediglich vorübergehend ist. Das ist sowohl für die Prämienberechnung als auch für den Leistungsanspruch entscheidend.

Nach Schweizer Recht hat man nur **einen** zivilrechtlichen Wohnsitz. Der Wohnsitz ist der Ort des gewöhnlichen Aufenthalts. Vorübergehend kann man sich hingegen an mehreren Orten aufhalten.

Bitte beachten Sie, dass in einigen anderen Staaten nach dem dort geltenden Recht durchaus mehrere Wohnsitze möglich sind. Sie werden zumeist als Erst- und Zweitwohnsitz oder als Haupt- und Nebenwohnsitz bezeichnet. Diese Besonderheiten haben jedoch keinen Einfluss auf Ihre Beurteilung des Sachverhalts. Es kommt immer auf den Lebensmittelpunkt (Mittelpunkt der Interessen) an.

Beispiel

Ein junger, lediger Versicherter verfügt über eine L-Bewilligung und wohnt in der Schweiz. Seine Eltern leben in Deutschland, welche er regelmässig, einmal im Monat besucht. Er behauptet, sein Hauptwohnsitz sei in Deutschland, da seine Eltern dort wohnten. Er sagt, in der Schweiz habe er nur einen Nebenwohnsitz.

Lösung

Es ist anzunehmen, dass sich sein Lebensmittelpunkt in der Schweiz befindet, zumal er lediglich einmal im Monat zu seinen Eltern nach Deutschland kehrt.
Zu einer anderen Lösung käme man, wenn es sich nicht um seine Eltern, sondern um seine Ehefrau und Kinder handeln würde. Dann befände sich der Lebensmittelpunkt nämlich in Deutschland und zwar unabhängig von der Tatsache, dass er mehr Zeit in der Schweiz verbringt.

Wo ist die Person erwerbstätig und welche Art von Erwerbstätigkeit übt sie aus?

Im Kapitel Erwerbsortprinzip haben Sie erfahren, dass eine Person grundsätzlich in dem Staat versicherungspflichtig ist, in welchem sie erwerbstätig ist. Die Frage nach der Erwerbstätigkeit ist somit ebenfalls von entscheidender Bedeutung für die (weitere) Versicherung. Eine erwerbstätige Person mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat kann nur dann in der Schweiz versichert werden, wenn sie ihre Erwerbstätigkeit auch in der Schweiz ausübt.

Ist die Frage nach der Erwerbstätigkeit geklärt, kann detailliert auf den Sachverhalt eingegangen werden. In den folgenden Kapiteln finden Sie ausführliche Informationen zu den nachfolgenden Personenkategorien (Hinweis: Bei Rentnern handelt es sich zwar nicht um Erwerbstätige im eigentlichen Sinn, aber da die Rente aus einer früheren Erwerbstätigkeit resultiert, sind sie hier ebenfalls aufgeführt):

Besteht eine vorrangige Versicherungspflicht im anderen Staat?

Bevor Sie die Person einer der Kategorien zuordnen können müssen Sie wissen, ob die Erwerbstätigkeit nicht zu einer vorrangigen Versicherungspflicht im anderen Staat führt. Das kann insbesondere dann zu brisanten Fällen führen, wenn es sich um denselben Arbeitgeber handelt, wie das nachfolgende Beispiel verdeutlichen soll.

Beispiel

Ein Versicherter wohnt in der Schweiz und arbeitet bei einem bekannten Detailhändler in Zürich. Aus familiären Gründen beschliesst er, seinen Wohnsitz nach Lörrach/Deutschland zu verlegen. Das Schweizer Unternehmen ist dort ebenfalls ansässig und bietet ihm eine Stelle zu den dortigen Bedingungen an, welche er ohne grosse Überlegung annimmt. Er teilt Ihnen nun mit, dass er gerne bei Ihnen versichert bleiben möchte, da er ja schliesslich für denselben Arbeitgeber tätig sein.

Lösung

Alleine die Information, dass er für denselben Arbeitgeber in Deutschland tätig ist genügt nicht zur Beurteilung, ob er weiterhin bei Ihnen versichert bleiben kann. In diesem Fall ist die Information, dass es sich eben nicht um eine Entsendung, sondern um die Aufnahme einer neuen Erwerbstätigkeit handelt, besonders wichtig. Die Versicherung muss in diesem Fall ohne Berücksichtigung von Kündigungsfristen beendet werden.

Praxistipp

Wenn Sie an Hand der vorliegenden Informationen nicht zu einem klaren Ergebnis kommen können, kann eine Bestätigung der ausländischen Krankenkasse über das Vorliegen der Versicherungspflicht hilfreich sein. Diese kann Ihnen gleichzeitig auch als Nachweis über den weiterführenden Versicherungsschutz dienen. In Einzelfällen kann auch eine Bestätigung des Arbeitgebers im Ausland verlangt werden. Diese gibt in der Regel jedoch keinen Hinweis darauf, ob und wo die Person versichert ist. Bei Tätigkeiten in mehreren Staaten entnehmen Sie der Bescheinigung A1, welcher Staat für die Durchführung der Versicherung zuständig ist.

Ist der Sachverhalt von vornherein eindeutig und haben Sie keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben, so können Sie die Versicherung bei der Mitteilung durch die Person provisorisch beenden. Beenden Sie die Versicherung erst dann definitiv, wenn eine Bestätigung des Nachversicherers vorliegt.
Bei Staaten mit Krankenversicherungssystem (Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Frankreich, Griechenland, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn und Zypern) sollte diese vom zukünftigen Krankenversicherer ohne weiteres ausgestellt werden können.

Hier gelangen Sie zu den Personenkategorien

4.3.1 Grenzgänger aus Staaten mit Optionsrecht und ihre Familienangehörigen
4.3.2 Entsandte
4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen
4.3.4 Familienangehörige eines in der Schweiz wohnenden und versicherungspflichtigen Erwerbstätigen
4.3.5 Weitere Personenkategorien

Checkliste am Ende des Kapitels

Welche Informationen Ihnen zu Beginn des Sachverhalts vorliegen müssen:

- Welche Staatsangehörigkeit liegt vor (persönlicher Geltungsbereich)?
- Wo hat die Person ihren Wohnsitz?
- Handelt es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt
- In welchem Staat wird die Erwerbstätigkeit ausgeübt?
- Handelt es sich um eine Entsendung oder um eine Geschäftsreise?
- Wird mehr als eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?
- Führt die Erwerbstätigkeit zu einer Versicherungspflicht im Ausland?
- Sind Familienangehörige vorhanden und wenn ja, wo sind diese versichert?

4.3.1 Grenzgänger/-innen aus Staaten mit Optionsrecht und ihre Familienangehörigen

Als Grenzgänger gemäss Koordinationsrecht gilt, wer in einem Staat eine Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit ausübt und in einem anderen Staat wohnt, in den er in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal je Woche zurückkehrt (*Art. 1 lit. f) VO 883/2004*). Ein Grenzgänger muss also nicht zwingend in einem der umliegenden Staaten wohnen, welcher ihm die tägliche Rückkehr an seinen Wohnort ermöglicht. Jemand, der seinen Lebensmittelpunkt z.B. in Luxemburg hat und in der Schweiz erwerbstätig ist und lediglich am Wochenende nach Luxemburg zurückkehrt, gilt genauso als Grenzgänger wie derjenige, der täglich von Lörrach nach Basel pendelt. Der Unterschied zum Grenzgänger aus Deutschland ist, dass sich der Grenzgänger aus Luxemburg in der Schweiz krankenversichern muss und kein Optionsrecht hat.

Achtung
Die folgenden Erläuterungen beziehen sich ausschliesslich auf **Grenzgänger**, die ihren Lebensmittelpunkt in **Deutschland**, **Frankreich**, **Italien** oder **Österreich** haben und somit vom Optionsrecht Gebrauch machen können.

Damit Sie wissen, ob die Versicherung nach KVG für einen Grenzgänger durchgeführt werden kann, müssen Sie Folgendes wissen:

1. Es wird eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausgeübt.

   Es muss sich entweder um eine abhängige Beschäftigung oder um eine selbständige Tätigkeit handeln.

2. Der Wohnsitz befindet sich in einem Staat, welcher das Optionsrecht vorsieht.

   Der Wohnsitz (Lebensmittelpunkt, Mittelpunkt der Interessen) muss sich in Deutschland, Frankreich, Italien oder Österreich befinden. Für diese Länder gilt das Optionsrecht.

3. Der Grenzgänger verfügt entweder über eine Grenzgängerbewilligung (G) oder über eine Kurzaufenthalterbewilligung (L)

4. Der Grenzgänger darf **nicht** von seinem Optionsrecht zu Gunsten der Versicherung seines Wohnstaats Gebrauch gemacht haben.

   Eine Versicherung ist nur dann möglich, wenn der Grenzgänger nicht von seinem Optionsrecht zu Gunsten einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung in seinem Wohnstaat Gebrauch gemacht hat. Er darf also nicht über eine formelle Befreiung der zuständigen kantonalen Behörde verfügen. Grenzgänger, die von der zuständigen kantonalen Behörde formell von der Versicherungspflicht befreit wurden, dürfen nicht nach KVG versichert werden, es sei denn es fand eine Unterbrechung der Grenzgängertätigkeit statt und die Person unterlag zwischenzeitlich der Versicherungspflicht des Wohnstaats .

Schliesslich muss noch ermittelt werden, ob nicht erwerbstätige Familienangehörige vorhanden sind, die mitzuversichern sind (vgl. 4.3.1.3.1 Getrenntes Optionsrecht - Grenzgänger aus Deutschland).

4.3.1.1 Neue Versicherung

4.3.1.1.1 Wechsel von einer Versicherung aus dem Wohnstaat zu Ihnen

Grenzgänger müssen sich innerhalb von drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz nach KVG versichern, sofern sie nicht von ihrem Optionsrecht Gebrauch machen (3.12 Optionsrecht). Die Versicherungspflicht eines Grenzgängers entsteht zum Zeitpunkt des Beginns seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz. Übt der Grenzgänger sein Optionsrecht nicht zu Gunsten einer Versicherung im Wohnstaat aus, entspricht der Beginn der Versicherung nach KVG dem Zeitpunkt des Entstehens der Versicherungspflicht in der Schweiz. Versichert sich der Grenzgänger später, beginnt sie zum Zeitpunkt des Beitritts (*Art. 7 Abs. 8 KVV*).

Beispiel

Ein Grenzgänger aus Deutschland nimmt zum 1. Juli seine Erwerbstätigkeit in der Schweiz auf. Er beantragt die Aufnahme in Ihre Krankenversicherung am 13. August.	Lösung	Da die Aufnahme in Ihre Krankenversicherung innerhalb der drei Monate nach Beginn der Versicherungspflicht beantragt wird, ist die Versicherung rückwirkend zum 1. Juli durchzuführen.

Beispiel

Ein Grenzgänger aus Deutschland nimmt zum 1. Juli seine Erwerbstätigkeit in der Schweiz auf. Er beantragt die Aufnahme in Ihre Krankenversicherung erst am 20. Oktober.	Lösung	Da die Aufnahme in Ihre Krankenversicherung nicht innerhalb der drei Monate nach Beginn der Versicherungspflicht beantragt wird, beginnt die Versicherung erst am 20. Oktober.

Praxistipp
Versicherungslücken sind möglichst zu vermeiden. Im Fall eines verspäteten Beitritts prüfen Sie bitte, ob eine solche Versicherungslücke besteht (wie im zweiten Beispiel oben) und treffen Sie geeignete Massnahmen, diese zu schliessen. Informieren Sie den Versicherten, dass die Versicherungslücke besteht und dass dies versicherungsrechtliche Nachteile (die Versicherungsdauer kann nicht nahtlos bescheinigt werden) oder sogar Leistungseinbussen (wenn der Anspruch auf Leistungen an eine nahtlose Versicherung gekoppelt ist) bedeuten kann.

Prüfen Sie bitte genau, wenn ein Grenzgänger, der schon seit langer Zeit eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausübt und bisher im Wohnstaat versichert war, plötzlich bei Ihnen eine neue Versicherung beantragt. Verlangen Sie bitte zunächst einen Nachweis über die Vorversicherung. Da man bei einer Vorversicherung im Wohnstaat davon ausgehen muss, dass das Optionsrecht irgendwann früher ausgeübt wurde (ggf. kann bei der kantonalen Behörde angefragt werden, ob die Befreiung ausgesprochen wurde) spielt es keine Rolle, ob es sich beim Vorversicherer um eine gesetzliche Krankenversicherung oder um eine Privatversicherung handelt. In beiden Fällen kann ein Wechsel in die obligatorische Krankenpflegeversicherung (KVG) **nicht vollzogen werden**. Der Grenzgänger ist an die Befreiung gebunden. Die Aufnahme in die Krankenversicherung nach KVG ist abzulehnen.

Anders als bei der Privatversicherung können Sie bei der gesetzlichen Krankenversicherung im Wohnstaat davon ausgehen, dass dort bei einer Kündigung durch den Versicherten der Nachversicherer jeweils geprüft wird. Der Wechsel von Seiten des Krankenversicherers des Wohnstaats dürfte also gar nicht erst zustande kommen.

In jedem Fall ist ein guter Informationsaustausch mit dem bisherigen Versicherer sehr wichtig.

⚠ Achtung
Seien Sie bitte achtsam, wenn ein Grenzgänger um Aufnahme in die Versicherung nach KVG bittet mit der Begründung, er verfüge im Wohnstaat über keinen Versicherungsschutz mehr, weil er seinen Versicherungsvertrag gekündigt habe. Die Befreiung von der Versicherungspflicht ist unwiderruflich. Alleine durch die Kündigung des Privatversicherungsvertrags besteht keine rechtmässige Möglichkeit, in die Versicherung nach KVG zu wechseln (Verlust des Versicherungsschutzes). Führen Sie in solchen Fällen die Versicherung nur nach Rücksprache mit der zuständigen kantonalen Behörde durch.

4.3.1.1.2 Wechsel von einem Krankenversicherer aus der Schweiz

Bei einem Wechsel von einem anderen Krankenversicherer in der Schweiz zu Ihnen ist bei ununterbrochener Grenzgängertätigkeit das ordentliche Verfahren des Versichererwechsels einzuhalten (*Art. 7 KVG*). Es sind keine Besonderheiten zu beachten.

4.3.1.2 Bestehende Versicherung – Wohnsitzverlegung ins Ausland oder vom Ausland in die Schweiz

Eine bisher in der Schweiz krankenversicherte und erwerbstätige Person, die ihren Wohnsitz von der Schweiz in einen Staat mit Optionsrecht verlegt, wechselt mit der Wohnsitzverlegung in den Status des Grenzgängers.

Beabsichtigt die Person, zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung den Schweizer Versicherer zu wechseln, kann sie dies nach derzeitiger Rechtsauffassung ohne Einhaltung von Kündigungsfristen tun.

Wünscht der Grenzgänger keine Weiterversicherung nach KVG in der Schweiz, kann er innerhalb von drei Monaten nach seiner Wohnsitzverlegung von der Möglichkeit des Optionsrechts Gebrauch machen.

Beispiel

Eine Person wohnt und arbeitet in der Schweiz. Sie ist bei Ihnen krankenversichert. Zum 1. Juni verlegt sie ihren Wohnsitz nach Deutschland, bleibt aber weiterhin in der Schweiz erwerbstätig. Am 2. Juni kündigt sie bei Ihnen rückwirkend zum 31. Mai, da sie sich bei einem anderen Schweizer Versicherer versichern möchte.	Lösung	Mit der Wohnsitzverlegung ins Ausland und dem gleichzeitigen Wechsel in den Status Grenzgänger soll diesem nach aktueller Rechtsauffassung der Wechsel des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ermöglicht werden.

Genauso verhält es sich im umgekehrten Fall, wenn ein Grenzgänger, der seither in der Schweiz nach KVG versichert war, nun seinen Wohnsitz in die Schweiz verlegt und damit den Status des Grenzgängers verliert.

Auch hier soll nach derzeitiger Rechtsauffassung ein Wechsel des Versicherers zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung in die Schweiz ohne Einhaltung von Kündigungsfristen möglich sein.

Beispiel

Eine Person wohnt in Deutschland und arbeitet in der Schweiz. Sie ist bei Ihnen nach KVG krankenversichert. Zum 1. Juni verlegt sie ihren Wohnsitz in die Schweiz und ist weiterhin in der Schweiz erwerbstätig. Am 12. Juni kündigt sie bei Ihnen rückwirkend zum 31. Mai infolge einer attraktiveren Prämie bei einem anderen Versicherer.	Lösung	Mit der Wohnsitzverlegung in die Schweiz soll dieser Person nach aktueller Rechtsauffassung ein Wechsel des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist ermöglicht werden.

4.3.1.3 Grundlegendes zum Optionsrecht von Grenzgängern

Grenzgänger, die in Deutschland, Frankreich, Italien oder Österreich wohnen, eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz ausüben und über eine Grenzgängerbewilligung (G) oder Kurzaufenthalterbewilligung (L) verfügen, können auf Antrag von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden, wenn sie nachweisen, dass sie im Wohnstaat für den Krankheitsfall gedeckt sind (*Anhang XI zur VO 883/2004*). Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz bei der zuständigen Behörde im Arbeitskanton zu stellen.

Grundsätzlich ist eine ausgesprochene Befreiung definitiv und kann nicht widerrufen werden.

Die Befreiung schliesst sämtliche, in demselben Staat wohnenden und nicht erwerbstätigen Familienangehörigen ein.

4.3.1.3.1 Getrenntes Optionsrecht - Grenzgänger aus Deutschland

Die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen von Grenzgängern mit **Wohnsitz in Deutschland** können das Optionsrecht für sich selbst auszuüben, auch wenn der Grenzgänger selbst der schweizerischen Krankenversicherungspflicht unterstellt bleibt und vom Optionsrecht kein Gebrauch macht (getrenntes Optionsrecht).

Somit entsteht die Konstellation, dass der Grenzgänger selbst bei Ihnen nach KVG versichert ist, während seine Familienangehörigen in Deutschland versichert sind.

Achtung
Das Optionsrecht der Familienangehörigen kann nur als Einheit ausgeübt werden. Es ist also nicht möglich, dass sich z.B. der nicht erwerbstätige Ehegatte eines in der Schweiz versicherten Grenzgängers von der Versicherungspflicht befreien lässt, während sich die Kinder beim Grenzgänger in der Schweiz versichern.

Für Grenzgänger aus den anderen Staaten gilt diese Regelung nicht.

Beispiel

Ein Grenzgänger wohnt mit seiner Familie im grenznahen Deutschland. Er selbst möchte sich bei Ihnen nach KVG versichern. Er habe gehört, dass die deutsche gesetzliche Krankenkasse ein günstiges Versicherungsmodell für seine Ehefrau mit kostenfreier Familienversicherung für die drei Kinder anbiete.	Lösung	Der Grenzgänger selbst kann sich direkt an Sie wenden und um Aufnahme ins KVG bitten. Seine Familienangehörigen müssen sich bei der zuständigen kantonalen Behörde formell von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen. Erst dann ist die Versicherung bei der deutschen Krankenkasse möglich.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht der Familienangehörigen hat formell zu erfolgen. Weisen Sie ggf. den Grenzgänger darauf hin, dass ein Gesuch bei der kantonalen Behörde gestellt werden muss. Beachten Sie bitte auch das spezielle Verfahren mit Deutschland.

4.3.1.3.2 Verspätete Anmeldung zur Versicherung nach KVG

In analoger Anwendung des *Art. 5 Abs. 1 und 2 KVG* beginnt der Versicherungsschutz bei rechtzeitigem Beitritt rückwirkend mit dem Entstehen der Versicherungspflicht. Erfolgt die Anmeldung erst nach Ablauf von drei Monaten, beginnt die Versicherung zum Zeitpunkt der Anmeldung (*Art. 7 Abs. 8 KVV*, siehe hierzu auch 4.3.1.1 Neue Versicherung). Hierbei entstehen Versicherungs- und Deckungslücken, die unter Umständen später Auswirkungen auf den Leistungsanspruch in einem anderen Staat (z.B. im Wohnstaat) haben können.

4.3.1.3.3 Dauer der Befreiung

Wer sich für eine Krankenversicherung in der Schweiz nach KVG entschieden hat oder wer vom Optionsrecht zu einer Versicherung im Wohnstaat Gebrauch gemacht hat, bleibt an diesen Entscheid für die Dauer seiner ununterbrochenen Erwerbstätigkeit in der Schweiz gebunden.

4.3.1.3.4 Erneute Ausübung des Optionsrechts

Grenzgänger, die bislang nicht vom Optionsrecht Gebrauch gemacht haben und bis heute in der Schweiz nach KVG versichert sind, können bei neuen Familienangehörigen durch Heirat oder Geburt auch später noch ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht stellen (Ausnahme: Frankreich, vgl. 3.12.2 Besonderheit in Frankreich). Das Gesuch muss innerhalb von drei Monaten nach Heirat oder Geburt bei der zuständigen kantonalen Behörde gestellt werden. Die Befreiung gilt rückwirkend ab diesem Ereignis (siehe auch *Informationsschreiben des BAG an die Kantone vom 16. Dezember 2016*).

4.3.1.3.5 Verlegung des Wohnsitzes im Ausland

Die Ausübung des Optionsrechts ist an den Wohnstaat geknüpft und eng mit der Wahl des Gesundheitssystems im Wohnstaat verbunden. Darum muss bei Verlegung des Wohnsitzes von einem EU-Staat mit Optionsrecht in einen andern EU-Staat mit Optionsrecht die versicherungsrechtliche Situation neu beurteilt werden. Zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung tritt erneut Versicherungspflicht in der Schweiz ein mit der Möglichkeit, dass die Person innerhalb von drei Monaten nochmals von ihrem Optionsrecht Gebrauch machen kann.

Um das Optionsrecht nach Anhang XI zur VO 883/2004 rechtsgültig auszuüben muss die Person u.a. eine Versicherungsdeckung im Wohnstaat nachweisen können. Hat eine Person ihr Optionsrecht zu Gunsten einer Versicherung im Wohnstaat ausgeübt und sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen, kann bei einer Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat mit Optionsrecht nicht davon ausgegangen werden, dass die Person auch im neuen Wohnstaat automatisch über

eine Versicherungsdeckung verfügt. Zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung ist der Person somit entweder ein Wechsel in die Versicherung nach KVG oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach KVG zu ermöglichen.

Beispiel

Ein Grenzgänger wohnt in Frankreich und ist dort versichert, da er sich zu Beginn seiner Grenzgängertätigkeit rechtsgültig von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien liess. Nun verlegt er seinen Wohnsitz nach Deutschland und möchte sich gerne bei Ihnen nach KVG versichern. Er fragt bei Ihnen nach, ob das möglich sei.	Lösung	Durch den Wohnortwechsel von Frankreich nach Deutschland ist die versicherungsrechtliche Situation neu zu beurteilen. Da er sich in der Schweiz versichern möchte ist ihm die Versicherung nach KVG zu gewähren.

Genauso verhält es sich, wenn die Person vorher in einem Staat ohne Optionsrecht gewohnt hat und nun in einen Staat mit Optionsrecht (z.B. von Luxemburg nach Frankreich) wechselt. In diesem Fall kann die Person vom Optionsrecht Gebrauch machen und sich bei Erfüllung der Voraussetzungen von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen.

Hingegen hat eine Verlegung des Wohnsitzes **innerhalb des Wohnstaats** auf die Versicherungspflicht bzw. auf das Optionsrecht keine Auswirkung.

4.3.1.3.6 Verlust des Versicherungsschutzes

Die Voraussetzung für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz ist gegeben, wenn der Grenzgänger über eine Versicherungsdeckung im Wohnstaat verfügt und der während eines Aufenthalts in der EU bzw. in der Schweiz für den Krankheitsfall gedeckt ist (*Art. 2 Abs. 6 KVV*). Die Gleichwertigkeit mit der Krankenversicherung nach KVG ist nicht erforderlich.

Ist ein Grenzgänger im Rahmen einer Privatversicherung im Wohnstaat gedeckt und verliert er diesen Versicherungsschutz auf **unverschuldete Weise**, so sind die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz nicht mehr erfüllt. Infolgedessen wechselt die Zuständigkeit in der Krankenversicherung vom Wohnstaat in die Schweiz. Die Schweiz muss einen Grenzgänger, welcher unverschuldet seinen Versicherungsschutz verliert, in die obligatorische Krankenpflegeversicherung aufnehmen

Der Grenzgänger muss sich in diesen seltenen Fällen an die zuständige Behörde des Arbeitskantons wenden und den Nachweis erbringen, aus welchem Grund die Versicherung beendet wurde. Alleine der Nachweis über die Auflösung genügt nicht.

Praxistipp
Verlangen Sie in diesen Ausnahmefällen einen Nachweis der zuständigen kantonalen Behörde, dass der Grenzgänger (wieder) der Versicherungspflicht in der Schweiz unterliegt. Dieser Nachweis gibt Ihnen Rechtssicherheit bei der Durchführung der Versicherung und dient zudem der Vermeidung einer allfälligen Doppelversicherung.

4.3.1.4 Erwerbstätigkeit eines Elternteils bzw. des Ehegatten des Grenzgängers

Ist ein Elternteil als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig und übt der andere Elternteil im Wohnstaat eine Erwerbstätigkeit aus, sind die Kinder im Wohnstaat zu versichern (vgl. *Art. 32 Abs. 2 VO 883/2004*). Infolge der Erwerbstätigkeiten der Eltern entstehen zwei theoretische Versicherungsmöglichkeiten für die Kinder, zum einen über den Elternteil, welcher im Wohnstaat erwerbstätig ist und zum anderen über den Elternteil, welcher als Grenzgänger in der Schweiz erwerbstätig ist (siehe auch 3.13.2 Abgeleiteter Anspruch). Die Versicherung im Wohnstaat geht der Versicherung in der Schweiz vor.

Das gilt auch dann, wenn es sich um eine geringfügige Erwerbstätigkeit handelt (z.B. 450 EUR-Jobs in Deutschland).

Der Zivilstand der Eltern spielt hierbei keine Rolle. Beim anderen Elternteil muss es sich nicht zwingend um den Ehegatten handeln. Auch eine Erwerbstätigkeit des Lebenspartners löst die Versicherungspflicht der Kinder aus.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter Grenzgänger wohnt mit seiner Familie in Deutschland. Er ist mit der ganzen Familie bei Ihnen nach KVG versichert. Der Ehegatte nimmt zum 1. Oktober eine 50%-Stelle in Deutschland auf. Da die Stelle auf ein Jahr befristet ist, möchte der Ehegatte sich deswegen nicht in Deutschland versichern und bittet Sie, die Versicherung für sich und die Kinder weiterzuführen	Lösung	Auch wenn die Stelle auf ein Jahr befristet ist, unterliegt der Ehegatte der Sozialversicherungspflicht des Wohnstaats Deutschland. Die Kinder sind infolge der Erwerbstätigkeit des Elternteils ebenfalls in Deutschland zu versichern und die Versicherung nach KVG ist zu beenden. Nach Ende der Erwerbstätigkeit muss die Versicherung nach KVG wiederhergestellt werden.

Sind hingegen beide Elternteile als Grenzgänger tätig, kann die Versicherung nach KVG für die Kinder gewählt werden. In dieser Fallkonstellation bestehen keine vorrangigen Ansprüche.

4.3.1.5 Prämienverbilligung

Grenzgänger, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, können beim Kanton ihres Arbeitsorts Prämienverbilligung für sich und ihre in der Schweiz versicherten Familienangehörigen beantragen. Das gilt nicht für Grenzgänger, die nach Ausübung des Optionsrechts im Wohnstaat krankenversichert sind.

4.3.1.6 G-Bewilligung

Die Grenzgängerbewilligung erhalten nur Personen, die ihren **zivilrechtlichen Wohnsitz im Ausland** haben. Inhaber der G-Bewilligung können vom Optionsrecht Gebrauch machen, sofern sie in einem Staat wohnen, für welchen das Optionsrecht gilt.

Schweizer Staatsbürger, die ihren Wohnsitz von der Schweiz in einen anderen Staat verlegen und somit in den Status des Grenzgängers wechseln, erhalten keine Grenzgängerbewilligung.

> **Medizinische Behandlungen**: Grenzgänger mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Ausland sind für medizinische Behandlungen in der Schweiz über die schweizerische Versichertenkarte und im Wohnstaat über das Formular E 106 bzw. die Bescheinigung S1 gedeckt.
>
> **Anzuwendende Prämie**: Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA (EU-Prämie)

4.3.1.7 B-Bewilligung

Bei Person, die über eine Aufenthaltsbewilligung B verfügen, ist zunächst vom **zivilrechtlichen Wohnsitz in der Schweiz** auszugehen (*vgl. Informationsschreiben des BAG vom 12. Juli 2007)*. Die Aufenthaltsbewilligung B wird nur gewährt, wenn die Person ihren Wohnsitz in die Schweiz verlegt. In der Folge kann die Person grundsätzlich nicht vom Optionsrecht Gebrauch machen und hat sich in der Schweiz nach KVG zu versichern.

Hingegen knüpft *Art. 1 lit. f) VO 883/2004* die Definition des Grenzgängers nicht an das Vorliegen einer Grenzgängerbewilligung. Auch *Anhang XI zur VO 883/2004* trifft hierzu keine Aussage. Hiernach ist für die Beurteilung, ob es sich um einen Grenzgänger handelt, lediglich relevant, dass die Person eine Erwerbstätigkeit ausübt und in seinen Wohnstaat in der Regel täglich, mindestens jedoch einmal je Woche zurückkehrt. Diese unterschiedlichen Begriffsbestimmungen können in der Praxis dazu führen, dass eine Person zwar über eine Aufenthaltsbewilligung B für die Schweiz verfügt, nach dem Koordinationsrecht jedoch als Grenzgänger zu betrachten ist, da sie in ihren Wohnstaat mindestens einmal wöchentlich zurückkehrt. Solche Situationen erfordern insbesondere dann eine vertiefte Sachverhaltsabklärung, wenn der Grenzgänger seinen Lebensmittelpunkt bei seiner Familie im anderen Staat hat.

Es obliegt der zuständigen kantonalen Behörde zu prüfen, ob die Person als Grenzgänger zu betrachten ist im Wissen, dass sie über eine Aufenthaltsbewilligung B verfügt. Sie wird dabei die tatsächlichen Umstände berücksichtigen. Das nachfolgende Beispiel soll die unterschiedliche Betrachtungsweise verdeutlichen:

Beispiel

Eine Person ist in der Schweiz als Angestellter tätig und bewohnt eine 1,5-Zimmerwohnung in der Schweiz, in welcher er sich von Montag bis Freitag aufhält. Jeweils am Wochenende kehrt er zu seiner Familie nach Deutschland zurück, wo sich der Mittelpunkt seiner Interessen befindet. Er hat zu Beginn seiner Tätigkeit in der Schweiz vom Optionsrecht Gebrauch gemacht und ist seither in Deutschland bei der AOK versichert. Das kantonale Migrationsamt stellt ihm nach fünfjähriger Kurzaufenthaltsbewilligung L nun neu eine Aufenthaltsbewilligung B aus. Er fragt sich, ob er sich nun in der Schweiz versichern müsse.	Lösung	Nachdem der Grenzgänger seinerzeit rechtsgültig für seine Versicherung im Wohnstaat optiert hat stellt sich nun die Frage, ob er mit Erhalt der Aufenthaltsbewilligung B in der Schweiz versichern müsse. Da sich an seiner Wohn- und Erwerbssituation nichts ändert, wird die zuständige kantonale Behörde jedoch zum Entschluss kommen, dass das ausgeübte Optionsrecht weiterhin rechtsgültig ist. Alleine die Ausstellung der B-Bewilligung führt nicht zur Änderung der Verhältnisse und zur Ungültigkeit des Optionsrechts.

4.3.1.8 L-Bewilligung

Die Gewährung einer L-Bewilligung setzt nicht zwingend eine Wohnsitzverlegung in die Schweiz voraus (*vgl. Informationsschreiben des BAG vom 12. Juli 2007)*.
Somit kann die zuständige kantonale Behörde bei Grenzgängern mit einer L-Bewilligung davon ausgehen, dass die Person ihren Wohnsitz nicht in die Schweiz verlegt, sondern ihn im Ausland beibehält. Wohnt die Person in einem Staat, für welchen das Optionsrecht gilt, kann sie sich auf Grundlage von *Art. 2 Abs. 6 KVV* von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen.

> **Medizinische Behandlungen**: Auf Grundlage des *Informationsschreibens des BAG vom 12. Juli 2007* können Sie als Krankenversicherer ebenfalls davon ausgehen, dass der Grenzgänger seinen zivilrechtlichem Wohnsitz im Ausland hat, so dass er für medizinische Behandlungen in der Schweiz über die schweizerische Versichertenkarte und im Wohnstaat über das Formular E 106 bzw. die Bescheinigung S1 gedeckt ist.
>
> **Anzuwendende Prämie**: Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA (EU-Prämie)

Checkliste am Ende des Kapitels

Welche Informationen Ihnen **zu Beginn** des Sachverhalts vorliegen **müssen**:

- Übt die Person eine Erwerbstätigkeit in der Schweiz aus?
- Wo hat die Person ihren Wohnsitz?
- Wo war die Person unmittelbar vorher versichert (könnte auf ein evtl. schon ausgeübtes Optionsrecht hinweisen)?
- Macht die Person vom Optionsrecht Gebrauch (nur bei Wohnsitz in Deutschland, Frankreich, Italien oder Österreich)?
- Sind Familienangehörige vorhanden, die Sie versichern müssen?
- Wohnt die Person in Deutschland?

Welche Informationen Ihnen **zu Beginn** des Sachverhalts vorliegen **können**:

- Ist der Arbeitgeber bekannt?
- Über welche Bewilligung verfügt die Person?
- Ist der Ehegatte ebenfalls erwerbstätig? Wenn ja, wo?

Achtung Die oben genannten Informationen müssen nicht zwingend eingeholt werden. Die Informationen können Ihnen jedoch bei der Beurteilung des Sachverhalts hilfreich sein.

Welche Informationen Ihnen **im zukünftigen Verlauf** vorliegen können:

- Macht die Person auf Grund einer Änderung des Familienstands das Optionsrecht geltend?
- Übt ein mitversicherter Familienangehöriger im Wohnstaat eine Erwerbstätigkeit aus?

4.3.2 Entsandte

Wie bereits unter 3.5 Entsendung erwähnt, gelten für eine Person, die aus der Schweiz in die EU/EFTA entsandt wird, weiterhin die Sozialversicherungsvorschriften der Schweiz. Die Person bleibt somit für die Dauer der Entsendung versicherungspflichtig in der Krankenversicherung.

Für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie selbständig Erwerbstätige, die sich im Rahmen einer Entsendung in der EU/EFTA aufhalten, muss die Krankenversicherung nach KVG somit weitergeführt werden. Dasselbe gilt für die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen, welche die entsandte Person ins Ausland begleiten.

Bevor Sie entscheiden, welche Prämie zur Anwendung kommt und welche Anspruchsbescheinigung auszustellen ist, müssen Sie die Art des Aufenthalts kennen:

- Handelt es sich um eine Entsendung mit vorübergehendem Aufenthalt in der EU/EFTA und behält die Person ihren Wohnsitz in der Schweiz oder
- Steht die Entsendung im Zusammenhang mit einer Wohnsitzverlegung und die Person verlegt ihren Wohnsitz von der Schweiz in den Entsendestaat

Nachdem Sie im Besitz der notwendigen Informationen sind entscheiden Sie, ob die EU-/EFTA-Prämie zur Anwendung kommt oder ob es bei der Prämie bei Wohnsitz in der Schweiz bleibt. Informationen zum Anspruch auf medizinische Behandlungen in der EU/EFTA finden Sie hier: 5 Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat.

Befragen Sie ggf. die versicherte Person zu ihrem Auslandsaufenthalt, damit Sie die richtige Entscheidung treffen können:

- **Vorübergehender Aufenthalt**: Prämie bei Wohnsitz in der Schweiz/ Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen über die Europäische Krankenversicherungskarte
- **Wohnsitzverlegung**: EU-/EFTA-Prämie/ Inanspruchnahme von medizinischen Behandlungen über die Bescheinigung S1 bzw. das Formular E 106

Übrigens: Dasselbe gilt auch für Personen, die sich im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit in einem EU-/EFTA-Staat aufhalten.

Praxistipp
Informationen über die soziale Sicherheit für Entsandte finden Sie auch auf der Internetseite des Bundesamtes für Sozialversicherungen (*www.bsv.admin.ch -> Informationen für -> Entsandte*) und der AHV (*www.ahv-iv.info -> Merkblätter und Formulare -> /International*).

4.3.2.1 Familienangehörige von Entsandten

Sind Familienangehörige vorhanden, welche die entsandte Person begleiten und sind diese Familienangehörigen bei demselben Krankenversicherer versichert wie die entsandte Person, gelten für sie dieselben Bestimmungen hinsichtlich Prämie und Leistungsanspruch wie für die entsandte Person.

Sind die Familienangehörigen nicht bei demselben Krankenversicherer versichert wie die entsandte Person und handelt es sich um eine Entsendung mit **vorübergehendem Aufenthalt**, sollte der Krankenversicherer der Familienangehörigen über den Sachverhalt der Entsendung ebenfalls informiert werden. Die Verantwortung liegt bei der entsandten Person und erfolgt bestenfalls im Voraus, im Zweifel zum Zeitpunkt einer medizinischen Behandlung in der EU/EFTA. Ein guter Informationsfluss schützt sowohl die versicherte Person als auch den Krankenversicherer beispielsweise vor falschen Entscheidungen bei der Prüfung der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen.

Sind die Familienangehörigen nicht bei demselben Krankenversicherer versichert wie die entsandte Person und handelt es sich um eine Entsendung mit **Wohnsitzverlegung**, so gilt *Art. 4a KVG* (siehe auch 4.4 Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige). Die Familienangehörigen müssen somit den Krankenversicherer wechseln. Bevor ein Versichererwechsel vollzogen wird, müssen beide Krankenversicherer über denselben Informationsstand verfügen und zu demselben Entschluss kommen.

> Bei einer Wohnsitzverlegung nach **Dänemark**, **Portugal**, **Schweden**, **Spanien**, **Ungarn** oder ins **Vereinigte Königreich**, unterliegen die Familienangehörigen der Versicherungspflicht des Wohnstaats (vgl. 4.3.4.1 Ausnahmen von der Fortdauer der Versicherungspflicht sowie *Anhang XI zur VO 883/2004, Nr. 3 lit. a) iv)*). In diesen Fällen ist die Versicherung nach KVG zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung zu beenden bzw. die Versicherung wäre zum Beginn der Versicherungspflicht nicht durchzuführen (vgl. auch die Übersicht „Versicherungspflicht und Optionsrecht in der Krankenversicherung“ unter 3.12.1 Allgemeines).

Achtung
Die Versicherungspflicht der Familienangehörigen gilt nur solange sie keine eigene Erwerbstätigkeit in diesem Staat ausüben. Nimmt der Familienangehörige selbst eine Erwerbstätigkeit in diesem Staat auf, löst die Erwerbstätigkeit dort eine eigene Versicherungspflicht und einen eigenen Anspruch auf Leistungen aus. Dieser eigene Anspruch hat Vorrang gegenüber dem Anspruch als Familienangehöriger und kann auch Auswirkungen auf die Versicherungspflicht der Kinder haben (siehe 3.13 Rangfolge von Leistungsansprüchen).

4.3.2.2 Doppelstatus Entsandter-Grenzgänger

Normalerweise hält sich die entsandte Person in dem Staat auf, in welchen sie auch entsandt wird. Doch wie verhält es sich, wenn sie in einem anderen Staat wohnt als dem, in welchen sie entsandt wird? Das kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn sich der Arbeitgeber in Grenznähe zu einem anderen EU-/EFTA-Staat befindet. Die Person hat damit den Doppelstatus Entsandter - Grenzgänger. Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen:

Beispiel

Ein Versicherter informiert Sie, dass er von einem schweizerischen Unternehmen für drei Jahre (Ausnahme-vereinbarung sei vorausgesetzt) nach Luxemburg entsandt wird. Er weiss nicht, ob er nach dieser Zeit zurückkehrt und meldet seinen Wohnsitz in der Schweiz ab. Er stellt fest, dass die Wohnungen in Belgien deutlich günstiger sind als in Luxemburg und mietet dort eine Wohnung. Fortan pendelt er täglich zu seinem Arbeitsplatz. Nun fragt er Sie, wie er bei Ihnen versichert sein wird und welche Anspruchs-bescheinigung er für welchen Staat verwenden muss.

Lösung

Sein Wohnsitz befindet sich in Belgien, so dass die EU-/EFTA-Prämie für Belgien zur Anwendung kommt. Für seinen Leistungsanspruch in Belgien ist die Bescheinigung S1 auszustellen. Da sein Aufenthalt in Luxemburg lediglich vorübergehend ist (Hinfahrt, Tätigkeit, Rückfahrt), weist er im Falle einer Inanspruchnahme von Leistungen in Luxemburg seinen Anspruch mit der EHIC nach.

Praxistipp
Zur Vorbeugung von Unklarheiten ist es empfehlenswert, zusätzlich zur Abmeldebescheinigung in der Schweiz vom Versicherten eine Wohnsitzbescheinigung des jeweiligen Staats zu verlangen.

4.3.2.3 Entsendung und Privatversicherung

Manche Arbeitgeber schliessen für ihre Arbeitnehmer, die in einen anderen Staat entsandt werden, eine private Krankenversicherung ab und zwar unabhängig davon, ob die Entsendung in einen EU-/EFTA-Staat erfolgt oder in einen anderen Staat. Durch die Kollision zwischen der Dienstleistung des Arbeitgebers und dem Krankenversicherungsrecht entsteht der Eindruck einer Doppelversicherung.

Praxistipp

Weisen Sie den Versicherten bei einer Anfrage darauf hin, dass die Versicherungspflicht im Rahmen des Koordinationsrechts vorrangig ist gegenüber einer privaten Krankenversicherung. Eventuell besteht die Möglichkeit, die private Krankenversicherung als Ergänzung weiterzuführen.

Checkliste am Ende des Kapitels

Welche Informationen Ihnen **zu Beginn** des Sachverhalts vorliegen müssen:

- War die Person unmittelbar vorher in der Schweiz versicherungspflichtig?
- Hat der Arbeitgeber seinen Sitz in der Schweiz
- Handelt es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt oder um eine Wohnsitzverlegung?
- Wird die Person von Familienangehörigen begleitet?

Welche Informationen Ihnen **im zukünftigen Verlauf** vorliegen müssen:

- Übt ein Familienangehöriger eine Erwerbstätigkeit aus?
- Überschreiten die Kinder die Altersgrenze von 18 bzw. 25 Jahren?

4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen

Rentner sind in dem Staat krankenversichert, aus welchem sie eine Rente **beziehen** (*Art. 24 Abs. 2 lit. a) VO 883/2004,* «Eine Person, die eine Rente […] erhält […]»). Massgebend für das Auslösen der Versicherungspflicht ist somit der tatsächliche Bezug einer Rente. Es genügt nicht, dass die Person lediglich einen Anspruch auf eine Rente hat. Das wirkt sich insbesondere bei Rentnern aus, die ihre AHV-Rente aufschieben und damit zwar einen Anspruch auf die Rente haben, der eigentliche Bezug jedoch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.

Rentner sind in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie eine der folgenden Renten beziehen:

- Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV)
- Invalidenversicherung (IV)
- Militärversicherung (MV)
- Unfallversicherung (UV)
- Berufliche Vorsorge (BV, Pensionskasse). Auch ein Kapitalbezug der Vorsorgeeinrichtung löst Versicherungspflicht aus, wenn das im Reglement vorgesehene Rentenalter erreicht ist, frühestens jedoch ab dem vollendeten 58. Altersjahr (*vgl. Art. 1i BVV2*)

Die Aufzählung ist abschliessend.

Nicht unter die Renten fallen Leistungen aus privater Vorsorge, wie z.B. **Lebensversicherungen**.

Beispiel allgemein

Ein Schweizer bezieht nur eine Rente der AHV und der BV. Er verlegt seinen Wohnsitz nach Dänemark. Er fragt sich, wo er sich dann krankenversichern muss.	→ Lösung	Da er eine Rente aus der Schweiz bezieht und keine aus dem Wohnstaat, ist er in der Schweiz versicherungspflichtig.

Beispiel für Kapitalbezug der beruflichen Vorsorge

Ein Schweizer lässt sich im Alter von 59 Jahren sein Kapital der beruflichen Vorsorge ausbezahlen. Eine AHV-Rente bezieht er nicht. Er verlegt seinen Wohnsitz nach Irland. Da er keine monatliche Rente bezieht ist er der Ansicht, sich nicht in der Schweiz krankenversichern zu müssen.	→ Lösung	Auch der Kapitalbezug führt zur Versicherungspflicht in der Schweiz, so dass er sich (weiterhin) in der Schweiz versichern muss. In diesem Beispiel wird vorausgesetzt, dass die Vorsorgeeinrichtung in ihrem Reglement das Rentenalter von 58 Jahren geregelt hat.

Eine Rente der AHV löst auch dann Versicherungspflicht aus, wenn sie ausschliesslich auf Beiträgen als Nichterwerbstätige beruht oder wenn die Person eine Rente im Rahmen des Ehegattensplittings erhält.

Bei der **Hilflosenentschädigung** (HE) handelt es sich um eine besondere beitragsunabhängige Geldleistung, die ebenfalls nicht unter die Renten fällt. Auch die **Ergänzungsleistung** (EL), welche zusätzlich zur AHV und IV ausbezahlt wird, wenn die Renten nicht die minimalen Lebenskosten decken, gehört nicht zu den Renten.

Neben den laufenden Renten gehören auch Kapitalabfindungen (vgl. berufliche Vorsorge auf der vorherigen Seite) und **Zulagen** zu den Renten (*Art. 1 lit. w) VO 883/2004*).

Eine **Zulage** zur Rente im Sinne von *Art. 1 lit. w) VO 883/2004* ist in der Schweiz die **Kinderrente** zur Altersente nach Art 22ter AHVG bzw. zur Invalidenrente nach Art. 35 IVG. Die Kinderrente wird ergänzend zur Alters- oder Invalidenrente für rentenberechtigte Personen gewährt mit dem Zweck, sie für den Unterhalt und die Erziehung des Kindes zu verwenden.
Der Anspruch auf die Kinderrente wird von der rentenberechtigten Person ausgelöst, so dass das Kind nicht als Rentnerin bzw. Rentner im Sinne der VO 883/2004 zu betrachten ist und der Bezug der Rente demzufolge keine eigene Zuständigkeit für das Kind auslöst.

4.3.3.1 Rente aus dem Wohnstaat

Rentner sind im Wohnstaat versicherungspflichtig, wenn sie eine Rente aus dem Wohnstaat beziehen (*Art. 23 VO 883/2004*). Die Rentenhöhe und die Dauer der Beitragszahlung sind nicht massgebend. Somit führen auch geringfügige Renten zur Versicherungspflicht im Wohnstaat.

Beispiel

Ein Schweizer bezieht neben den Renten der AHV und BV auch eine kleine dänische Rente von monatlich 600 DKK (ca. 85 CHF) aus einer früheren kurzen Erwerbstätigkeit in Dänemark. Er verlegt seinen Wohnsitz nach Dänemark und fragt Sie, ober er weiterhin in der Schweiz krankenversichert bleiben kann.

Lösung

Da er neben der Rente aus der Schweiz auch eine Rente aus dem Wohnstaat bezieht, ist er in Dänemark versicherungspflichtig. Die geringe Höhe der dänischen Rente ändert nichts an der Versicherungspflicht.

Personen, die eine Rente aus dem Wohnstaat beziehen, können nicht vom Optionsrecht Gebrauch machen, da sie bereits auf Basis von *Art. 23 VO 883/2004* in die Zuständigkeit des Wohnstaats fallen (4.3.3.6 Optionsrecht bei Verlegung des Wohnsitzes in Staaten mit Optionsrecht).

4.3.3.2 Mehrere Renten, aber keine aus dem Wohnstaat

Bezieht eine Person mehrere Renten aus verschiedenen Staaten, aber keine aus dem Wohnstaat, so ist der Staat für die Krankenversicherung zuständig, in welchem sie am längsten Beiträge zur Rentenversicherung einbezahlt hat (*Art. 24 Abs. 2 lit. b) VO 883/2004*). Nicht die Rentenhöhe ist entscheidend, sondern die Dauer der Beitragszahlung.

Beispiel

Ein Schweizer bezieht neben der Rente der AHV und BV auch eine italienische Rente. Die Renten aus der Schweiz sind zwar höher als die italienische, aber er hat länger in Italien als in der Schweiz einbezahlt. Er verlegt seinen Wohnsitz nach Dänemark und fragt sich, in welchem der Staaten er sich nun krankenversichern muss.	Lösung	Da er keine Rente aus dem Wohnstaat bezieht und er am längsten in Italien einbezahlt hat, ist er in Italien versicherungspflichtig. Dass die schweizerischen Renten höher sind, ist nicht massgebend.

4.3.3.3 Flexibles Rentenalter (Aufschub und Vorbezug)

Wie bereits unter 4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen beschrieben, tritt die Versicherungspflicht als Rentner dann ein, wenn die Person die Rente tatsächlich bezieht und nicht, wenn sie lediglich einen Anspruch darauf hat. Jemand, der im Rahmen des flexiblen Rentenalters den Bezug seiner Altersrente um fünf Jahre aufschiebt, wird demzufolge erst fünf Jahre später als Rentner versicherungspflichtig.

Hingegen wird jemand, der seine Rente um zwei Jahre vorbezieht, entsprechend früher als Rentner versicherungspflichtig.

4.3.3.4 Neue Versicherung

Die nachfolgenden Erläuterungen gelten für

- Rentner, welche bisher in der Schweiz wohnten und nun beabsichtigen, ihren Wohnsitz in die EU/EFTA zu verlegen sowie für
- Rentner, welche bereits in der EU/EFTA wohnen und nun bei Ihnen einen Antrag auf Aufnahme in die Krankenpflegeversicherung nach KVG stellen.

Für Krankenversicherer, welche nach *Art. 4 KVAV* keine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

Beantragt der Rentner eine Versicherung bei Ihnen, darf sie nicht durchgeführt werden. Verweisen Sie den Rentner bitte an einen Krankenversicherer, welcher die Versicherung bei Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat anbietet.

Für Krankenversicherer, welche eine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

Beantragt der Rentner eine Versicherung bei Ihnen, müssen Sie zunächst den Sachverhalt genau prüfen. Um die Versicherung nach KVG ordnungsgemäss durchführen zu können müssen Sie wissen, wo der Rentner bisher versichert war und auf Grund welcher Tatsache er in der Schweiz versicherungspflichtig ist.

Handelt es sich beim Vorversicherer um einen Krankenversicherer, welcher nach *Art. 4 KVAV* von der Durchführung der Versicherung für Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat befreit ist, können Sie die Aufnahme ohne Beachtung von Kündigungsfristen durchführen. Prüfen Sie bitte, dass das Datum der Wohnsitzverlegung mit dem Beginn der Versicherung bei Ihnen übereinstimmt, damit keine Versicherungslücke entsteht. Der bisherige Krankenversicherer muss die Versicherung zum Datum vor der Wohnsitzverlegung beenden.

War die Person bei einem Krankenversicherer versichert, welcher zwar eine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbietet, der Rentner jedoch infolge attraktiverer Prämie zu Ihnen wechseln möchte, können Sie auch hier nach derzeitiger Rechtsauffassung die Aufnahme ohne Einhaltung von Kündigungsfristen akzeptieren.

4.3.3.5 Bestehende Versicherung

Ein Rentner wohnt in der Schweiz und beabsichtigt nun, seinen Wohnsitz in die EU/EFTA zu verlegen. Er ist bei Ihnen versichert und teilt Ihnen die Wohnsitzverlegung in irgendeiner Form (E-Mail, Fax, Brief, Kündigungsschreiben etc.) mit.

Für Krankenversicherer, welche nach *Art. 4 KVAV* keine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

Verweisen Sie den Rentner an einen Krankenversicherer, welcher eine Versicherung bei Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat anbietet. Kündigungsfristen sind nicht einzuhalten. Die Versicherung ist zum Tag vor der Wohnsitzverlegung zu beenden.

Handelt es sich um einen Familienangehörigen eines Rentners, muss dieser an denselben Krankenversicherer verwiesen werden, bei welchem der Rentner selbst versichert ist (*Art. 4a KVG*). Siehe auch 4.4 Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige

Für Krankenversicherer, welche eine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

Die Versicherung ist zunächst weiterzuführen. Analysieren Sie den Sachverhalt an Hand der folgenden Punkte. Beachten Sie bitte, dass die folgenden Ausführungen nur für Staaten ohne Optionsrecht gelten. Informationen zur Wohnsitzverlegung in Staaten mit Optionsrecht finden Sie unter 4.3.3.3 Optionsrecht bei Verlegung des Wohnsitzes in bestimmte Staaten.

Sachverhaltsanalyse:

Verlegt die Person tatsächlich ihren Wohnsitz in einen EU-/EFTA-Staat?

Klären Sie zunächst die Frage nach der Wohnsitzverlegung. Damit der Rentner im EU-/EFTA-Staat Leistungen beanspruchen kann, muss eine tatsächliche Verlegung des Wohnsitzes stattfinden (*Art. 24 VO 883/2004*). Zu diesem Zweck kann eine Abmeldebescheinigung der bisherigen Wohngemeinde hilfreich sein, ist aber nicht zwingend erforderlich (3.1 Wohnort/ Wohnsitz) Der Tag nach der Abmeldung entspricht dann dem Beginn des Leistungsanspruchs in seinem neuen Wohnstaat. Ab diesem Tag ist auch die EU-/EFTA-Prämie zu erheben.

Beispiel

Ein Versicherter gibt Ihnen bekannt, dass er zum 1. Oktober zusammen mit seiner Frau die Schweiz verlassen und mindestens die nächsten zehn Jahre in den Niederlanden verbringen wolle. Er sagt, er habe dort ein Haus gekauft und werde sich voraussichtlich nur an Weihnachten und Ostern in der Schweiz aufhalten. Um die hohe EU-/EFTA-Prämie für die Niederlanden zu umgehen, gibt er an, „seine Schriften“ in der Schweiz belassen zu wollen. Er behauptet, damit weiterhin seinen Wohnsitz in der Schweiz zu haben.

Lösung

Bei der Klärung des Wohnsitzes sind immer die tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen. In diesem Beispiel befindet sich der Lebensmittelpunkt und demzufolge der Wohnsitz zweifellos in den Niederlanden. Andere Gründe (steuerliche Gründe, Schriften etc.) rechtfertigen keinen Verbleib des Wohnsitzes in der Schweiz.

Bezieht die Person tatsächlich eine Rente aus der Schweiz?

Klären Sie im weiteren Schritt, ob die Person auch nach der Wohnsitzverlegung als Rentner in der Schweiz versicherungspflichtig bleibt. Prüfen Sie, ob die Person

tatsächlich eine Rente von einem gesetzlichen Rentenversicherungsträger aus der Schweiz bezieht. Verlangen Sie nötigenfalls einen Nachweis über den Rentenbezug.

Praxistipp
Bei Versicherten mit schweizerischer Staatsbürgerschaft, die das ordentliche Rentenalter der AHV erreichen, kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sie eine AHV-Rente beziehen. Sie können davon ausgehen, dass diese Personen Beiträge einbezahlt haben oder die Beiträge als bezahlt galten. In diesen Fällen können Sie auf einen Nachweis verzichten.
Hingegen sollten Sie auf einem Nachweis bestehen, wenn die Person das ordentliche AHV-Alter noch nicht erreicht hat und auch noch nicht für den Vorbezug der Rente berechtigt ist. Möglicherweise erhält die Person eine Rente der BV oder eines anderen Sozialversicherungszweigs.

Bezieht die Person eine Rente aus dem Wohnstaat?

Rentner, die ihren Wohnsitz in einen EU-/EFTA-Staat verlegen und neben der Rente aus der Schweiz eine Rente aus ihrem Wohnstaat beziehen, unterliegen der Krankenversicherungspflicht des Wohnstaats. Die Höhe der Rente spielt dabei keine Rolle (*Art. 23 VO 883/2004*). Klären Sie ab, ob die Person eine Rente aus dem Wohnstaat erhält.

Beispiel

Ein Versicherter gibt Ihnen bekannt, dass er zum 1. Oktober seinen Wohnsitz in seine alte Heimat nach Portugal verlegt. Da er die letzten zwanzig Jahre in der Schweiz erwerbstätig war, erhält er eine Altersrente der AHV. Nebenbei bekommt er auch eine portugiesische Rente, die jedoch nicht einmal ein Viertel der AHV-Rente ausmacht. Er möchte gerne weiterhin bei Ihnen versichert bleiben.

Lösung

Nach Art. 23 VO 883/2004 ist eine Krankenversicherung im Wohnstaat vorrangig, wenn von dort eine Rente bezogen wird, unabhängig von der Höhe der Rente. Er kann somit nicht in der Schweiz versichert bleiben. Die Versicherung muss zum 30. September beendet werden.

Bezieht die Person zwei Renten, aber keine aus dem Wohnstaat?

Erhält jemand sowohl eine schweizerische Rente als auch eine Rente aus einem anderen EU-/EFTA-Staat, jedoch keine Rente aus dem Wohnstaat, so muss zunächst geprüft werden, in welchem Staat die längsten Versicherungszeiten zurückgelegt wurden. Danach erst kann festgestellt werden, in welchem Staat der Rentner versicherungspflichtig ist (*Art. 24 Abs. 2 lit. b) VO 883/2004*).

Achtung
Bei der Beurteilung, welcher Staat für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig ist, ist nicht die Höhe der Rente entscheidend, sondern die Beitragsdauer. Überwiegen die Beitragsjahre der Schweiz, muss der Rentner bei Ihnen versichert bleiben. Überwiegen die Beitragsjahre eines anderen Staats, muss die Versicherung zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung beendet werden.

Nun können Sie die Anspruchsbescheinigung S1 oder E 121 versenden und die EU-Prämie festlegen.

Haben Sie den Sachverhalt analysiert und sind Sie zum Ergebnis gekommen, dass die Person weiterhin bei Ihnen versichert bleiben muss, legen Sie die EU-Prämie fest und stellen Sie ihr das S1 bzw. das E 121 aus. Der Beginn des Anspruchs entspricht dem Datum der Wohnsitzverlegung. Unter der ehemaligen Koordinierungsverordnung Nr. 1408/71 wurde die Anspruchsbescheinigung E 121 vorab dem Rentenversicherungsträger zur Bestätigung zugestellt. Dieses Verfahren wird mit Anwendung der Verordnung 883/2004 nicht weitergeführt, so dass Sie selbst an diese Information zur Rente gelangen müssen. Das S1 wird vom Rentenversicherungsträger nicht bestätigt.

In der folgenden Hilfestellung wird davon ausgegangen, dass die Person ihren Wohnsitz tatsächlich verlegt (hat) und eine Rente eines gesetzlichen Rentenversicherungsträgers bezieht.

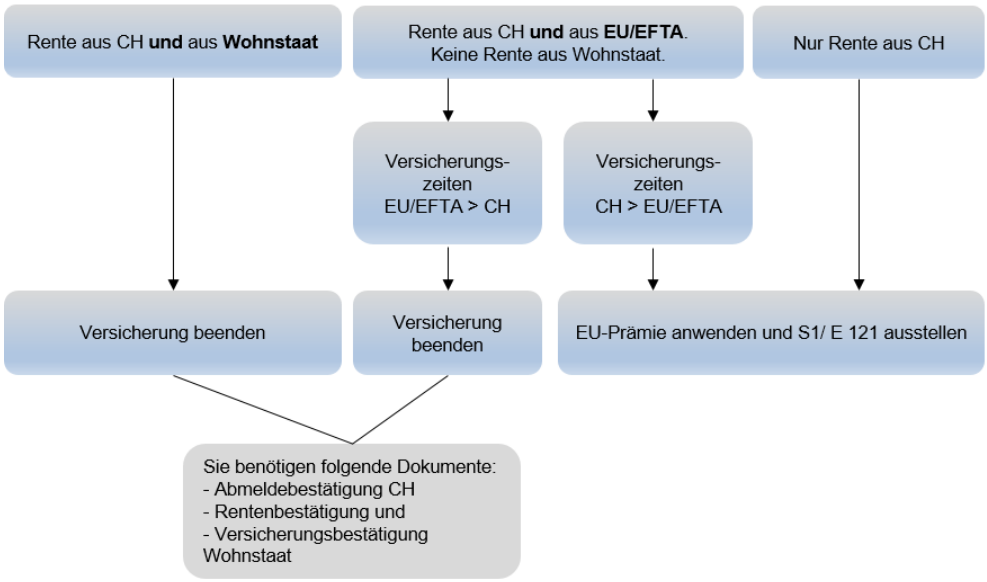


Abbildung 4: Verfahren bei Wohnsitzverlegung in einen Staat ohne Optionsrecht

4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen

4.3.3.6 Optionsrecht bei Verlegung des Wohnsitzes in Staaten mit Optionsrecht

Wohnen der Rentner und seine nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in **Deutschland**, **Frankreich**, **Italien**, **Österreich, Portugal** oder **Spanien**, können sie sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen, wenn sie sich dem Krankenversicherungssystem des Wohnstaats anschliessen möchten.

Besondere Regelung bei Wohnsitz in

> **Spanien**: Das so genannte «convenio especial» ist eine Vereinbarung zwischen der Schweiz und Spanien (Sozialversicherungsabkommen). Anwendbar ist es nur für Personen, die eine Rente aus der Schweiz beziehen und die spanische und/oder schweizerische Staatsangehörigkeit. Für Personen, die eine andere Staatsbürgerschaft haben, gilt das Optionsrecht nicht. Weitere Hinweise finden Sie im Informationsblatt, welches Ihnen unter *www.kvg.org -> Privatpersonen -> Versicherungspflicht -> Rentner in der EU/EFTA* als Download zur Verfügung steht.
>
> **Portugal**: Hier hat nur der Rentner selbst die Möglichkeit, vom Optionsrecht Gebrauch zu machen. Die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen sind in Portugal zu versichern. In der Schweiz besteht für sie keine Versicherungspflicht. Die Versicherung der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen eines Rentners mit Wohnsitz in Portugal muss somit beendet werden bzw. darf nicht durchgeführt werden.

Den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz muss der Rentner schriftlich und innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder nach Beginn des Rentenbezugs bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG stellen (**Ausnahme Spanien**: hier kann das Optionsrecht jederzeit, ohne Einhaltung einer Frist ausgeübt werden).

Ein Muster des Befreiungsgesuchs ist im Internet unter *www.kvg.org -> Privatpersonen -> Versicherungspflicht -> Rentner in der EU/EFTA* oder im Anhang 4 zu finden. Bevor die Befreiung beantragt wird, muss der Rentner zwingend den Anschluss an das Krankenversicherungssystem des Wohnstaats klären und sich die Aufnahme ggf. schriftlich zusichern lassen.

Beispiel

Ein Versicherter bezieht eine AHV-Rente und verlegt zum 1. Mai seinen Wohnsitz an die französische Atlantikküste. Seine Frau ist Französin, erwerbstätig und dort krankenversichert. Er beschliesst, sich ebenfalls in Frankreich zu versichern und fragt bei Ihnen nach, ob dies möglich sei.	Lösung	Da es sich bei Frankreich um einen Staat mit Optionsrecht handelt, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, sich dort zu versichern. Das Gesuch um Befreiung muss bis zum 31. Juli bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eingereicht werden.

Achtung
Beenden Sie die Versicherung bitte erst, wenn die Gemeinsame Einrichtung KVG die Befreiung von der Versicherungspflicht ausgesprochen hat vgl. auch 4.6 Ende der Versicherung). Bedenken Sie bitte, dass die Wohnsitzverlegung in einen Staat mit Optionsrecht nicht automatisch bedeutet, dass die Person von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit wird. Erst wenn alle erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind, spricht die Gemeinsame Einrichtung KVG eine formelle Befreiung von der Versicherungspflicht aus.

Praxistipp
Versenden Sie das S1 bzw. E 121 erst nach Ablauf von drei Monaten. Die drei Monate entsprechen der Frist für die Ausübung des Optionsrechts. Wenn Sie die Anspruchsbescheinigung vor Ablauf von drei Monaten versenden gehen Sie das Risiko ein, dass Sie das S1 bzw. E 121 widerrufen müssen und möglicherweise schon Leistungen in Anspruch genommen und weiterverrechnet wurden.

In der folgenden Hilfestellung wird davon ausgegangen, dass die Person ihren Wohnsitz tatsächlich in die EU/EFTA verlegt, eine schweizerische Rente bezieht (4.3.3 Rentner und ihre Familienangehörigen).

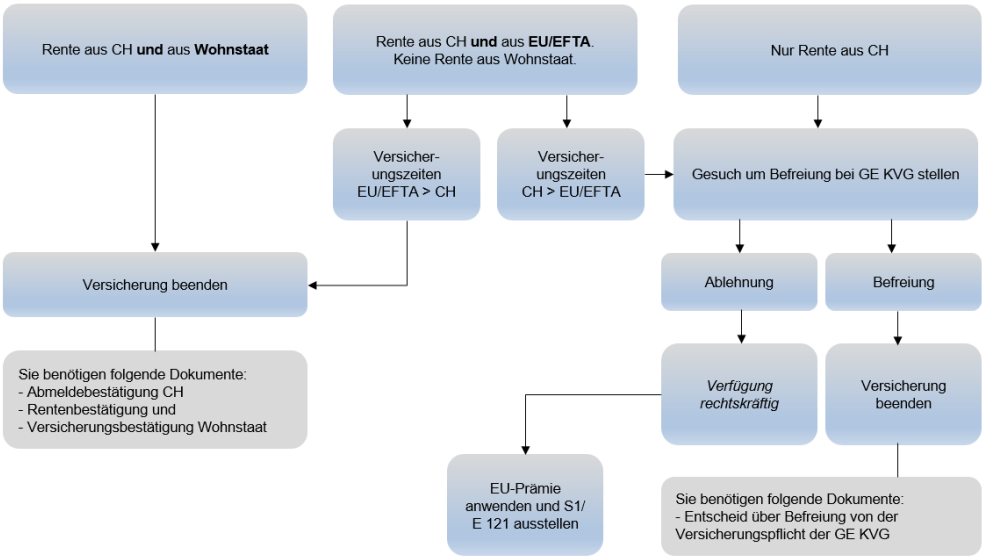


Abbildung 5: Verfahren bei Wohnsitzverlegung in einen Staat mit Optionsrecht

Besonderes zu Rentner mit Wohnsitz in Deutschland

Verlegt ein **Rentner** aus der Schweiz seinen Wohnsitz nach Deutschland, sind bei der Ausübung des Optionsrechts die besonderen Voraussetzungen für die Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) zu beachten. Eine Aufnahme ist grundsätzlich nur möglich, wenn bestimmte Vorversicherungszeiten erfüllt sind. Für die KVdR gilt, dass man mindestens 9/10 der zweiten Hälfte der Versicherungszeit in der gesetzlichen Versicherung gewesen sein muss. Dabei werden Zeiten einer Versicherung in der Schweiz im Rahmen des Gebots der Zusammenrechnung der Zeiten zwar angerechnet, dennoch muss eine minimale Vorversicherungszeit bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen. Auch für die freiwillige gesetzliche Versicherung ist eine Vorversicherungszeit zu erfüllen. Eine

Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz erfolgt erst, wenn eine (freiwillige) Krankenversicherung in Deutschland nachgewiesen werden kann.

Beispiel

Ein AHV-Rentner verlegt seinen Wohnsitz nach Deutschland in den bayerischen Wald. In den 70er Jahren war er während seines Studiums zwei Jahre bei der AOK versichert. Für den Rest seines Lebens war er bei Ihnen versichert. Nun beabsichtigt er, sich bei der dortigen AOK zu versichern und fragt sich, ob er sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen kann. Die AOK stimmt der freiwilligen Versicherung zu.	Lösung	Der Rentner erhält nur eine Rente aus der Schweiz. Er verlegt seinen Wohnsitz nach Deutschland. Da er die Voraussetzungen für eine freiwillige Krankenversicherung nach deutschem Recht erfüllt, kann er sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen. Nach erfolgter Befreiung ist er bei der AOK freiwillig versichert.

4.3.3.7 Verlegung des Wohnsitzes im Ausland

Die Ausübung des Optionsrechts ist an den Wohnstaat geknüpft und eng mit der Wahl des Gesundheitssystems im Wohnstaat verbunden. Darum muss bei Verlegung des Wohnsitzes von einem EU-Staat mit Optionsrecht in einen andern EU-Staat mit Optionsrecht die versicherungsrechtliche Situation neu beurteilt werden. Zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung tritt erneut Versicherungspflicht in der Schweiz ein mit der Möglichkeit, dass die Person innerhalb von drei Monaten nochmals von ihrem Optionsrecht Gebrauch machen kann.

Um das Optionsrecht nach *Anhang XI zur VO 883/2004* rechtsgültig auszuüben muss die Person u.a. eine Versicherungsdeckung im Wohnstaat nachweisen können. Hat eine Person ihr Optionsrecht zu Gunsten einer Versicherung im Wohnstaat ausgeübt und sich von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen, kann bei einer Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat mit Optionsrecht nicht davon ausgegangen werden, dass die Person auch im neuen Wohnstaat automatisch über eine Versicherungsdeckung verfügt. Zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung ist der Person somit entweder ein Wechsel in die Versicherung nach KVG oder eine Befreiung von der Versicherungspflicht nach KVG zu ermöglichen.

Genauso verhält es sich, wenn die Person vorher in einem Staat ohne Optionsrecht gewohnt hat und nun in einen Staat mit Optionsrecht (z.B. von Polen nach Frankreich) wechselt. In diesem Fall kann die Person vom Optionsrecht Gebrauch machen und sich bei Erfüllung der Voraussetzungen von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter AHV-Rentner ist mit einer Polin verheiratet und lebt mit ihr seit einigen Jahren in ihrer Heimat. Mittlerweile haben beide vom dortigen Klima genug und beschliessen, sich in Südfrankreich niederzulassen. Er hat gehört, dass es mit Frankreich eine spezielle Regelung gibt und fragt bei Ihnen nach, ob er sich auch in Frankreich versichern könne.	Lösung	Polen gewährt kein Optionsrecht, d.h. der Rentner ist für die Dauer des Wohnsitzes in Polen in der Schweiz versicherungspflichtig. Verlegt er seinen Wohnsitz nach Frankreich, welches das Optionsrecht grundsätzlich gewährt, entscheidet die Gemeinsame Einrichtung KVG, ob die Voraussetzungen für eine Befreiung von der Versicherungspflicht in der Schweiz erfüllt sind.

Eine Verlegung des Wohnsitzes **innerhalb eines Staats** hat auf die Versicherungspflicht bzw. auf das Optionsrecht keine Auswirkung.

Checkliste am Ende des Kapitels

Welche Informationen Ihnen **zu Beginn** des Sachverhalts vorliegen müssen:

- Ist eine Versicherung bei Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat bei Ihnen möglich?
- Bezieht der Rentner eine gesetzliche Rente aus der Schweiz (AHV, IV, MV, BV, UV)?
- Findet tatsächliche eine Wohnsitzverlegung statt?
- Bezieht der Rentner eine Rente aus dem zukünftigen Wohnstaat?
- Bezieht der Rentner eine Rente aus einem anderen EU-/EFTA-Staat?
- Ist er im zukünftigen Wohnstaat erwerbstätig?
- Sind Familienangehörige vorhanden, die in die Versicherung mitaufgenommen werden müssen?
- Wohnt er in einem Staat, in welchem das Optionsrecht gilt?

Welche Informationen Ihnen **im zukünftigen Verlauf** vorliegen müssen:

- Bezieht der Rentner eine Rente aus dem Wohnstaat?
- Ist er im Wohnstaat erwerbstätig?

4.3.4 Familienangehörige eines in der Schweiz wohnenden und versicherungspflichtigen Erwerbstätigen

In der EU/EFTA wohnende Familienangehörige einer Person, die auf Grund ihrer Erwerbstätigkeit (Beschäftigung oder selbständige Erwerbstätigkeit) und ihres Wohnorts in der Schweiz der schweizerischen Versicherungspflicht untersteht, sind ebenfalls in der Schweiz versicherungspflichtig (*Art. 1 Abs. 2 lit. d. KVV, Anhang XI zur VO 883/2004, Nr. 3 lit. a) iv)*).

Verlegen nicht erwerbstätige Familienangehörige eines in der Schweiz lebenden und versicherten Erwerbstätigen ihren Wohnsitz in die EU/EFTA, bleiben sie somit in der Schweiz versichert, vorausgesetzt es liegt im zukünftigen Wohnstaat kein Tatbestand vor, welcher dort eine Versicherungspflicht auslöst (z.B. infolge einer Erwerbstätigkeit oder eines Rentenbezugs).

Beispiel

Eine Familie lebt in der Schweiz. Die Eltern sind hier erwerbstätig. Der dreizehnjährige Sohn wird für fünf Jahre bis zum Schulabschluss in ein Internat nach München/DE gesandt. Er wird nur dreimal jährlich für kurze Zeit die Eltern in der Schweiz besuchen. Der Vater fragt bei Ihnen nach, ob sich der Sohn in Deutschland versichern müsse oder bei Ihnen versichert bleiben kann.

Lösung

Der Sohn bleibt für die Dauer des Aufenthalts in Deutschland in der Schweiz versicherungspflichtig, da die Bedingung nach Anhang XI zur VO 883/2004 erfüllt sind (Familienangehöriger eines in der Schweiz lebenden Erwerbstätigen). Vorbehalten bleibt hier die Möglichkeit des Optionsrechts (vgl. 4.3.4.3).

Wer als nichterwerbstätiger Familienangehöriger anzusehen ist und im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe eingetragen werden kann, bestimmt der Wohnstaat nach seinen Rechtsvorschriften. Familienangehörige sind also nur solange in der Schweiz versicherungspflichtig bzw. anspruchsberechtigt, als es die Rechtsvorschriften des Wohnstaats vorsehen.

Das nachfolgende Beispiel soll den Fall veranschaulichen, in welchem der Träger des Wohnorts die Eintragung verweigert, da der Familienangehörige nicht zum anspruchsberechtigten Personenkreis gehört.

Beispiel

Ein zwanzigjähriger Versicherter verlegt seinen Wohnsitz zu Studienzwecken nach Paris. Seine Eltern sind weiterhin in der Schweiz wohnhaft und erwerbstätig. Sie stellen die Bescheinigung S1/das Formular E 109 aus. Der französische Träger verweigert jedoch die Eintragung mit der Begründung, dass er nicht die französischen Bedingungen erfülle.	Lösung	In Frankreich unterstehen Studenten ab 20 Jahren dem besonderen „Régime“ der Sécurité Sociale für Studenten. Das französische Recht sieht sie nicht mehr als Familienangehörige an, so dass der Entscheid akzeptiert und die Versicherung ohne Einhaltung von Kündigungsfristen beendet werden muss. Der Grund für die Nichteintragung muss jedoch aufgeführt sein.

4.3.4.1 Ausnahmen von der Fortdauer der Versicherungspflicht

Wohnen die Familienangehörigen in einem der folgenden Staaten, unterliegen sie der Versicherungspflicht des Wohnstaats und nicht mehr der Schweiz:

- Dänemark
- Vereinigtes Königreich (2.2 Wo das Koordinationsrecht gilt (räumlicher Geltungsbereich)
- Portugal
- Schweden
- Spanien
- Ungarn

In diesen Fällen ist die Versicherung nach KVG zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung zu beenden bzw. die Versicherung wäre zum Beginn der Versicherungspflicht nicht durchzuführen (vgl. auch die Übersicht „Versicherungspflicht und Optionsrecht in der Krankenversicherung“ unter 3.12.1 Allgemeines sowie *Anhang XI zur VO 883/2004, Nr. 3 lit. a) iv)*).

4.3.4.2 Neue Versicherung

Wenn ein in der Schweiz lebender Erwerbstätiger bei Ihnen die Aufnahme in die obligatorische Krankenpflegeversicherung beantragt müssen Sie zunächst prüfen, ob Familienangehörige im Ausland vorhanden sind, wo diese wohnen und ob sie erwerbstätig sind.

Versichern Sie nur Familienangehörige, die unter die entsprechende Definition fallen (3.9 Nicht erwerbstätige Familienangehörige), also nur den Ehegatten, die minderjährigen Kinder und die unterhaltsberechtigten volljährigen Kinder.

Beispiel

Ein junger Arbeitnehmer aus Slowenien beabsichtigt, Erfahrungen bei der Weinlese in der Schweiz zu sammeln. Er nimmt eine Arbeitsstelle für ein ganzes Jahr bei einem Weingut am Bielersee an, damit er den ganzen Prozess verfolgen kann. Er versichert sich bei Ihnen, versteht aber die Frage nach den Familienangehörigen falsch und teilt Ihnen deshalb irrtümlich mit, dass er keine habe. Nach zwei Monaten erhalten Sie ein E 107 aus Slowenien mit der Bitte um Ausstellung der Bescheinigung S1.

Lösung

Sofern die Familienangehörigen in Slowenien nicht erwerbstätig sind, führen Sie die Versicherung für die betroffenen Personen durch. Setzen Sie sich vorher mit dem Versicherten in Verbindung, damit er Ihnen die nötigen Angaben machen kann. Stellen Sie anschliessend die Bescheinigung S1 für die Familienangehörigen in Slowenien aus.

Siehe zu diesem Beispiel auch: 4.3.5.1 Saisonarbeitskräfte und Personen im Meldeverfahren.

Wohnen die Familienangehörigen in Belgien, Bulgarien, Estland, Griechenland, Irland, Island, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Polen, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Tschechien oder Zypern, ist eine Versicherung in der Schweiz obligatorisch.

Wohnen sie in einem der unter 4.3.4.1 Ausnahmen von der Fortdauer der Versicherungspflicht aufgeführten Staaten, dürfen Sie die Versicherung nicht durchführen.

Wohnen sie in Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien oder Österreich, sind sie ebenfalls in der Schweiz versicherungspflichtig, können jedoch vom Optionsrecht Gebrauch machen.

4.3.4.3 Bestehende Versicherung

Eine versicherte Person teilt Ihnen mit, dass sie ihren Wohnsitz in die EU/EFTA verlegen wird. Sie stellen fest, dass es sich um einen Familienangehörigen eines in der Schweiz wohnenden Erwerbstätigen ist, welcher selbst bei einem anderen schweizerischen Krankenversicherer versichert ist.

Für Krankenversicherer, welche nach *Art. 4 KVAV* keine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

In diesem Fall ist der Familienangehörige an den Versicherer des Erwerbstätigen zu verweisen, sofern dieser eine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbietet.

Ist der Erwerbstätige selbst ebenfalls bei einem Versicherer versichert, welcher nach *Art. 4 KVAV* befreit ist, müssen **beide** zu einem anderen Krankenversicherer wechseln (*Art. 4a KVG*). Siehe auch 4.4 Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige.

Kündigungsfristen müssen nicht eingehalten werden. Die Versicherung ist zum Tag vor der Wohnsitzverlegung zu beenden.

Für Krankenversicherer, welche eine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten

Besteht bereits eine Versicherung bei Ihnen und verlegt die Person ihren Wohnsitz in die EU/EFTA, ist die Versicherung weiterzuführen. Bitte beachten Sie die folgenden Punkte:

Verlegt die Person tatsächlich ihren Wohnsitz in die EU-/EFTA?

Damit der Familienangehörige seinen Leistungsanspruch der EU/EFTA gemäss *Art. 24 VO 883/2004* geltend machen kann, muss eine tatsächliche Verlegung des Wohnsitzes stattfinden. Hier empfiehlt es sich, eine Abmeldebescheinigung der bisherigen Wohngemeinde zu verlangen. Der Tag nach der Abmeldung entspricht dann dem Beginn des Leistungsanspruchs in seinem neuen Wohnstaat.

4.3.4.4 Optionsrecht

Familienangehörige eines Arbeitnehmers oder Selbständigen, der in der Schweiz wohnt und in der Schweiz nach KVG versichert ist, können von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden, wenn sie in Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien oder Österreich wohnen und nachweisen, dass sie im Wohnstaat Anspruch auf Leistungen aus der Krankenversicherung haben (*Anhang XI zur VO 883/2004*). Der Antrag auf Befreiung ist innerhalb von drei Monaten nach Entstehung der Versicherungspflicht in der Schweiz bei der zuständigen Behörde im Wohnkanton der erwerbstätigen Person zu stellen.

Eine ausgesprochene Befreiung von der Versicherungspflicht kann nicht widerrufen werden.

Achtung
Verwechseln Sie das Optionsrecht für Familienangehörige mit Wohnsitz in Deutschland bitte nicht mit dem getrennten Optionsrecht für Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland (vgl. 4.3.1.3.1 Getrenntes Optionsrecht - Grenzgänger aus Deutschland)

Beispiel

Eine Familie lebt in der Schweiz. Die Eltern sind hier erwerbstätig. Der zwanzigjährige Sohn wird sein in der Schweiz angefangenes Studium in München/DE weiterführen und beabsichtigt, seinen Wohnsitz dorthin zu verlegen. Er plant zudem, nach dem Studium in Deutschland eine Erwerbstätigkeit zu finden. Da die studentische Krankenversicherung in Deutschland für ihn günstiger ist, kündigt er die Versicherung bei Ihnen.	Lösung	Der Sohn bleibt auch nach der Wohnsitzverlegung nach Deutschland in der Schweiz versicherungspflichtig. Damit Sie die Versicherung beenden können, benötigen Sie den Entscheid über die Befreiung von der Versicherungspflicht. Über die Befreiung entscheidet die kantonale Behörde des (ehemaligen) Wohnsitzes in der Schweiz.

4.3.4.5 Auswirkungen der Aufnahme eines Studiums im Ausland

Diese Abbildung zeigt Ihnen auf, welche Konsequenzen die Aufnahme eines Studiums in versicherungs- und leistungsrechtlicher Hinsicht haben kann. Sie kann Ihnen zudem als Hilfestellung bei Beratungen dienen.

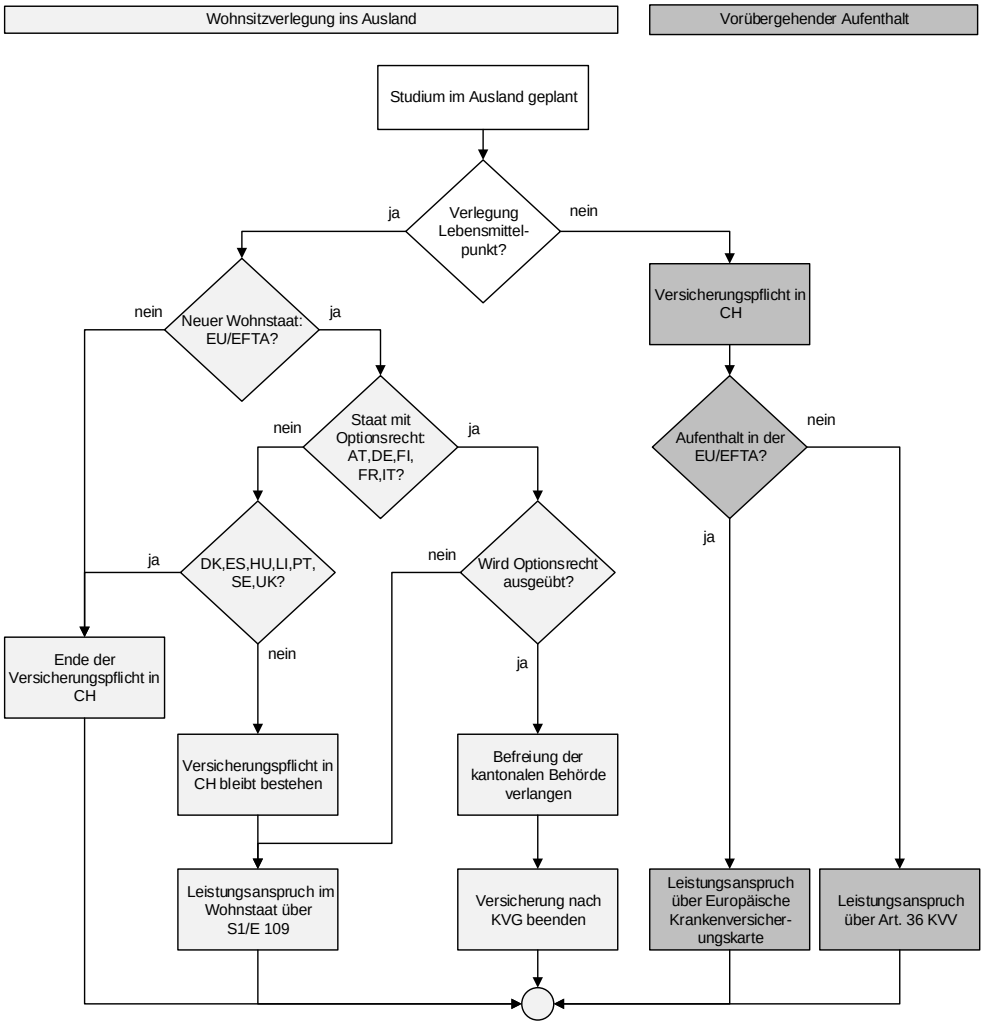


Abbildung 6: Auswirkungen der Aufnahme eines Studiums im Ausland

4.3.5 Weitere Personenkategorien

4.3.5.1 Saisonarbeitskräfte und Personen im Meldeverfahren

Saisonarbeitskräfte bzw. **Personen im Meldeverfahren** aus der EU/EFTA sind infolge des Erwerbsortsprinzips ebenfalls in der Schweiz versicherungspflichtig, wenn sie über eine Kurzaufenthalts- oder Aufenthaltsbewilligung verfügen, die **mindestens drei Monate** gültig ist (*Art. 1 Abs. 2 lit. f. KVV*). Sie können vom Optionsrecht Gebrauch machen, wenn sie ihren Lebensmittelpunkt in einem Staat haben, für welchen das Optionsrecht vorgesehen ist.

Personen, die während **längstens drei Monaten** in der Schweiz erwerbstätig sind und hierfür keine Aufenthaltsbewilligung benötigen (so genanntes Meldeverfahren), sind nicht versicherungspflichtig, sofern sie über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (*Art. 1 Abs. 2 lit. g. KVV)*. Da sich die Versicherungspflicht von Personen, die in der EU/EFTA in einem gesetzlichen Krankenversicherungssystem versichert sind vom Erwerbsortsprinzip nach *Art. 11 Abs. 3 lit. a) VO 883/2004* ableitet, richtet sich *Art. 1 Abs. 2 lit. g. KVV* nur an Personen mit einer privaten Versicherungsdeckung. Personen, die (vorher) gesetzlich krankenversichert waren, werden mit Aufnahme der Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtig – unabhängig ihrer Dauer.

Die allgemeine Behauptung, dass sich jemand nicht in der Schweiz versichern müsse, wenn er sich nicht länger als drei Monate hier aufhalte, gilt unter Berücksichtigung der oben genannten Aspekte also nur eingeschränkt und ist im Einzelfall zu prüfen (z.B. bei Aufenthalt ohne Erwerbstätigkeit als Tourist, Aufenthalt zum Zwecke einer medizinischen Behandlung (vgl. *Art. 2 Abs. 1 lit. b. KVV*) etc.).

Beispiel

Ein junger Arbeitnehmer aus Slowenien beabsichtigt, Erfahrungen bei der schweizerischen Weinlese zu sammeln. Er nimmt eine Arbeitsstelle für die Monate September und Oktober bei einem Weingut am Bielersee an. Er meldet sich ordnungsgemäss bei der Gemeinde an. Familienangehörige hat er nicht. In Kenntnis seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz beendet der slowenische, gesetzliche Krankenversicherer die Versicherung zum 31. August.

Lösung

Auch wenn die Erwerbstätigkeit drei Monate nicht überschreitet und er nach dem Freizügigkeitsabkommen keine Aufenthaltsbewilligung benötigt, tritt dennoch Versicherungspflicht in der Schweiz ein. Die Versicherung muss für diese Zeit durchgeführt werden.

Praxistipp
Da diese Personen nach Ablauf ihrer kurzen Tätigkeit nicht immer gut erreichbar sind empfiehlt es sich, die Prämien rechtzeitig, also noch vor Ablauf der Versicherungspflicht bzw. Erwerbstätigkeit in der Schweiz einzufordern.

4.3.5.2 Kurzaufenthalter (L-Bewilligung)

Die L-Bewilligung wird u.a. Personen gewährt, die ein Arbeitsverhältnis von mindestens drei Monaten bis zu einem Jahr nachweisen können. Sie setzt nicht automatisch die Verlegung des Wohnsitzes in die Schweiz voraus (4.3.1.8 L-Bewilligung). Die Person kann ihren Wohnsitz im Ausland beibehalten und ein Gesuch um Befreiung von der Versicherungspflicht stellen, wenn sie in einem Land mit Optionsrecht wohnt. Die zuständige kantonale Stelle prüft, ob die Bedingungen für die Beibehaltung des Wohnsitzes in diesem Staat erfüllt sind und ob eine Befreiung von der Versicherungspflicht ausgesprochen werden kann.

Das vereinfachte Verwaltungsverfahren, wonach die kantonale Behörde davon ausgehen darf, dass sich der Wohnsitz der betreffenden Person im Ausland befindet bedeutet nicht, dass es ausnahmslos so sein muss. Auch Kurzaufenthalter können durchaus ihren Wohnsitz in der Schweiz haben, wenn es aus den persönlichen Umständen hervorgeht. In diesem Fall verlieren sie allerdings ihr Optionsrecht.

Praxistipp zur Anwendung der Prämie
Prüfen Sie bei Personen mit einer Kurzaufenthaltsbewilligung, wo sich der Wohnsitz der Person befindet. Sofern die Person aus einem Staat mit Optionsrecht stammt, lassen Sie sich dies ggf. mittels einer Befreiung von der Versicherungspflicht durch die kantonale Behörde bestätigen. Entscheiden Sie anschliessend, ob die EU-/EFTA-Prämie oder die Prämie bei Wohnsitz in der Schweiz zur Anwendung kommt.
Macht die Person ihren Wohnsitz in der EU/EFTA geltend, muss der Person die Bescheinigung S1/das Formular E 106 ausgestellt werden, damit sie ihren Leistungsanspruch im Wohnstaat geltend machen kann.

Für Krankenversicherer, welche nach *Art. 4 KVAV* keine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbieten, ist die Frage nach dem Wohnsitz entscheidend darüber, ob eine Versicherung überhaupt zustande kommen kann oder ob die Person an einen anderen Versicherer verwiesen werden muss.

4.3.5.3 Personen ohne Erwerbstätigkeit

Verlegt eine Person ihren Wohnsitz in einen EU-/EFTA-Staat und liegt kein Sachverhalt vor, für den weiterhin die Versicherungspflicht in der Schweiz gilt (Privatiers), kann die Versicherung gemäss *Art. 3 Abs. 3 KVG* beendet werden. Die Versicherung darf jedoch erst nach sorgfältiger Prüfung des Sachverhalts beendet werden.

Beispiel

Ein 50-jähriger wohlhabender Versicherter beschliesst, sein Leben an der italienischen Adria zu verbringen und meldet seinen Wohnsitz in der Schweiz ab. Er ist weder erwerbstätig noch bezieht er eine Rente. Er fragt Sie, ob er trotzdem bei Ihnen versichert bleiben kann.	Lösung	Da kein Bezug mehr zur Schweiz besteht, muss die Versicherung beendet werden. Er unterliegt nicht mehr der schweizerischen Versicherungspflicht. Variante: Im Fall eines späteren Rentenbezuges wird er wieder in der Schweiz versicherungspflichtig.

⟷ Hingegen muss sich eine Person, die ihren Wohnsitz in die Schweiz verlegt, grundsätzlich in der Schweiz versichern, wenn sie nicht (z.B.) auf Grund einer Erwerbstätigkeit in einem anderen Staat oder wegen Bezugs einer Rente aus einem anderen Staat dort versicherungspflichtig ist.
Ausnahme: Wenn sie eine Aufenthaltsbewilligung für Personen ohne Erwerbstätigkeit besitzt und für ihren Aufenthalt in der Schweiz über einen dem KVG gleichwertigen Versicherungsschutz verfügt, kann sie sich nach *Art. 2 Abs. 7 KVV* von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreien lassen.

4.3.5.4 Aufenthalt in einer Anstalt, im Heim oder Strafvollzug

Nach *Art. 23 Abs. 1 ZGB* begründet der Aufenthalt an einem Orte zum Zweck der Ausbildung oder die Unterbringung einer Person in einer Erziehungs- oder Pflegeeinrichtung, einem Spital oder einer Strafanstalt für sich allein keinen Wohnsitz. Demzufolge besteht für Personen, die im Ausland versichert sind und im Zusammenhang mit ihrem Aufenthalt in der Schweiz in eine solche Anstalt eingewiesen werden, keine Versicherungspflicht in der Schweiz.

⟷ Anders verhält es sich, wenn die Person vorher schon in der Schweiz versicherungspflichtig war und nun in eine Anstalt eingewiesen wird. Die Versicherungspflicht in der Schweiz bleibt bestehen und begründet sich damit, dass der bisherige Wohnsitz weiterhin Gültigkeit hat (*Art. 23 ZGB*).

4.3.5.5 Beamte

Beamtinnen und Beamte sowie ihnen gleichgestellte Personen, welche von einem EU-/EFTA-Staat in der Schweiz beschäftigt werden, unterliegen den Rechtsvorschriften des betreffenden EU-/EFTA-Staats. Sie sind somit von der Unterstellung unter das KVG befreit. Umgekehrt sind auf Beamtinnen bzw. Beamte und ihnen gleichgestellte Personen, die von der Schweiz in einem EU-/EFTA-Staat beschäftigt werden, die schweizerischen Rechtsvorschriften anwendbar (*Art. 11 Abs. 3 Bst. b VO 883/2004*).

Für die Schweiz gelten als Beamte Staatsangehörige der EU oder der Schweiz, die für einen öffentlich-rechtlichen Arbeitgeber der Schweiz, eines Kantons oder einer Gemeinde tätig sind. Für die Qualifizierung als Beamte sprechen insbesondere die Finanzierung der Löhne über öffentliche Gelder sowie die Regelung des Arbeitsverhältnisses im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Vertrages. Dabei kommt es auf die Dauer des Arbeitsvertrages nicht an. Zudem muss die Person «im öffentlichen Dienst» tätig sein bzw. öffentliche Aufgaben wahrnehmen und bei dieser Tätigkeit gegen aussen, für andere wahrnehmbar, die entsprechende Verwaltungseinheit vertreten (Quelle: *www.bsv.admin.ch*).

4.3.5.6 Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht

Nach dem *Bundesgesetz über die von der Schweiz als Gaststaat gewährten Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen sowie finanziellen Beiträge (GSG)* geniessen Personen, die bei oder für zwischenstaatliche Organisationen, internationale Institutionen, diplomatische oder ständige Missionen, konsularische Posten, internationale Konferenzen etc. tätig sind sowie die sie begleitenden Familienangehörigen Vorrechte, Immunitäten und Erleichterungen. Hierzu gehört u.a. die Befreiung vom schweizerischen System der sozialen Sicherheit oder von den schweizerischen Einreise- und Aufenthaltsbestimmungen (*Art. 3 Abs. 1 lit. h.und i. GSG*). Ausserdem sind Inhaber einer Legitimationskarte*, die nicht die schweizerische Staatsangehörigkeit besitzen, von der Pflicht der Meldung bei der Einwohnerkontrollbehörde befreit (*Art. 17 Abs. 4 Gaststaatverordnung*).

> ***Legitimationskarte**
> Das Eidgenössische Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) stellt Personen, die nach dem Gaststaatgesetz (GSG) Vorrechte und Immunitäten geniessen, sowie den zur Begleitung berechtigten Familienangehörigen eine Legitimationskarte aus.

Die folgenden Punkte zeigen Ihnen auf,

- wer von der Versicherungspflicht ausgenommen ist, aber sich auf Gesuch hin der schweizerischen Versicherung unterstellen kann und
- wer sich von der Versicherungspflicht befreien lassen kann.

> **Praxistipp**
> Beabsichtigt eine solche Person sich bei Ihnen zu versichern, lassen Sie sich einen Nachweis der Unterstellung unter die schweizerische Krankenversicherung von der kantonalen Behörde vorlegen.

Achtung
Für das Geschäftspersonal (Hausangestellte, Verwaltungspersonal, technisches Personal etc.) ohne diplomatischen oder konsularischen Status gilt grundsätzlich das Erwerbsortprinzip nach *Art. 11 ff. Verordnung (EG) Nr. 883/2004*, d.h. sie sind in dem Staat versicherungspflichtig, in welchem sie erwerbstätig sind.

Die Erläuterung zur Änderung von *Art. 6 KVV* sowie die Übersicht der internationalen Organisationen mit Sitzabkommen finden Sie im *Informationsschreiben des BAG vom 13. Dezember 2017*.

4.3.5.6.1 Erwerbstätige Personen, die selbst Vorrechte haben

Erwerbstätige Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz (*Art. 6 Abs. 1 KVV*). Sie werden auf eigenes Gesuch hin der Versicherung nach KVG unterstellt. Das Gesuch muss innerhalb von sechs Monaten nach Erhalt der Legitimationskarte bei der zuständigen kantonalen Behörde gestellt werden. Die Versicherung beginnt am Tag des Erhalts der Legitimationskarte (*Art. 7 Abs. 6 KVV*)

4.3.5.6.2 Familienangehörige mit eigenen Vorrechten

Nicht erwerbstätige Familienangehörige einer erwerbstätigen Person mit Vorrechten nach internationalem Recht unterliegen nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der Versicherung unterstellt (*Art. 6 Abs. 1 KVV*)

Erwerbstätige Familienangehörige tauschen ihre Legitimationskarte gegen einen Ci-Ausweis ein und unterliegen ebenfalls nicht der Versicherungspflicht in der Schweiz. Sie werden auf eigenes Gesuch hin der Versicherung unterstellt (*Art. 6 Abs. 1 KVV*)

Achtung
Handelt es sich um erwerbstätige Familienangehörige, die in der EU/EFTA über die hauptberechtigte Person in einem **gesetzlichen Krankenversicherungssystem** versichert ist, so tritt mit Beginn der Erwerbstätigkeit Versicherungspflicht in der Schweiz ein (*Art. 11 ff. Verordnung (EG) Nr. 883/2004*).

4.3.5.6.3 Familienangehörige ohne eigene Vorrechte

Sofern Familienangehörige ohne eigene Vorrechte, die im Besitz einer Aufenthaltsbewilligung B, einer Niederlassungsbewilligung C, einer Grenzgängerbewilligung G oder der Schweizer Staatsbürgerschaft sind, mit der hauptberechtigten Person bei der Versicherung der internationalen Organisation mitversichert sind, können sie innerhalb von drei Monaten ab Versicherung bei der internationalen Organisation von der Versicherungspflicht in der Schweiz befreit werden, sofern sie über einen privaten, gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (*Art. 6 Abs. 4 KVV)*.

4.3.5.6.4 Ehemals erwerbstätige Personen

Ehemals erwerbstätige Personen mit Vorrechten nach internationalem Recht unterliegen der Versicherungspflicht in der Schweiz, können sich jedoch auf Gesuch hin von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie über einen privaten, gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen (*Art. 6 Abs. 3 KVV*).

4.3.5.7 Bezug von Taggeldern

Wie unter 3.11 Geldleistungen beschrieben, werden Personen, die auf Grund oder infolge einer Erwerbstätigkeit eine Geldleistung beziehen, den erwerbstätigen Personen gleichgestellt. Es wird also davon ausgegangen, dass die Personen diese Erwerbstätigkeit weiterhin ausüben (*Art. 11 Abs. 2 VO 883/2004*). Dies gilt aber nur für den Bezug von kurzfristigen Geldleistungen (z.B. Taggeld des Unfallversicherers). Das bedeutet für Sie, dass Sie Bezieher von kurzfristigen Geldleistungen weiterhin versichern müssen, sofern nicht Versicherungspflicht im Wohnstaat (z.B. wegen Ausübung einer Erwerbstätigkeit) eintritt.

Beispiel

Eine Arbeitnehmerin mit Wohnsitz in Deutschland ist temporär bei einem Arbeitgeber in der Schweiz angestellt. Sie ist bei Ihnen krankenversichert. Ihr Arbeitsvertrag endet am 30. April. Am 15. Februar erleidet sie einen schweren Arbeitsunfall und bezieht seitdem ein Taggeld des Unfallversicherers. Das Taggeld wird noch bis 31. Mai weiterbezahlt.

Lösung

Solange die Person das Taggeld des Unfallversicherers bezieht, bleibt sie in der Schweiz versicherungspflichtig, auch wenn der Arbeitsvertrag bereits geendet hat. Sie müssen die Person somit noch bis 31. Mai versichern. Ab 1. Juni ist der Sachverhalt neu zu beurteilen.

4.4 Wahl des Versicherers für versicherungspflichtige Familienangehörige

Wohnen die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen in der EU-/EFTA, so sind diese (vorbehaltlich der Möglichkeit des Optionsrechts) bei demselben Krankenversicherer zu versichern wie

- die auf Grund einer Erwerbstätigkeit in der Schweiz versicherungspflichtige Person,
- die wegen Rentenbezugs aus der Schweiz versicherungspflichtige Person,
- die auf Grund des Bezugs einer Leistung der schweizerischen Arbeitslosenversicherung versicherungspflichtige Person

(*Art. 4a KVG*).

Sind die betroffenen Personen nicht bei demselben Krankenversicherer versichert sind und ist nach *Art. 4a KVG* ein Wechsel zu einem anderem Krankenversicherer angezeigt, sind keine Kündigungsfristen gemäss *Art. 7 KVG* einzuhalten. Der Wechsel zum anderen Krankenversicherer muss zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung erfolgen.

Praxistipp
Auch wenn grundsätzlich keine Kündigungsfristen einzuhalten sind, so sollte der Wechsel dennoch ohne zeitliche Verzögerung erfolgen. Sie ersparen sich hiermit aufwändige Prämienerstattungen und Leistungsrückforderungen.

Beispiel

Eine Familie lebt in der Schweiz. Der Vater ist erwerbstätig und beim Versicherer X, welcher die Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbietet, versichert. Die Mutter und das gemeinsame Kind sind beim Versicherer Y versichert, welcher von der Pflicht, eine Versicherung nach Art. 5 Bst. g KVAG anzubieten, befreit ist. Nach der Trennung (nicht Scheidung!) verlegt die Mutter mit ihrem Kind ihren Wohnsitz nach Frankreich. Sie ist nicht erwerbstätig und fragt bei ihrem Versicherer nach, ob sie und ihr Kind weiterhin dort versichert bleiben können.

Lösung

Da der Versicherer Y keine Versicherung bei Wohnsitz in der EU/EFTA anbietet, können die Mutter und das Kind nach der Wohnsitzverlegung nach Frankreich nicht bei diesem versichert bleiben. Sie müssen zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung zum Versicherer des Vaters/Ehegatten wechseln (Art. 4a Bst. a KVG). Kündigungsfristen sind nicht einzuhalten.
Achtung, die Situation ist neu zu beurteilen, wenn die Ehe rechtskräftig geschieden ist und somit für die Frau kein abgeleiteter Anspruch mehr besteht.

4.5 Prämien EU/EFTA

Für Versicherte mit Wohnsitz in der EU/EFTA, ist die Prämie separat zu berechnen und soll nach *Art. 25 Abs. 3 KVAV* die Kosten decken, die in diesem Staat entstehen. Dies unter Beachtung der Kostenunterschiede (Preisniveaus). Eine Übersicht über die Prämien für Versicherte mit Wohnsitz in der EU/EFTA ist unter *ww.priminfo.admin.ch (-> Prämien EU/EFTA)* zu finden.

Bei der Prämienerhebung ist zu beachten, dass sie grundsätzlich monatlich – ohne Zustimmung des Versicherten auch quartalsweise erfolgen kann. Sie wird in Schweizer Franken (CHF) oder in Euro (EUR) erhoben (*Art. 92a KVV*).

Ein Wechsel von der Prämie bei Wohnsitz in der Schweiz nach der Prämie bei Wohnsitz in der EU/EFTA muss zum Zeitpunkt der Änderung des Sachverhalts bzw. zum Zeitpunkt der Wohnsitzverlegung vorgenommen werden, das bedeutet ggf. auch rückwirkend.

4.5.1 Nichtbezahlung der Prämie und Kostenbeteiligung (Art. 105m KVV)

4.5.1.1 Einziehung von Forderungen bei Wohnsitz in der EU/EFTA

Infolge des elektronischen Datenaustauschs mit den EU/EFTA-Staaten (EESSI) ist in Bezug auf die Einziehung von Forderungen bei Wohnsitz in der EU/EFTA neu zu verfahren. *Art. 105m Abs. 2 KVV* ist neu auszulegen.

Wenn eine Person mit Wohnsitz in der EU/EFTA ihre Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlt, muss der Versicherer ein Ersuchen um grenzüberschreitende Eintreibung der offenen Forderungen an den Wohnstaat richten.

Damit das Betreibungsverfahren reibungslos durchgeführt werden kann, sind gewisse Vorgaben einzuhalten.

> Die Betreibungsersuchen müssen die Voraussetzungen nach *Art. 78 VO 987/2009* erfüllen. Es muss sich um ein **Original** oder um eine **beglaubigte Kopie** eines schweizerischen Vollstreckungstitels handeln. Die Forderung an den Schuldner muss also in Verfügungsform verfasst sein und die Vollstreckbarkeit muss nachgewiesen sein.
>
> Die **Vollstreckbarkeit** ist durch folgende Dokumente nachgewiesen (*Art. 54 und 62 Abs. 2 ATSG*):
>
> - formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide
> - rechtskräftige Entscheide kantonaler Versicherungsgerichte
> - Entscheide des schweizerischen Bundesgerichts.
>
> Mahnungen oder Zahlungserinnerungen ohne Rechtsmittelbelehrung erfüllen die Voraussetzungen der Vollstreckbarkeit **nicht**.
>
> Auf Betreibungsersuchen wird nur dann eingegangen, wenn die Forderung mindestens 350 EUR beträgt.

Praxistipp
Bitte verwenden Sie für das Betreibungsersuchen den entsprechenden BUC **(SED R017)**. Bei den mit einem «*» gekennzeichneten Feldern handelt es sich um Pflichtfelder. Mit einem korrekt ausgefüllten R017 tragen Sie zu einem effizienten und reibungslosen Ablauf des Betreibungsverfahrens bei.
Vergessen Sie nicht, die Dokumente, welche Sie zur Forderung an den Schuldner berechtigen, beizufügen.

- Original oder beglaubigte Kopie des Vollstreckungstitels
- Forderung mindestens 350 EUR
- R017 vollständig ausgefüllt

Praxistipp
Informationen zu den Verfahren in den einzelnen Staaten und die dort zuständigen Stellen finden Sie hier: Recovery procedures (nur in englischer Sprache verfügbar).

Ist der Schuldner nicht zahlungsfähig, wird die Forderung nicht von einer anderen Stelle übernommen.

Die für die Betreibung zuständigen Behörden prüfen lediglich die **aktuelle finanzielle Situation**. Kann der Schuldner die Forderung zwar nicht heute, aber zu einem späteren Zeitpunkt begleichen, müssen Sie das Betreibungsersuchen erneut einreichen.

Schlägt der Schuldner von sich aus eine Ratenzahlung vor, erhalten Sie von der zuständigen Behörde eine Mitteilung hierüber.

Achtung
Um eine Forderung im Rahmen dieses Vollstreckungsverfahrens einzutreiben zu können, muss der Schuldner nicht zwingend (noch) bei Ihnen versichert sein. Das Vollstreckungsverfahren ist in gleichem Masse für ehemalige Versicherte anwendbar.

Bei Grenzgängerinnen und Grenzgängern können in der Schweiz befindliche Vermögenswerte mit einem Arrest belegt werden (**Arrestbetreibung**). Die Vermögenswerte des Schuldners werden dabei mit einem vollstreckungsrechtlichen Beschlag belegt. Darunter fällt auch der Teil des Lohnanspruchs gegenüber seinem Arbeitgeber, welcher das betreibungsrechtliche Existenzminimum übersteigt (höchstens auf die Dauer eines Jahres).

Detaillierte Hinweise finden Sie auch im *Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit vom 25. Mai 2022.*

4.5.1.2 Leistungsaufschub, wenn der Träger des Wohnstaats das Betreibungsverfahren nicht einleitet

Art. 105m Abs. 2 KVV sieht vor, dass Versicherte mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat, die ihre Prämien und Kostenbeteiligungen nicht bezahlen, zuerst gemahnt und auf die Folgen des Zahlungsverzugs hingewiesen werden müssen.

Leitet der Träger des Wohnstaats das in 4.5.1.1 Einziehung von Forderungen bei Wohnsitz in der EU/EFTA beschriebene Verfahren trotz einer Mahnung nicht innerhalb von neun Monaten nach Übermittlung des Ersuchens ein, **kann** der Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für medizinische Behandlungen aufschieben, bis die ausstehenden Prämien vollständig bezahlt sind.

Gleichzeitig benachrichtigt der Krankenversicherer den aushelfenden Träger am Wohnort des Versicherten über den Leistungsaufschub (4.8.1 Mitteilung über das Ende des Leistungsanspruchs). Hierfür ist das SED S016 zu verwenden. Sind die ausstehenden Prämien und Kostenbeteiligungen schliesslich vollständig bezahlt, müssen die Kosten für Leistungen in diesem Zeitraum vom Krankenversicherer übernommen werden.

Beispiel

Eine versicherte Person lebt in Spanien und ist über das S1 bei der INSS Alicante registriert. Auch nach mehrmaliger Aufforderung und dem Hinweis auf den Leistungsaufschub bezahlt er seine Prämie nicht. Wie gehen Sie weiter vor?

Lösung

Sie informieren den aushelfenden Träger in Spanien über das Ende des Leistungsanspruchs mit dem SED S016, wenn dieser nicht innerhalb von neun Monaten das Betreibungsverfahren einleitet.

Wird ein Leistungsaufschub nach *Art. 105m Abs. 2 KVV* verhängt und das SED S016 versandt, muss die Person für die medizinischen Behandlungen selbst aufkommen. Ist die Person in einer finanziell ungünstigen Lage, wird ihre Situation durch den Leistungsaufschub verschärft. Den Krankenversicherer trifft keine gesetzliche Pflicht, den Leistungsaufschub anzuordnen. Vielmehr handelt es sich um eine Kann-Bestimmung. Dieser Handlungsspielraum sollte für eine einzelfallbezogene Lösungsfindung genutzt werden (z.B. Ratenzahlung, Verrechnung).

4.5.2 Prämienverbilligung

4.5.2.1 Prämienverbilligung durch den Bund

Rentner, die in einem EU-/EFTA-Staat wohnen und in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, haben Anspruch auf Prämienverbilligung über die Gemeinsame Einrichtung KVG (*Art. 18 Abs. 2quinquies KVG*). Der Anspruch auf Prämienverbilligung muss mittels amtlichen Formulars jährlich neu geltend gemacht werden. Die Auszahlung erfolgt durch die Gemeinsame Einrichtung KVG an den Krankenversicherer, welcher die Prämie entsprechend reduziert. Finanziert wird die Prämienverbilligung durch den Bund (*Art. 66a Abs. 2 KVG*).

Die Prämienverbilligung kommt zum Tragen, wenn die aktuelle Durchschnittsprämie im Wohnstaat pro Jahr höher liegt als sechs Prozent des massgebenden, zu berücksichtigenden Einkommens. Dies wird an Hand des Antrags des Rentners ermittelt,

wobei die Kaufkraft im Wohnstaat bei der Berechnung berücksichtigt wird. Das Verfahren ist in der Verordnung über die Prämienverbilligung in der Krankenversicherung für Rentner, die in einem EU-Staat, in Island oder Norwegen wohnen (*VPVKEG*) geregelt.

4.5.2.1 Prämienverbilligung durch die Kantone

Die Kantone gewähren Versicherten, die in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben, Prämienverbilligung, wenn sie zu den folgenden Personenkategorien gehören und ihren Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat haben (*Art. 65a KVG*):

- Grenzgänger und ihre Familienangehörigen,
- Familienangehörige von Kurzaufenthaltern, Aufenthaltern und Niedergelassenen und
- Personen, die Leistungen der schweizerischen Arbeitslosenversicherung beziehen und ihren Familienangehörigen.

4.5.3 Besondere Versicherungsformen

Die Wahl einer besonderen Versicherungsform (wählbare Jahresfranchise, eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer, Bonusversicherung) fördert die Eigenverantwortung der versicherten Personen und trägt damit zur Kosteneinsparung bei.

Bei Personen, die in der EU/EFTA wohnen und in der Schweiz nach KVG versichert sind, richtet sich der Leistungsanspruch im Wohnstaat nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats (5.4 Leistungen im Wohnstaat (EU/EFTA)). Sie sind in der Regel den Leistungserbringern im Wohnstaat näher als denen in der Schweiz. Die Förderung der Eigenverantwortung und der damit verbundenen Kosteneinsparung geht bei diesen Personen am Ziel vorbei.

Darum stehen die besonderen Versicherungsformen nach den Artikeln 93-101 KVV den Personen mit Wohnsitz in der EU/EFTA nicht offen (*Art. 101a KVV*).

4.6 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet, wenn die Person nicht mehr der Versicherungspflicht untersteht (*Art. 5 Abs. 3 KVG*) bzw. wenn die nach *Art. 1 Abs. 2 lit. d. und e. KVV* versicherungspflichtigen Personen die Voraussetzungen für die Unterstellung unter die schweizerische Krankenversicherung nicht mehr erfüllen (*Art. 7 Abs. 8 KVV*). Das Koordinationsrecht regelt, welcher Staat wie lange für die Versicherung zuständig ist (vgl. 3 Anzuwendende Sozialversicherungsvorschriften). Die Versicherung nach KVG muss so lange bestehen bleiben, wie die Schweiz für die Sozialversicherung auf Basis des Koordinationsrechts zuständig ist. Endet die Zuständigkeit der Schweiz, ist die Versicherung ohne Berücksichtigung von Kündigungsfristen zu beenden.

Verspätete Meldungen von Änderungen in der Zuständigkeit eines Staats sind oftmals mit einem Mehraufwand für Prämienerstattungen und Leistungsrückforderungen verbunden.

Das folgende Beispiel zeigt eine **verspätete Mitteilung der Sachverhaltsänderung** auf.

Beispiel

Ein Grenzgänger mit Wohnsitz in Deutschland ist seit ein paar Jahren bei Ihnen krankenversichert. Sein Arbeitsverhältnis wird zum 15. Juli beendet. Ab 16. Juli erhält er Arbeitslosengeld aus Deutschland. Sie erhalten erst am 10. September Kenntnis davon und fragen sich, zu welchem Datum sie die Versicherung beenden müssen.

Lösung

Da die Person ab 16. Juli infolge des Arbeitslosengeldbezuges aus Deutschland nicht mehr der Versicherungspflicht in der Schweiz unterliegt, ist die Versicherung zum 15. Juli zu beenden. Allfällige Prämien sind zurückzuerstatten. Leistungen können zurückgefordert werden.

Praxistipp
Vermeiden Sie aufwändige Rückabwicklungen, in dem Sie frühzeitig auf Sachverhaltsänderungen reagieren. Ergreifen Sie Präventivmassnahmen wie beispielsweise regelmässige Bestandsprüfungen. Erste Anzeichen können sich ergeben, wenn die Korrespondenz nicht mehr zugestellt werden kann (vgl. 8.3 Adresse unbekannt oder nicht mehr aktuell).

Da in der Schweiz kein Meldeverfahren zwischen Arbeitgeber/ Arbeitnehmer und Sozialversicherungsträger existiert, sind Sie auf die Angaben der versicherten Person angewiesen (vgl. Verwaltungshilfe Mitwirkungspflichten).

Die Versicherung nach KVG darf erst beendet werden, wenn die Versicherungspflicht in der Schweiz nachweislich endet. Sie darf nicht alleine mit der Begründung beendet werden, die Person verlege ihren Wohnsitz ins Ausland. Verlangen Sie gegebenenfalls einen Nachweis über die Versicherung im neuen Wohnstaat, beispielsweise in Form des Formulars E 104 bzw. SED S040/S041.

Beachten Sie bitte auch das *Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit vom 13. Dezember 2017,* insbesondere *Ziffer 5*, welches Versicherungsbeginn und –ende von Kurzaufenthaltern und in Sonderfällen näher erläutert.

4.7 Beginn der Eintragung im Ausland

Sobald Sie festgestellt haben, dass die Krankenversicherung nach KVG durch- bzw. weitergeführt werden muss, hat sich die Person im Wohnstaat im Rahmen der Leistungsaushilfe eintragen zu lassen (*Art. 24 Abs. 1 Satz 1 VO 987/2009*). Mit der Eintragung erhält die versicherte Person Sachleistungen vom Träger des Wohnstaats nach den für den Wohnstaat geltenden Rechtsvorschriften (*Art. 17, 22, 24, 25 und 26 VO 883/2004*). Die Kosten der Sachleistungen werden dabei vom Träger des Wohnstaats übernommen und Ihnen weiterverrechnet (vgl.7 Erstattungsverfahren).

Beachten Sie bitte, dass eine Rückvergütung von selbst übernommenen Kosten der versicherten Person direkt durch den zuständigen schweizerischen Krankenversicherer **nicht** vorgesehen ist. Die Regelungen der Erstattung von selbst bezahlten Kosten gilt ausschliesslich für Personen, die sich vorübergehend in einem anderen Staat aufhalten. Personen mit Wohnsitz in einem anderen Staat machen die Kostenerstattung beim Träger des Wohnorts geltend. Falls eine versicherte Person, die über die Leistungsaushilfe im Wohnstaat eingetragen ist, bei Ihnen um Kostenerstattung bittet, verweisen Sie diese bitte an den Träger des Wohnorts

Zur Geltendmachung ihres Anspruchs auf Sachleistungen im Wohnstaat, benötigt die versicherte Person eine Anspruchsbescheinigung.

Die Anspruchsbescheinigung wird entweder direkt vom zuständigen Krankenversicherer ausgestellt, sobald die Wohnsitzverlegung bekannt ist oder auf Antrag des aushelfenden Trägers im Wohnstaat über das Formular E 107 (*Art. 24 Abs. 1 Satz 2 VO 987/2009*), falls sich die versicherte Person zuerst an den Träger des Wohnstaats wendet. Detaillierte Informationen zu den Leistungsansprüchen finden Sie unter Kapitel 5 Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat.

Als Anspruchsbescheinigung für den Beginn der Eintragung ist die Bescheinigung S1 zu verwenden.

Die Eintragung beginnt normalerweise mit der Verlegung des Wohnsitzes in den anderen Staat. Die Anspruchsbescheinigungen sind immer dem Träger des Wohnstaats vorzulegen, nie dem Leistungserbringer. Weisen Sie Ihre Versicherten ggf. darauf hin.

Achtung
Sobald Sie eine Bescheinigung S1 oder ein E-Formular ausstellen, bestätigen Sie den vollumfänglichen Anspruch auf Sachleistungen der versicherten Person in ihrem Wohnstaat. Die Ausstellung einer Anspruchsbescheinigung ist mit der Erteilung einer Kostengutsprache für den Wohnstaat gleichzusetzen und verspflichtet Sie, die

anschliessenden Kostenforderungen auf Basis der ausgestellten Anspruchsbescheinigung zu begleichen. Dies gilt auch für Familienangehörige, welche vom Träger des Wohnstaats als anspruchsberechtigt erklärt und über die Leistungsaushilfe eingetragen werden (vgl. 3.9 Nicht erwerbstätige Familienangehörige).

Praxistipp
Stellen Sie die Anspruchsbescheinigung erst dann aus, wenn Sie sich sicher sind, dass eine Versicherung bei Ihnen zustande kommt bzw. zustande gekommen ist und die Person nicht von einem allfälligen Optionsrecht Gebrauch gemacht hat. Eine Möglichkeit wäre auch, die Anspruchsbescheinigung erst nach Ablauf der Frist für das Optionsrecht auszustellen (drei Monate). Erkundigen Sie sich vor dem Ausstellen der Anspruchsbescheinigung über eventuell mitzuversichernde Familienangehörige und versichern Sie diese gegebenenfalls.

Checkliste am Ende des Kapitels

Auf was Sie beim Ausstellen der Anspruchsbescheinigung und beim Empfang der Eintragungsbestätigung achten müssen:

Ausstellen der Anspruchsbescheinigung
- Wann erfolgt die Wohnsitzverlegung?
- Wann beginnt der Leistungsanspruch im Wohnstaat?
- Kommt eine Versicherung tatsächlich zustande oder spricht etwas dagegen?
- Ist die Frist zur Geltendmachung des Optionsrechts schon abgelaufen?

Empfang der Eintragungsbestätigung
- Sind Familienangehörige eingetragen, die nicht bei uns versichert sind? Wenn ja, dann ist die Versicherung schnellstmöglich durchzuführen.

4.8 Dauer der Eintragung im Ausland

Die Entscheidung, wie lange eine Anspruchsbescheinigung zu gelten hat, liegt grundsätzlich beim zuständigen Träger. Die Anspruchsbescheinigung gilt solange, bis der zuständige Träger den aushelfenden Träger des Wohnstaats über seinen Widerruf informiert (*Art. 24 Abs. 2 VO 987/2009*).

Informieren Sie den aushelfenden Träger rechtzeitig und unverzüglich über Änderungen, die zum Widerruf oder zur Beendigung einer Eintragung führen können (z.B. Ende der Versicherung bei Ihnen).

Neben dem zuständigen Träger kann auch der aushelfenden Träger über die Dauer der Eintragung entscheiden. Der Träger des Wohnorts hat die Aufgabe zu prüfen, ob die Voraussetzung der Eintragung weiterhin erfüllt ist. Fällt die Voraussetzung zur Eintragung weg, informiert Sie der Träger des Wohnstaats über die Beendigung der Eintragung über das SED S018.

Checkliste am Ende des Kapitels

Auf was Sie bei der Dauer der Registrierung im Wohnstaat achten müssen:

- Besteht im Wohnstaat weiterhin Anspruch?
- Liegen wichtige Informationen vor, die Einfluss auf die Eintragung haben können?
- Werden die Informationen rechtzeitig verarbeitet und dem Wohnortträger mitgeteilt?

4.9 Ende der Eintragung im Ausland

Zur Bescheinigung über den Anspruch auf Leistungen in einem anderen Staat gehört nicht nur ein Beginndatum sondern auch ein Enddatum. Die Beendigung des Anspruchs auf Leistungsaushilfe kann aus verschiedenen Gründen erfolgen, auf welche in den folgenden Kapiteln eingegangen wird. Die Mitteilung erfolgt entweder durch Sie oder durch den Träger des Wohnstaats.

Achtung
Eine rechtzeitige Mitteilung über die Beendigung des Anspruchs ist äusserst wichtig. Verspätete Mitteilungen können dazu führen, dass Kostenrechnungen bezahlt werden müssen, die sich auf einen Zeitpunkt beziehen, zu welchem die Person nicht mehr bei Ihnen versichert war. Die Erstattung der Sachleistungskosten endet grundsätzlich mit dem Tag der Streichung der Eintragung, welcher dem zuständigen Träger vom Wohnortträger mitgeteilt wird (*Fall 1, Teil I Nr. 3 Beschluss S6 der Verwaltungskommission*), oder mit dem Tag des Widerrufs der Anspruchsbescheinigung, welcher dem Wohnortträger vom zuständigen Träger mitgeteilt wird (*Fall 2; Teil I Nr. 3 Beschluss S6 der Verwaltungskommission*). Der Zeitraum zwischen dem Enddatum des Anspruchs bzw. der Eintragung und dem Zeitpunkt der Übermittlung dieser Information muss möglichst kurzgehalten werden.

4.9.1 Mitteilung über das Ende des Leistungsanspruchs

Der zuständige Träger teilt dem Träger des Wohnorts mit, dass die von ihm ausgestellte Anspruchsbescheinigung beendet wird.

Mögliche Gründe für die Beendigung sind:

- Wechsel des Krankenversicherers
- Verlegung des Wohnsitzes zurück in die Schweiz
- Verlegung des Wohnsitzes in einen anderen Staat

Achtung
Der Formulierung in *Art. 24 Abs. 2 Satz 1 VO 987/2009* («Das in Absatz 1 genannte Dokument gilt solange, bis der zuständige Träger den Träger des Wohnorts über seinen Widerruf informiert.») könnte man entnehmen, dass die Anspruchsbescheinigung bis zum Eingang der Mitteilung durch den zuständigen Träger gilt, so wie es in *Art. 17 Abs. 2 der alten Durchführungsverordnung Nr. 574/72* erwähnt war. Der Rechtsdienst des Sekretariats der Verwaltungskommission hat jedoch in einer ausführlichen Stellungnahme bestätigt, dass nicht der Eingang der Mitteilung Ausschlag gebend ist, sondern der tatsächliche Wechsel der anzuwendenden Rechtsvorschriften. Der mitteilende Träger bleibt jedoch gegenüber dem Wohnortträger erstattungspflichtig, wenn die Information verspätet beim (bisherigen) aushelfenden Träger eintrifft. Seien Sie sich bitte bewusst wie wichtig es ist, Informationen rechtzeitig mitzuteilen.

Bei einer **Leistungssperre** infolge Nichtbezahlung der Prämie muss das Ende des Leistungsanspruchs dem aushelfenden Träger ebenfalls umgehend, ohne zeitliche Verzögerung mitgeteilt werden. Im Koordinationsrecht sind hierfür keine Vorgaben zu finden. Wählen Sie das Datum, ab welchem die Leistungssperre gelten soll so, dass der aushelfende Träger noch genügend Zeit hat, dies zu verarbeiten und ggf. den Versicherten zu informieren (z.B. Entscheid, dass eine Leistungssperre verhängt wird am 20. Mai; Ende des Leistungsanspruchs am 30. Juni).

4.9.2 Mitteilung über das Ende der Registrierung

Der aushelfende Träger teilt dem zuständigen Träger mit, dass der Anspruch auf Leistungsaushilfe im Wohnstaat wegfällt.

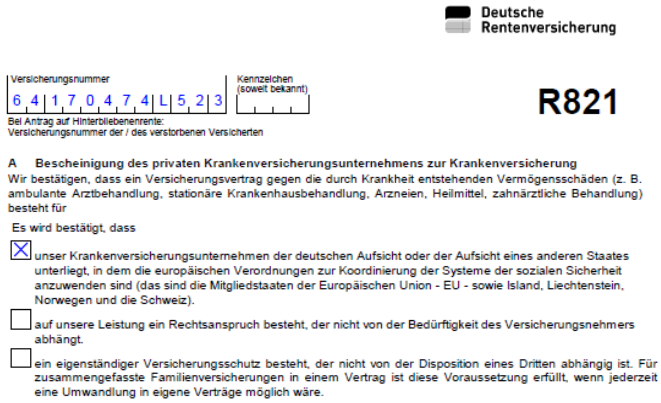
Mögliche Gründe für die Beendigung sind:

- Versicherungspflicht im Wohnstaat tritt ein (z.B. wegen Ausübens einer Erwerbstätigkeit)
- Familienangehöriger gehört nicht mehr zum Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen (z.B. wegen Überschreitens der Altersgrenze)
- Verlegung des Wohnsitzes in einen anderen Staat
- Tod

4.10 Verschiedenes

4.10.1 Formular R821 der Deutschen Rentenversicherung

Personen, die eine Rente der Deutschen Rentenversicherung beziehen und in einem EU-/EFTA-Staat gesetzlich krankenversichert sind, erhalten unter bestimmten Umständen einen Zuschuss zu ihrer Prämie. Damit die Personen diesen Zuschuss geltend machen können, wird ihnen vom Rentenversicherungsträger das Formular R821 ausgehändigt mit der Bitte, dies von der zuständigen Krankenversicherung bestätigen zu lassen. Ist die Person bei Ihnen versichert und reicht Ihnen das Formular ein, können Sie dieses bedenkenlos bestätigen. Wichtig ist, dass Sie auf der zweiten Seite ausschliesslich das erste Kästchen ankreuzen, in welchem es heisst […] unser Krankenversicherungsunternehmen […] und der Schweiz.



Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: 64 170 474 L 523
Kennzeichen (soweit bekannt):
Bei Antrag auf Hinterbliebenenrente: Versicherungsnummer der / des verstorbenen Versicherten

R821

A Bescheinigung des privaten Krankenversicherungsunternehmens zur Krankenversicherung

Wir bestätigen, dass ein Versicherungsvertrag gegen die durch Krankheit entstehenden Vermögensschäden (z. B. ambulante Arztbehandlung, stationäre Krankenhausbehandlung, Arzneien, Heilmittel, zahnärztliche Behandlung) besteht für

Es wird bestätigt, dass

☒ unser Krankenversicherungsunternehmen der deutschen Aufsicht oder der Aufsicht eines anderen Staates unterliegt, in dem die europäischen Verordnungen zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit anzuwenden sind (das sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union - EU - sowie Island, Liechtenstein, Norwegen und die Schweiz).

☐ auf unsere Leistung ein Rechtsanspruch besteht, der nicht von der Bedürftigkeit des Versicherungsnehmers abhängt.

☐ ein eigenständiger Versicherungsschutz besteht, der nicht von der Disposition eines Dritten abhängig ist. Für zusammengefasste Familienversicherungen in einem Vertrag ist diese Voraussetzung erfüllt, wenn jederzeit eine Umwandlung in eigene Verträge möglich wäre.

Bitte geben Sie ausserdem im folgenden Feld die Höhe der monatlichen Prämie an. Mit „Höhe des Beitrages“ ist hier die Höhe der Prämie bei Ihrem Krankenversicherer gemeint.

Beispiel:

Höhe des Beitrages ohne Anspruch auf Krankentagegeld

vom - bis	monatlich
01.01.2014 - 31.12.2014	238,00 EUR

5 Leistungen im Wohn- und Aufenthaltsstaat

Der Anspruch auf Leistungen in einem anderen Staat entsteht, wenn ein Versicherter sich in einem anderen Staat vorübergehend aufhält oder seinen Wohnsitz in einem anderen Staat hat und eine medizinische Behandlung benötigt und seinen Anspruch auf die medizinische Behandlung mittels einer Anspruchsbescheinigung nachweist. Ist der Anspruch nachgewiesen, werden die Kosten für die medizinische Behandlung über das Verfahren der **internationalen Leistungsaushilfe** abgewickelt.

In den beiden folgenden Kapiteln werden die Grundalgen für den Anspruch auf Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt und Leistungen im Wohnstaat erläutert und welche Fallkonstellationen es im Rahmen der Leistungsinanspruchnahme zu unterscheiden gilt.

5.1 Tarifschutz

Nach *Art. 44 KVG* müssen sich die Leistungserbringer an die vertraglich oder behördlich festgelegten Tarife und Preise halten und dürfen für Leistungen nach KVG keine weitergehenden Vergütungen berechnen. Dies gilt für Behandlungen in der Schweiz von nach KVG versicherten Personen wie auch für Versicherte aus der EU/EFTA, die Anspruch auf internationale Leistungsaushilfe **in der Schweiz** über die Gemeinsame Einrichtung KVG (aushelfender Träger) haben.

Versicherte Personen nach KVG geniessen beim Aufenthalt **in der EU/EFTA** den Tarifschutz gleichermassen, sofern sie ihren Anspruch auf Leistungen mittels eines Anspruchsnachweises (z.B. Europäische Krankenversicherungskarte) belegen können. Der Tarifschutz gilt nach den Rechtsvorschriften des Aufenthalts- oder Wohnstaats.

5.2 Unterschiedliche Leistungskataloge und Kostenbeteiligungen in den anderen Staaten

Generell gilt, dass versicherte Personen aus der Schweiz, die sich vorübergehend in der EU/EFTA aufhalten oder ihren Wohnsitz dort haben, ihre medizinischen Behandlungen zu denselben Bedingungen wie die Angehörigen des jeweiligen Staats in Anspruch nehmen können. Der Anspruch auf Sachleistungen ist in Art und Umfang identisch mit dem eines Versicherten des Aufenthalts- bzw. Wohnstaats (*Art. 17,* Art. *19 Abs. 1 und Art. 24 VO 883/2004*). Dieser Grundsatz resultiert u.a. aus dem Gleichbehandlungsgebot nach *Art. 4 VO 883/2004*.

Die unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme in der EU/EFTA machen einen Vergleich mit dem Leistungsumfang nach KVG unmöglich. Von den Leistungen der Grundversorgung, wie z.B. ambulante ärztliche Behandlung oder stationäre Behandlung abgesehen, gibt es zum Teil erhebliche Unterschiede.

So kann es vorkommen, dass ein Versicherter bei Aufenthalt in einem anderen Staat einen Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften dieses Staats hat, welche nach KVG keine Pflichtleistungen darstellen. Im umgekehrten Fall kann ein Versicherter bei Aufenthalt in der EU/EFTA in die Situation geraten, dass ihm dort medizinische Behandlungen nicht gewährt werden, die in der Schweiz aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen würden.

Im Rahmen des ordentlichen Verfahrens der Leistungsaushilfe (Erstattung nach effektiven Kosten) müssen Sie also damit rechnen, dass Sie als Versicherer Kosten zu verbuchen haben für medizinische Behandlungen in der EU/EFTA, welche nach Schweizer Recht keine Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung darstellen (Nichtpflichtleistungen).

Auch die Beteiligung an den Kosten für medizinische Behandlungen in der EU/EFTA (Kostenbeteiligung) richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Aufenthalts- bzw. Wohnstaats. Die versicherte Person wird somit nicht nur mit einem anderen Leistungskatalog konfrontiert, sondern auch mit einer unterschiedlichen Ausgestaltung der Kostenbeteiligung, die im einen Staat höher und im anderen Staat niedriger ausfallen kann als in der Schweiz.

Praxistipp
Informationen zu den Leistungsansprüchen und Kostenbeteiligungen bei vorübergehendem Aufenthalt in der EU/EFTA finden Sie unter *www.kvg.org -> Privatpersonen -> Aufenthalt in der EU/EFTA* oder auf der Internetseite der Europäischen Kommission (in allen Amtssprachen).

Achtung
Unabhängig davon, ob der Versicherte seine Kostenbeteiligung bereits nach den Rechtsvorschriften des EU-/EFTA-Staats geleistet, darf er nicht zusätzlich mit der Kostenbeteiligung nach Schweizer Recht belastet werden.

Kostenbeteiligungen, die der Versicherte in der EU/EFTA geleistet hat, sind im Rahmen des KVG nicht erstattungsfähig und zwar auch dann nicht, wenn der Versicherte bereits die volle Kostenbeteiligung (maximale Franchise und maximaler Selbstbehalt) in der Schweiz bezahlt hat (*vgl. Bundesgerichtsentscheid 141 V 612 vom 14. Oktober 2015*).

Die folgenden beiden Beispiele sollen den Unterschied deutlich machen. Vorausgesetzt wird hier, dass der Versicherte im Besitz der Europäischen Krankenversicherungskarte (EKVK) ist und seinen Anspruch auf Leistungsaushilfe damit geltend macht.

Beispiel

Ein Versicherter macht Ferien an der spanischen Mittelmeerküste und muss infolge eines Unfalls am Strand mit der Ambulanz ins nächst gelegene Spital transportiert werden. Nach einer zweistündigen ambulanten Behandlung teilt man ihm mit, dass zwar die Kosten für die medizinische Behandlung über das spanische Gesundheitssystem abgerechnet werden, er aber die Kosten für den medizinischen Transport selbst übernehmen müsse.

Lösung

Das spanische Gesundheitssystem sieht eine Kostenübernahme für medizinisch notwendige Transporte nur vor, wenn sich eine stationäre Behandlung anschliesst. Das ist hier nicht der Fall. Auch wenn das Schweizer Recht (KLV) eine Kostenübernahme auch bei ambulanter Behandlung vorsieht, muss dennoch grundsätzlich der Versicherte die Kosten für den Transport in Spanien tragen.

Beispiel

Während einer Rundreise in Finnland verletzt sich ein Versicherter so schwer, dass er mit dem Rettungswagen ins 60 Km entfernte Spital gebracht werden muss. Die Kosten für den Transport (EUR 1‘250) werden über das finnische Gesundheitssystem abgerechnet. Er erhält eine Kostenbeteiligungsrechnung über EUR 9.25 (patient’s co-payment), die er sofort begleicht.

Lösung

Das finnische Gesundheitssystem sieht eine Kostenbeteiligung für medizinisch notwendige Transporte in Höhe von EUR 9.25 vor. Selbst wenn der Versicherte die Jahresfranchise und den Selbstbehalt nach Schweizer Recht noch nicht ausgeschöpft hat, dürfen ihm keine weiteren Kosten belastet werden.

5.3 Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Staat haben der Versicherte und seine Familienangehörigen «Anspruch auf Sachleistungen, die sich während ihres Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen, wobei die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen sind. Diese Leistungen werden vom Träger des Aufenthaltsorts nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften für Rechnung des zuständigen Trägers erbracht, als ob die betreffenden Personen nach diesen Rechtsvorschriften versichert wären» (*Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004*).

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

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

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

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

Allgemeines:

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

Besonderheiten:

Erstkonsultation beim Allgemeinarzt
Wenn die beiden Kriterien Aufenthaltsdauer und Art der Leistung erfüllt sind, sollten die Kosten der Erstkonsultation grundsätzlich ohne weitere Prüfung erstattet werden, da ein erster Arztbesuch in jedem Fall notwendig ist um eine Diagnose zu stellen und ggf. die weitere Behandlung zu beurteilen.

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

Vorerkrankungen
Liegt bei der versicherten Person eine Vorerkrankung vor und ist auf Grund seines Gesundheitszustands oder seiner chronischen Erkrankung davon auszugehen, dass er während seines vorübergehenden Aufenthalts eine Behandlung benötigt, so sind auch diese Kosten im Rahmen von *Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004* zu übernehmen (vgl. *Beschluss S3 der Verwaltungskommission*, siehe auch 5.3.3 Anspruch bei Schwangerschaft, chronischer Erkrankung oder bestehender Krankheit).

5.3.1 Umfang des Leistungsanspruchs

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

Diese Formulierung im Konjunktiv ist besonders wichtig zum Verständnis, weshalb der Leistungsanspruch im anderen Staat nicht identisch ist mit dem Leistungsanspruch und –umfang in der Schweiz. Der Versicherte wird also so gestellt, als wäre er in dem jeweiligen Staat selbst krankenversichert. Der Leistungsanspruch im anderen Staat kann zum Teil erheblich von dem in der Schweiz abweichen. Man muss sich des Unterschieds bewusst sein, vor allem dann, wenn man die anschliessenden Kostenrechnungen bearbeitet, in welchen möglicherweise Leistungen aufgeführt sind, welche keine Pflichtleistung nach KVG darstellen.

Der Umfang des Leistungsanspruchs ist immer in Zusammenhang mit den im vorherigen Kapitel Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt genannten Voraussetzungen zu beurteilen.

Beispiel

Ein Versicherter macht Ferien an der deutschen Ostseeküste. Während des Frühstücks im Hotel bemerkt er, dass seine Zahnprothese im Oberkiefer nicht mehr richtig sitzt. Da ihm dies Schmerzen bereitet beschliesst er, den Zahnarzt im Ferienort aufzusuchen, welcher einen Bruch der Prothese feststellt und diese sofort repariert, damit er seine Ferien unvermindert fortsetzen kann. Er trägt seine EHIC mit sich und erhält, für ihn überraschend, einen Kostenanteil von der dortigen AOK. Den Hauptteil muss er jedoch selbst tragen. Schliesslich fragt er sich, ob diese Kosten über die EHIC überhaupt gedeckt sind, da die Grund-versicherung in der Schweiz dies ja gar nicht vorsieht.

Lösung

Der Leistungsanspruch des Versicherten richtet sich nach den Rechtsvorschriften der Krankenversicherung in Deutschland. Dort ist eine Beteiligung an den Kosten für die zahnärztliche Behandlung vorgesehen. Dieser Anspruch besteht allerdings nur für die Dauer des Aufenthalts in Deutschland und nur für eine zahnärztliche Versorgung, die es ermöglicht, den Aufenthalt fortzusetzen (also z.B. keine aufwändige Prothese). Wäre nach seiner Rückkehr in die Schweiz eine Weiterbehandlung nötig, richtete sich die Kostenübernahme wieder nach Schweizer Recht.

Durch die zeitliche Verzögerung, die sich zwischen der Inanspruchnahme der Leistung und dem Erhalt der Kostenforderung ergibt, sind Ihre Kontrollmöglichkeiten eingeschränkt. Wenn Sie die versicherte Person nicht vorab informiert, merken Sie also erst bei Erhalt der Kostenforderung, dass Leistungen über die Europäische Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen wurden. Die Kosten für medizinische Behandlungen über die Leistungsaushilfe werden nur dann übernommen, wenn ein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt und die Leistungsinanspruchnahme innerhalb der Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats erfolgt. Dennoch kann es vorkommen, dass eine Kostenforderung fehlerhaft ist oder Sie begründetet Zweifel an deren Richtigkeit haben. Hierfür steht Ihnen das Beanstandungsverfahren offen.

Praxistipp
Nicht immer werden alle Kosten über die Leistungsaushilfe abgerechnet. Möglicherweise erhalten Sie für die ärztliche Behandlung eine Kostenabrechnung, für den Medikamentenbezug reicht Ihnen der Versicherte die Rechnung jedoch direkt ein. In diesem Fall empfiehlt es sich, vor der Rückerstattung der Medikamentenkosten die nötigen Informationen beim Versicherten einzuholen. Sie ersparen sich damit eine spätere Prüfung. Notieren Sie sich die notwendigen Angaben (z.B. «war vom 11. bis 25. April in Spanien in den Ferien»).

5.3.2 Geltendmachung des Anspruchs

Um ihren Anspruch auf Leistungen bei Aufenthalt in einem anderen Staat geltend zu machen, legt die versicherte Person dem Leistungserbringer vor Ort ein von seinem zuständigen Krankenversicherer ausgestelltes, gültiges Dokument vor. Das kann die Europäische Krankenversicherungskarte, die provisorische Ersatzbescheinigung oder das Formular E 112/die Bescheinigung S2 sein. Verfügt die versicherte Person nicht über ein solches Dokument, so fordert der aushelfende Träger des Aufenthaltsorts das Dokument beim zuständigen Krankenversicherer an (*Art. 25 Abs. 1 VO 987/2009*).

Beispiel

Ein Versicherter befindet sich zu Ferienzwecken in Südfrankreich. Infolge einer plötzlichen Erkrankung muss er das nächst gelegene Spital in Nizza aufsuchen. Beim Eintritt stellt er fest, dass er seine EHIC zu Hause in der Schweiz vergessen hat. Da die südfranzösische Region jedoch viel Erfahrung bei der medizinischen Behandlung von ausländischen Touristen hat, fordert die Caisse primaire d'assurance maladie in Nice kurzerhand bei Ihnen eine provisorische Bescheinigung als Ersatz für die EHIC an.

Lösung

In diesem Fall fordert der aushelfende Träger vor Ort bei Ihnen als zuständiger Träger ein Dokument an, welches den Anspruch auf Leistungsaushilfe des Versicherten bescheinigt. Hier ist es die provisorische Bescheinigung als Ersatz für die EHIC. Sofern eine gültige KVG-Versicherung bei Ihnen besteht, ist das Dokument auszustellen.

Das obige Beispiel verdeutlicht den Prozess, wie er auf Grundlage von *Art. 25 Abs. 1 VO 987/2009* vorgesehen ist. In der Praxis jedoch wird das Anspruchsdokument in den meisten Fällen nicht vom aushelfenden Träger des Aufenthaltsstaats, sondern vom Leistungserbringer direkt angefordert. Das passiert allerdings nur in Fällen, in welchen der Leistungserbringer die entsprechenden Massnahmen zur Anforderung eines Anspruchsdokuments ergreifen kann, d.h. wenn er über die entsprechenden Mittel verfügt, wie z.B. eine Patientenadministration im Spital.

Sieht das Recht des Aufenthaltsstaats die Rechnungstellung an den Patienten vor (entspricht dem System des „tiers garant" in der Schweiz), fordert der Leistungserbringer dementsprechend kein Anspruchsdokument an. Der Patient kann nach Bezahlung der Behandlungskosten eine Kostenerstattung beantragen (5.3.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen).

5.3.3 Anspruch bei Schwangerschaft, chronischer Erkrankung oder bestehender Krankheit

Begibt sich eine Person zum Zwecke eines vorübergehenden Aufenthalts in einen anderen Staat und wird dort eine medizinische Behandlung infolge einer chronischen Erkrankung, bestehenden Krankheit oder Schwangerschaft notwendig oder erfolgt im Aufenthaltsstaat eine Entbindung oder ist bereits im Voraus eine medizinische Behandlung oder Entbindung absehbar, stellt sich die Frage, ob die Kosten im Rahmen der Leistungsaushilfe auf Grundlage der Europäischen Krankenversicherungskarte zu Lasten des zuständigen Krankenversicherers abzuwickeln sind.

Vor dem Hintergrund der Mobilität der versicherten Personen innerhalb der EU/EFTA ist für den zuständigen Krankenversicherer nicht immer eine klare Abgrenzung zwischen den Leistungsfällen auf Basis der Europäischen Krankenversicherungskarte und Fällen, in welchen sich die Person tatsächlich zum Zwecke der Behandlung in einen anderen Staat begibt (Zustimmungsfälle), möglich.

Der Anspruch auf Leistungen bei vorübergehendem Aufenthalt ist in *Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004* i.V.m. *Art. 25 Abs. 3 VO 987/2009* definiert und berücksichtigt im Kern der Sache auch die europäische Rechtsprechung, wonach eine Krankheit nicht unvorhergesehen bzw. plötzlich auftreten muss, um einen Leistungsanspruch über die Europäische Krankenversicherungskarte zu begründen. Es genügt, dass die Entwicklung des Gesundheitszustands des Versicherten während seines vorübergehenden Aufenthalts mit einer bestehenden bzw. chronischen Krankheit im Zusammenhang steht.

Beschluss S3 der Verwaltungskommission bestätigt, dass auch dann die Kosten im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthalts auf Grundlage von *Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004* vom zuständigen Krankenversicherer übernommen werden müssen, wenn es sich um Leistungen im Zusammenhang « […] mit einer chronischen oder bereits bestehenden Krankheit sowie im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder Entbindung […] » handelt.

Beispiel für eine Kontrolluntersuchung während der Schwangerschaft

Eine Versicherte befindet sich in der 31. Schwangerschaftswoche und verbringt zwei Wochen Ferien an der französischen Atlantikküste, welche sie mit ihrem Partner schon lange vor dem Beginn der Schwangerschaft gebucht hat. Am vorletzten Tag der Ferien verspürt sie plötzlich ein ungewöhnliches „Ziehen“ im Bauch. Da ihr eine lange Rückreise mit dem Auto bevorsteht beschliesst sie, die Situation beim nächst gelegenen Gynäkologen abklären zu lassen. Sie fragt sich, ob die Behandlungskosten über die EHIC abgedeckt sind.

Lösung

Da die Leistung im Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft besteht, ist Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004 anzuwenden. Die Behandlungskosten sind über die EHIC abgedeckt. Es darf im Nachhinein keine Rückforderung an die Versicherte erfolgen mit der Begründung, es handelte sich um eine geplante Behandlung im Rahmen der Schwangerschaft.

Was die **Entbindung** in einem anderen Staat betrifft, geht die Verwaltungskommission für die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit noch weiter, in dem die Kosten auch dann auf Basis der Europäischen Krankenversicherungskarte abzurechnen sind, wenn die Entbindung dem Zwecke der Familienzusammenführung dient oder wenn die Entbindung in dem Staat erfolgen soll, in welchem der Vater oder die Familie wohnt, um in ihrer Nähe zu sein oder familiäre Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Mit anderen Worten soll die Entbindung nur deshalb im anderen Staat erfolgen, weil dort der Partner oder die Familie wohnt (vgl. auch *Informationsschreiben des BAG vom 9. Dezember 2019*).

Beispiel für Entbindung zum Zweck der Familienzusammenführung

Eine in der Schweiz lebende und erwerbstätige Versicherte ist schwanger. Ihr Partner lebt in Deutschland, wo er selbst erwerbstätig ist. Der voraussichtliche Geburtstermin des gemeinsamen Kindes ist der 16. Juli. Sie möchte für die Geburt gerne in der Nähe ihres Partners sein und auch von seiner Hilfe profitieren. Da sie gesundheitliche Probleme hat, holt sie ihr Partner schon Anfang Juni ab. Nach der Geburt möchte sie baldmöglichst wieder in die Schweiz zurückkehren und nach Ende ihres Mutterschaftsurlaubes ihre Tätigkeit wiederaufnehmen. Sie fragt im Voraus bei Ihnen an, ob die Kosten über die EHIC gedeckt sind.	Lösung	Der eigentliche Zweck ihres Aufenthalts ist nicht die Entbindung selbst, sondern der Wunsch der Familienzusammenführung bzw. die Nähe ihres Partners während der Entbindung und der Zeit davor wie auch danach. Die Kosten der Entbindung sind somit über die Europäische Krankenversicherungskarte gedeckt.

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

Unabhängig des Gesundheitszustands einer Person muss ihr das Recht auf Freizügigkeit gewährt werden. Ist vor Antritt der Reise in einen anderen Staat schon absehbar, dass die versicherte Person während ihres vorübergehenden Aufenthalts eine lebenswichtige medizinische Behandlung benötigt, die nur in spezialisierten medizinischen Einrichtungen verfügbar ist und/oder in Einrichtungen, die mit entsprechenden Geräten und/oder entsprechendem Fachpersonal ausgestattet sind, ist eine vorherige Vereinbarung zwischen der versicherten Person und der medizinischen Einrichtung erforderlich, um sicherzustellen, dass die Behandlung während ihres Aufenthalts verfügbar ist und erbracht werden kann.

Dies gilt insbesondere für (Liste ist nicht abschliessend)

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

Beispiel für chronische Erkrankung

Ein Versicherter leidet an einer schweren Nierenerkrankung und benötigt mehrmals in der Woche eine Dialyse. Dennoch möchte er nicht auf seine Ferien verzichten. Auf einer spanischen Insel klärt er mit dem Deutsch sprechenden Personal des Dialysezentrums vor Ort die Termine ab. Da die Behandlung im Voraus feststeht hat er Zweifel, ob seine Krankenkasse die Kosten für die Dialyse übernimmt und fragt bei Ihnen an.

Lösung

(Lebensnotwendige) Behandlungen im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung fallen ebenfalls unter Art. 19 Abs. 1 VO 883/2004. Die Behandlungskosten sind über die EHIC abgedeckt, obwohl die Behandlungen im Voraus feststehen.

Hinweis: Der Zweck des Aufenthalts ist nicht die Behandlung, sondern der Ferienwunsch.

Achtung
Nur dann, wenn die Person sich offenkundig **zum Zwecke der Behandlung bzw. Entbindung** in einen anderen Staat begibt, indem sie dies entweder im Voraus erklärt hat oder es an Hand der äusseren Umstände erkennbar ist, ist eine Kostenübernahme über die Europäische Krankenversicherungskarte nicht gegeben. Nur in diesen Fällen wäre eine Genehmigung durch den zuständigen Krankenversicherer erforderlich (Zustimmungsfälle).

5.3.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen

Wie im Kapitel 5.3.2 Geltendmachung des Anspruchs beschrieben, kann sich der Versicherte im Aufenthaltsstaat direkt an den Leistungserbringer wenden, um die medizinische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Die Kosten für die stationäre Behandlung werden normalerweise vom Leistungserbringer mit dem aushelfenden Träger im Aufenthaltsstaat abgerechnet. Bei ambulanter Behandlung, Medikamentenbezug etc. erhalten die Versicherten hingegen oftmals eine Rechnung vom Leistungserbringer (entspricht dem System des «tiers garant» in der Schweiz). Nach Bezahlung der Rechnung kann der Versicherte auf verschiedene Art und Weise seinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten geltend machen. Auf diese Möglichkeiten wird in den folgenden Kapiteln eingegangen.

5.3.4.1 Erstattung durch den Träger des Aufenthaltsstaats

Ermöglichen es die im Aufenthaltsstaat geltenden Rechtsvorschriften, dass die Kosten dem Versicherten erstattet werden, so kann er die Erstattung beim Träger des Aufenthaltsorts beantragen. In diesem Fall erstattet ihm der aushelfende Träger direkt den entsprechenden Betrag innerhalb der Grenzen und Bedingungen der nach seinen Rechtsvorschriften geltenden Erstattungssätze (*Art. 25 Abs. 4 VO 987/2009*).

Achtung
Die im Aufenthaltsstaat berechneten und vom Versicherten bezahlten Kostenbeteiligungen sind aus der Grundversicherung in der Schweiz nicht erstattungsfähig und dürfen auch nicht auf die Jahresfranchise bzw. den Selbstbehalt angerechnet werden.

Beispiel

Nach der stationären Behandlung im Spital in Nizza muss der Versicherte noch zweimal zur ambulanten Kontrolle, bevor seine Ferien schliesslich zu Ende sind. Die Rechnung des Arztes über EUR 250 bezahlt er selbst und reicht sie bei der Caisse primaire d'assurance maladie in Nice ein, welche bereits die provisorische Ersatzbescheinigung für ihn angefordert hat. Diese erstattet ihm lediglich 60%, also EUR 150. Da er seine Jahresfranchise in der Schweiz bereits erreicht hat, reicht er die Rechnung bei Ihnen nochmals ein mit der Bitte um Erstattung der restlichen EUR 100.

Lösung

Nicht nur der eigentliche Anspruch auf Leistungen richtet sich nach den Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaats, sondern auch die Pflicht zur Zahlung der Kostenbeteiligung. Eine Erstattung der nach den französischen Rechtsvorschriften angerechneten Kostenbeteiligung durch die schweizerische Grundversicherung ist nicht zulässig.

5.3.4.2 Erstattung durch den zuständigen Krankenversicherer nach dem Recht und den Tarifen des Aufenthaltsstaats

Hat der Versicherte die Erstattung der Kosten nicht unmittelbar beim Träger des Aufenthaltsorts beantragt oder konnte er sie dort nicht beantragen und reicht nun die Rechnung direkt bei Ihnen ein, richtet sich die Kostenübernahme nach dem Recht und den Tarifen des Aufenthaltsstaats. Um den zu erstattenden Betrag zu erfahren, verwenden Sie bitte für Ihre Anfrage beim Träger des Aufenthaltsstaats das Formular E 126/ SED S067.

Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrags berücksichtigt der Träger des Aufenthaltsstaats die dort geltenden Tarife und Kostenbeteiligungen. Auf dem Formular E 126/ S068 gibt er Ihnen die erforderlichen Auskünfte zum Erstattungsbetrag. Den mitgeteilten Betrag erstatten Sie anschliessend dem Versicherten (*Art. 25 Abs. 5 VO 987/2009*), ohne weitere Abzüge vorzunehmen. Führt der Träger des Aufenthaltsstaats auf dem Formular E 126/ S068 eine Kostenbeteiligung auf, darf diese weder aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstattet noch an die Jahresfranchise bzw. den Selbstbehalt angerechnet werden (vgl. auch *Bundesgerichtsentscheid vom 14. Oktober 2015 - 9C_209/2015*).

Hinweis zur Bearbeitungsdauer:
Die Kostenerstattung an den Versicherten soll möglichst schnell und effizient erfolgen, vor allem dann, wenn es sich um grosse Summen handelt. Bei diesem Verfahren sind Sie von der Bearbeitungsdauer des ausländischen Trägers abhängig, die teilweise sehr lange sein kann. Auf die Bearbeitungsdauer haben wir nur beschränkten Einfluss.

Im Fall erheblicher Auslagen durch den Versicherten können Sie ihm einen angemessenen Vorschuss zahlen, nachdem er die Rechnungen bei Ihnen eingereicht hat (*Art. 25 Abs. 9 VO 987/2009*). Dabei handelt es sich um eine Kann-Bestimmung. Einen Rechtsanspruch darauf hat der Versicherte nicht. Ist die Tarifstruktur unübersichtlich oder bestehen sprachliche Hürden oder Zweifel an der Richtigkeit der Angaben, ist von einer Vorschusszahlung abzuraten.

Beispiel

Nach seinem Ferienaufenthalt an der portugiesischen Atlantikküste, welcher von mehreren medizinischen Behandlungen geprägt war, reicht der Versicherte sämtliche Rechnungen bei Ihnen ein, die er in Portugal bereits nachweislich bezahlt hat. Nicht nur wegen der Sprache, sondern auch wegen des anderen Gesundheitssystems, ist es kaum erkennbar, welche Arten von Behandlungen durchgeführt wurden. Wie gehen Sie weiter vor?

Lösung

Die Erstattung der Behandlungskosten hat nach den portugiesischen Rechtsvorschriften zu erfolgen. Kopieren Sie die Rechnungen und senden Sie sie mittels des Formulars E 126/S067 an den aushelfenden portugiesischen Träger mit der Bitte um Bekanntgabe der Erstattungssätze. Der von diesem Träger bestätigte Betrag ist dem Versicherten zu erstatten.

Achtung
Möglicherweise führt die Anfrage beim aushelfenden Träger zum Resultat, dass eine Erstattung nach schweizerischen Tarifen an den Versicherten von Vorteil gewesen wäre. D.h. der Versicherte hätte eine höhere Erstattung erhalten, als die Anfrage beim Träger des Aufenthaltsstaats ergab. Auf eine nachträgliche Erstattung nach Schweizer Tarifen hat der Versicherte keinen Rechtsanspruch.

Ist der Betrag der vom Versicherten eingereichten Rechnungen bedeutend höher als der vom Träger des Aufenthaltsstaats mitgeteilte Betrag auf dem Formular E 126/ S068, können Sie die Kosten nach *Art. 36 Abs. 4 KVV* übernehmen (vgl. *Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit vom 21. Januar 2015 Punkt II*).

Achtung
Die Anfrage mittels des Formulars E 126/ S068 ist anwendbar, wenn sich die Person vorübergehend im anderen Staat aufhielt (*Art. 19 VO 883/2004*) oder wenn die Person von Ihnen die Genehmigung erhalten hat, sich im anderen Staat medizinisch behandeln zu lassen (*Art. 20 VO 883/2004*).
Das E 126/ S068 ist nicht zu verwenden, wenn der Versicherte im betroffenen Staat wohnt (vgl. Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen).

5.3.4.3 Erstattung durch den zuständigen Krankenversicherer nach dem Recht und den Tarifen der Schweiz

Abweichend zur Erstattung nach dem Recht des Aufenthaltsstaats kann der zuständige Träger die Kosten nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften erstatten, wenn der Versicherte damit einverstanden ist (*Art. 25 Abs. 6 VO 987/2009*). Die Erstattung ist nach dem einfachen Tarif vorzunehmen. Jahresfranchise und Selbstbehalt müssen in diesem Fall angerechnet werden.

Nehmen Sie die Erstattung nach schweizerischen Tarifen erst vor, wenn der Versicherte sein Einverständnis gegeben hat. Holen Sie sich das Einverständnis im Zweifelsfall schriftlich ein. Der Versicherte könnte vor allem dann nicht einverstanden sein, wenn er seine Jahresfranchise noch nicht erreicht hat und dadurch gar nicht in den Genuss einer Kostenerstattung kommen würde (Erstattungsbetrag würde an die Jahresfranchise angerechnet).

Beispiel für eine Erstattung nach schweizerischen Tarifen

Ein Versicherter hat seine Jahresfranchise bereits erreicht. Von seinem Selbstbehalt sind noch CHF 380 offen. Die Rechnung über EUR 256 für seine medizinische Behandlung auf Malta reicht er bei Ihnen ein und ist damit einverstanden, dass Sie eine Erstattung analog Tarmed vornehmen (einfacher Tarif). Es ergibt sich ein Erstattungsbetrag in Höhe von CHF 248.

Lösung

Da der Versicherte mit der Erstattung nach schweizerischem Recht einverstanden ist, überweisen Sie ihm CHF 223.20 (CHF 248 abzüglich CHF 24.80 Selbstbehalt).

Beispiel für eine Erstattung nach dem Recht des Aufenthaltsstaats

Ein Versicherter hat eine Jahresfranchise von CHF 2‘500 gewählt. Während seines Ferienaufenthalts in Spanien muss er medizinische Behandlungen im Wert von insgesamt CHF 1‘230 in Anspruch nehmen. Da er seine Jahresfranchise bei Weitem noch nicht erreicht hat verlangt er von Ihnen, dass Sie eine Anfrage beim aushelfenden Träger machen und den erstattungsfähigen Betrag ermitteln lassen. Der spanische aushelfende Träger gibt auf dem E 126 den Erstattungsbetrag von CHF 980 (CHF 250 = Nichtpflichtleistung) bekannt.

Lösung

Der Versicherte ist mit der Erstattung nach schweizerischem Recht nicht einverstanden (der Grund, weshalb er nicht einverstanden ist, ist grundsätzlich nicht relevant), so dass Sie die Anfrage beim Träger des Aufenthaltsstaats machen müssen. Dem Versicherten sind CHF 980 zu erstatten und zwar unabhängig davon, ob der Versicherte seine Jahresfranchise erreicht hat oder nicht.

Wenn hingegen der Aufenthaltsstaat gar keine direkte Erstattung vorsieht, können Sie die Erstattung nach schweizerischen Tarifen vornehmen, ohne dass Ihnen das Einverständnis des Versicherten vorliegt (*Art. 25 Abs. 7 VO 987/2009*).

Wird die medizinische Behandlung bei einem privaten Leistungserbringer durchgeführt und handelte es sich um einen Notfall, so prüfen Sie bitte die Kostenerstattung im Einzelfall.

5.3.4.4 Patientenmobilitätsrichtlinie 2011/24/EU innerhalb der EU

Seit Ende Oktober ist die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (Patientenmobilitätsrichtlinie) innerhalb der EU in Kraft. **Bitte beachten Sie: Die Patientenmobilitätsrichtlinie gilt nicht für die Schweiz!**

Alle Patientinnen und Patienten in Europa erhalten über diese Richtlinie eine klare und sichere Gewähr ihrer Rechte, wenn sie im EU-Ausland Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen. Die Kosten für die Auslandsbehandlung werden von ihrem Krankenversicherer bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei vergleichbarer Behandlung im Inland angefallen wären. Die Richtlinie umfasst nur geplante Auslandsbehandlungen. Versicherte in der EU, die sich in einen anderen Staat begeben, um sich dort behandeln zu lassen, haben nun zwei Möglichkeiten der Kostenübernahme:

- sie lassen sich die Behandlung im Vorfeld von ihrer Krankenkasse genehmigen. Die Krankenkasse stellt den Vordruck E 112 oder S2 aus. Die Kostenübernahme erfolgt im Rahmen der Tarife des Behandlungsstaats.
- sie begeben sich im Rahmen der Patientenmobilitätsrichtlinie in einen anderen Staat, also ohne vorherige Genehmigung ihrer Krankenkasse. Die anfallenden Kosten tragen die Patienten zunächst selbst und werden wie ein privat Krankenversicherter behandelt. Die Kostenübernahme erfolgt in der Höhe, wie sie auch im Inland angefallen wären.

Allfällige Anfragen von Versicherten beantworten Sie bitte wie folgt: «Die Patientenmobilitätsrichtlinie ist innerhalb der EU in Kraft. Für die Schweiz gilt sie nicht.»

5.3.5 Nichtakzeptanz der Europäischen Krankenversicherungskarte

Nicht immer erfolgt die Leistungsaushilfe in einem anderen Staat reibungslos. Die Problematik, dass einzelne Leistungserbringer in den EU-/EFTA-Staaten die Europäische Krankenversicherungskarte nicht akzeptieren, ist Ihnen sicher bekannt. Es gilt zwar der Grundsatz, dass man mit der Europäischen Krankenversicherungskarte in jedem EU-/EFTA-Staat medizinische Leistungen direkt über den Leistungserbringer 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 Personen gewährt. Generell sollte man sich vor der medizinischen Behandlung beim Leistungserbringer vergewissern, ob er kassenärztlich zugelassen ist. Auskünfte über Kassenärzte und kassenärztlich zugelassene Einrichtungen erteilt der aushelfende Träger. Auf der Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG finden Sie wichtige Hinweise zur Leistungsaushilfe in allen Staaten der EU/EFTA.

Wird die Europäische Krankenversicherungskarte vom Arzt oder vom Spital nicht akzeptiert, kann dies folgende Ursachen haben:

- Die Rechnungsstellung bei ambulanter ärztlicher Behandlung erfolgt wie in der Schweiz an den Patienten («tiers garant»)

- Der Leistungserbringer gilt im dortigen Gesundheitssystem als nicht zugelassen.

In einzelnen Staaten verlangt der Leistungserbringer die direkte Bezahlung, weil er sich den Umweg über das örtliche Gesundheitssystem ersparen möchte.

In diesen Fällen bleibt dem Versicherten keine andere Wahl, als die Rechnung selbst zu bezahlen und sie im Anschluss entweder beim Träger des Aufenthaltsorts (siehe auch Liste am Ende der Informationsblätter der Gemeinsamen Einrichtung KVG: *www.kvg.org –> Aufenthalt in der EU/EFTA*) oder bei Ihnen zur Rückvergütung einzureichen (5.3.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen).

Beispiel

Ein Versicherter macht Ferien auf der spanischen Insel Gran Canaria und muss infolge einer akuten Erkrankung ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Er wendet sich an ein Gesundheitszentrum vor Ort, in welchem auch ein Arzt aus der Schweiz tätig ist. Dieser verlangt von ihm die direkte Begleichung der Rechnung. Der Versicherte ist froh, von einem Arzt behandelt zu werden, der ihn versteht und bezahlt die Rechnung sofort.	Lösung	Der Versicherte beantragt die Rückerstattung der Kosten beim aushelfenden Träger, sofern dies dort möglich ist oder direkt bei Ihnen (vgl. 5.3.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen).

5.4 Leistungen im Wohnstaat (EU/EFTA)

Während Personen mit einem vorübergehenden Aufenthalt lediglich Anspruch auf Leistungen haben, die sich während ihrer voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen und nicht bis zur beabsichtigten Rückkehr aufgeschoben werden können, haben Personen, die in einem anderen EU-/EFTA-Staat wohnen, einen weitergehenden Anspruch.

5.4.1 Umfang des Leistungsanspruchs

Art. 17 VO 883/2004 besagt, dass ein Versicherter und seine Familienangehörigen im Wohnmitgliedstaat Sachleistungen vom Träger des Wohnorts nach seinen Rechtsvorschriften erhalten und zwar so, als wären sie dort selbst versichert. Auch hier ist der Konjunktiv wieder erkennbar, welcher den Versicherten einer im Wohnstaat versicherten Person vollkommen gleichstellt. Was die Sachleistungen betrifft, findet damit eine Integration in das Krankenversicherungssystem des Wohnstaats statt.

Der Leistungsanspruch umfasst also alle Leistungen, die ein Versicherter des Wohnstaats auch in Anspruch nehmen kann, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, ambulante Vorsorgekuren, Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, zahnärztliche Behandlung etc.

Auch hier ist es besonders wichtig, dass man sich des Unterschieds zwischen den Leistungen im Wohnstaat und den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung in der Schweiz bewusst ist, damit man Anfragen oder spätere Kostenrechnungen (E 125) korrekt beurteilen kann. Ähnlich wie beim vorübergehenden Aufenthalt, hat der Versicherte im Wohnstaat unter Umständen auch Anspruch auf Leistungen, die Sie aus dem KVG nicht kennen.

5.4.2 Geltendmachung des Anspruchs

Um seinen Anspruch auf Leistungen im Wohnstaat geltend machen zu können, muss sich der Versicherte beim aushelfenden Träger im Wohnstaat eintragen lassen. Der zuständige Krankenversicherer stellt hierfür auf Antrag des Versicherten **oder** auf Antrag des aushelfenden Trägers die Bescheinigung S1 aus (*Art. 24 Absätze 1 und 3 VO 987/2009*). Siehe hierzu auch 4.7 Beginn der Eintragung im Ausland.

Beispiel

Ein Versicherter hat Ihnen mitgeteilt, dass er seinen Wohnsitz nach Feldkirch/Österreich verlegt, jedoch auf Grund seiner Erwerbstätigkeit in der Schweiz weiterhin den schweizerischen Rechtsvorschriften unterliegt (er macht vom Optionsrecht **kein** Gebrauch). Er fragt Sie was er unternehmen muss, um Leistungen in Österreich beanspruchen zu können.

Lösung

Sie stellen ihm die Bescheinigung S1 aus, ggf. auch für seine anspruchsberechtigten Familienangehörigen. Bestenfalls informieren Sie ihn, dass er das S1 bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) als aushelfender Träger des neuen Wohnstaats einreichen soll, um sich dort eintragen zu lassen.

Beispiel

Der im vorherigen Beispiel erwähnte Versicherte hat vergessen, Sie über die Wohnsitzverlegung zu informieren. Er benötigt dringend eine medizinische Behandlung und wendet sich an die ÖGK. Diese verlangt zwecks Eintragung zuerst das S1 und verlangt dies direkt bei Ihnen mittels des Formulars E 107.

Lösung

Auf Verlangen der ÖGK stellen Sie das S1 aus (vorausgesetzt der Versicherte hat tatsächlich einen Anspruch). Senden Sie das S1 direkt an die ÖGK. Bestenfalls senden Sie dem Versicherten eine Zweitausfertigung.

5.4.3 Bestätigung der Eintragung

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt (z.B. Touristen, Studenten), wird eine allfällige Eintragung im Rahmen der Leistungsaushilfe vom aushelfenden Träger nicht bestätigt. Hingegen muss bei einem Wohnsitz in einem anderen Staat der Träger des Wohnorts die Eintragung dem zuständigen Träger zwingend mitteilen. Die Eintragungsbestätigung soll Sie darüber in Kenntnis setzen, dass für Ihren Versicherten auch wirklich ein Leistungsanspruch im Wohnstaat besteht und dass Sie mit Kostenforderungen (E 125, E 127) rechnen müssen. Kommt es nicht zu einer Eintragung, weil der Versicherte z.B: infolge einer Erwerbstätigkeit den Rechtsvorschriften des Wohnstaats unterliegt, muss Ihnen dies ebenfalls mitgeteilt werden (Nichteintragungsmitteilung).

Bekanntlich verfügen die E-Formulare über einen Abschnitt (Teil B), in welchem der aushelfende Träger die Eintragung bestätigen oder die Gründe für die Nichteintragung aufführen kann. Bei der Bescheinigung S1 handelt es sich um ein Dokument, welches dem Versicherten als Anspruchsnachweis dient und nicht für den Informationsaustausch zwischen den Trägern bestimmt ist. Das S1 enthält keinen Abschnitt, auf welchem die Eintragung bestätigt werden kann.

Wie erfahren Sie nun, ob ein Versicherter im Rahmen der Leistungsaushilfe im anderen Staat eingetragen ist oder nicht?

Bis der elektronische Datenaustausch (EESSI) eingeführt wird, können Sie von den Trägern Flexibilität und gute Zusammenarbeit erwarten. Denn sowohl Sie als zuständiger Krankenversicherer als auch der Träger des Wohnstaats ist daran interessiert zu wissen, ob eine Person tatsächlich Anspruch auf Sachleistungen hat und ob die Person auch wirklich bei Ihnen versichert ist. Würde Ihnen nämlich die Eintragung nicht bestätigt, wären Sie im Einzelfall sogar berechtigt, allfällige Kostenforderungen abzulehnen. Soweit sollte es jedoch nicht kommen.

Praxistipp
Sobald Ihnen ein Versicherter seine Wohnsitzverlegung bekannt gibt prüfen Sie, ob das S1 ausgestellt werden kann. Informieren Sie den Versicherten, dass er sich an den Krankenversicherungsträger im (zukünftigen) Wohnstaat wenden und das S1 dort vorlegen muss. Die Liste über die Träger in den anderen Staaten finden Sie im Anhang 1: Verzeichnis der Institutionen. Wenn Sie vom aushelfenden Träger des Wohnstaats keine Eintragungsmitteilung erhalten, nehmen Sie Kontakt mit dem Versicherten auf und fragen Sie ihn, bei welchem Träger er die Bescheinigung S1 abgegeben hat (sofern es sich nicht um einen Staat handelt, in welchem sich der aushelfende Träger automatisch aus der regionalen Zuständigkeit ergibt, wie z.B. Italien). Weisen Sie anschliessend den Träger darauf hin, dass die Eintragung bestätigt werden muss.

Beispiel

Ein Rentner lässt sich auf der spanischen Insel Teneriffa nieder. Sie händigen ihm die Bescheinigung S1 aus, welche er auf die spanische Insel mitnimmt. Sie teilen ihm mit, dass er das S1 beim Träger INSS Tenerife einreichen solle. Nach zwei Monaten haben Sie immer noch keine Antwort erhalten.

Lösung

Nehmen Sie zuerst Kontakt mit dem Versicherten auf und fragen Sie ihn, ob er das S1 tatsächlich dort abgegeben hat. Ist das der Fall, wenden Sie sich an den Träger INSS Tenerife und bitten ihn, die Eintragung zu bestätigen.

5.4.4 Kostenerstattung für selbst bezahlte Leistungen

Die Eintragung beim Träger des Wohnstaats hat zur Folge, dass alle im Wohnstaat in Anspruch genommenen Leistungen nach den dortigen Rechtsvorschriften abgerechnet bzw. erstattet werden.

Aus Gründen der Transparenz und der Vermeidung von Mehrfacherstattungen soll der Versicherte Rechnungen, die er zur direkten Bezahlung erhalten hat («tiers garant»), ausschliesslich beim Träger des Wohnstaats einreichen. Weisen Sie den Versicherten darauf hin, falls er Ihnen Rechnungen zur Rückvergütung einreicht. Problematisch wird es dann, wenn der Versicherte in einem Staat wohnt, welcher unter erheblichen finanziellen Problemen leidet und dies auch Auswirkungen auf das gesamte Gesundheitssystem hat. Dies kann sogar dazu führen, dass die Versicherten gar keine Kostenerstattung von dort erhalten. Prüfen Sie in diesen Fällen im Rahmen von Flexibilität und Pragmatismus, ob Sie eine Erstattung vornehmen. Weisen Sie den Versicherten jedoch auf die besondere Situation hin.

5.4.5 Leistungen während eines Aufenthalts in der Schweiz

Wohnt die versicherte Person in der EU/EFTA und benötigt sie eine medizinische Behandlung während ihres vorübergehenden Aufenthalts in der Schweiz oder begibt sie sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz (zuständiger Staat), darf die versicherte Person Leistungen nach KVG zu Ihren Lasten ohne weitere Prüfung durch Sie in Anspruch nehmen. Detaillierte Informationen hierzu finden Sie im Kapitel Behandlungswahlrecht.

5.4.6 Leistungen bei Aufenthalt in einem anderen EU-/EFTA-Staat

Wohnt der Versicherte in einem EU-/EFTA-Staat und benötigt er eine medizinische Behandlung während seines vorübergehenden Aufenthalts in einem anderen EU/EFTA-Staat, so gilt das übliche Verfahren der Leistungsaushilfe bei vorübergehendem Aufenthalt. Die Kosten werden durch den Träger des Aufenthaltsstaats verrechnet. Sie erhalten eine Kostenforderung des aushelfenden Trägers (7.2 Erstattung nach effektiven Kosten).

5.4.7 Leistungen bei Aufenthalt in einem Staat ausserhalb der EU/EFTA

Wohnt der Versicherte in einem EU-/EFTA-Staat und benötigt er eine medizinische Behandlung während seines vorübergehenden Aufenthalts in einem Drittstaat, sind diese Kosten vom Krankenversicherer zu übernehmen, bei welchem die Grundversicherung besteht und zwar bis zum doppelten Betrag der Kosten, die in der Schweiz vergütet würden (*Art. 36 Abs. 4 KVV*). Sofern eine Zusatzversicherung besteht, werden die übersteigenden Kosten von dieser übernommen, falls die Zusatzversicherung solche Leistungen vorsieht.

5.5 Besonderheit: Nichtberufsunfälle

Nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) sind Arbeitnehmer in der Schweiz nicht nur gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten obligatorisch unfallversichert, sondern auch gegen Nichtberufsunfälle (sofern die wöchentliche Arbeitszeit acht Stunden übersteigt, vgl. *Art. 13 UVV*). In den EU- und EFTA-Staaten hingegen werden Nichtberufsunfälle oder Freizeitunfälle einer Krankheit gleichgestellt. Damit unterliegen Nichtberufsunfälle den Koordinationsbestimmungen bei Krankheit.

Beispiel

Ein Versicherter ist über seinen Arbeitgeber gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Während seines Ferienaufenthalts in Frankreich am Meer erleidet er einen Unfall und muss im nächstgelegenen Spital behandelt werden. Obwohl er weiss, dass er gegen Freizeitunfälle bei seiner Unfallversicherung versichert ist, legt er dem Spital seine Europäische Krankenversicherungskarte vor.

Lösung

In Frankreich wie auch in den anderen EU-/EFTA-Staaten wird ein solcher Freizeitunfall über die Leistungsaushilfe so abgewickelt, als handle es sich um eine Krankheit. Die Abwicklung der Kosten erfolgt über die Europäische Krankenversicherungskarte. Detaillierte Informationen zur diesbezüglichen Kostenerstattung zwischen aushelfendem und zuständigem Träger finden Sie unter 7.2.1 Besonderheit Unfälle.

In der Schweiz unfallversicherte Personen, die im Ausland einen Nichtberufsunfall erleiden, sollten den Unfall unverzüglich ihrem Arbeitgeber und ihrem Unfallversicherer melden.
Da der aushelfende Träger die Kosten für die medizinische Behandlung bei Nichtberufsunfällen über die Europäische Krankenversicherungskarte abrechnet ist es für Sie als Krankenversicherer hilfreich, wenn Sie frühzeitig vom Versicherten darüber informiert werden, damit Sie bei Erhalt der Kostenrechnung ggf. eine Rückforderung beim Unfallversicherer einleiten können. Näheres hierzu finden Sie auch im Kapitel Erstattung nach effektiven Kosten.

5.6 Behandlungswahlrecht

5.6.1 Allgemeines

Vom Behandlungswahlrecht spricht man, wenn sich jemand wahlweise im Wohnstaat oder im zuständigen Staat behandeln lassen kann, was unter der alten Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nur eingeschränkt möglich war.
Alle in der Schweiz nach KVG versicherten Personen mit Wohnsitz in einem EU-/EFTA-Staat, geniessen seit 1. April 2012 das Behandlungswahlrecht. Sie können sich wahlweise entweder im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln lassen. Das gilt sowohl für Rentner und ihre Familienangehörigen als auch für Grenzgänger und ihre Familienangehörigen und für Familienangehörige eines in der Schweiz wohnenden Erwerbstätigen, auch wenn der Wohnstaat die Kostenerstattung nach Monatspauschalen vornimmt. Die Kosten für die medizinischen Behandlungen in der Schweiz werden direkt vom schweizerischen Krankenversicherer übernommen. Je nach Vergütungssystem erhalten Sie die Rechnung des Leistungserbringers direkt («tiers payant») oder der Versicherte reicht sie zur Rückvergütung ein («tiers garant»). Die Kostenbeteiligung richtet sich nach *Art. 103 Abs. 7 KVV*.

Achtung
Das Behandlungswahlrecht gilt ausschliesslich für medizinische Behandlungen im zuständigen Staat, also in der Schweiz. Es gilt nicht für Behandlungen, die in einem anderen Staat als dem Wohnstaat oder der Schweiz in Anspruch genommen werden. Hält sich der Versicherte in einem anderen EU-/EFTA-Staat auf, richtet sich der Anspruch nach den Bestimmungen für den vorübergehenden Aufenthalt (*Art. 19 VO 883/2004*).

5.6.1.1 Grenzgänger und ihre Familienangehörigen

Durch die enge Bindung des Grenzgängers an den Staat der Erwerbstätigkeit, in welchem er sich regelmässig aufhält, kann der Grenzgänger weiterhin von seinem uneingeschränkten Behandlungswahlrecht Gebrauch machen (*Art. 18 Abs. 1 VO 883/2004*). Die Familienangehörigen des Grenzgängers hatten unter dem alten Recht im zuständigen Staat lediglich Anspruch auf Leistungen, die sich während ihres vorübergehenden Aufenthalts in diesem Staat ergaben. Neu haben auch nach KVG versicherte Familienangehörige eines Grenzgängers das uneingeschränkte Recht, sich sowohl im Wohnstaat als auch in der Schweiz behandeln zu lassen (*Art. 18 Abs. 2 i.V.m. Anhang III zur VO 883/2004, **Nicht**eintrag der Schweiz*). Das war früher nicht möglich.

Beispiel

Ein Grenzgänger mit Wohnsitz in Lörrach/D und Arbeitsort Basel ist mit der gesamten Familie bei Ihnen nach KVG versichert. Die Ehefrau leidet an einer Erkrankung, für welche die nächst gelegene Behandlungsmöglichkeit im Wohnstaat in Freiburg wäre. Alternativ könnte sie sich in Basel behandeln lassen, was für sie wegen der Kinder wesentlich einfacher wäre. Sie fragt bei Ihnen an, ob Sie die Kosten für die gewählte Behandlung in Basel übernehmen.

Lösung

Da es sich um die Familienangehörige eines Grenzgängers handelt, geniesst die Ehefrau das uneingeschränkte Behandlungswahlrecht. Sie antworten ihr, dass sie die Leistungen in Anspruch nehmen kann. Die Kostenabrechnung erfolgt über die in der Schweiz geltenden Vergütungssysteme „tiers garant“ bzw. „tiers payant“. Die Kostenbeteiligung richtet sich nach KVG.

Praxistipp

Bei Personen, die in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnen, richtet sich der Anspruch auf Leistungen im Wohnstaat nach den dortigen Rechtsvorschriften. Im Kapitel Leistungen im Wohnstaat wird beschrieben, dass die Eintragung im Wohnstaat zu einem Unterschied zwischen dem Leistungsumfang im Wohnstaat und dem der Schweiz führt. So kann es vorkommen, dass eine medizinische Behandlung nicht im Leistungskatalog des Wohnstaats enthalten ist, welche hingegen in der Schweiz aus der Grundversicherung bezahlt wird. Bei Anfragen des Versicherten weisen Sie ihn in diesem Fall darauf hin, dass er wegen des Behandlungswahlrechts die medizinische Behandlung in der Schweiz durchführen lassen kann.

Beispiel

Der Ehemann einer in der Schweiz versicherten und in Como/I wohnenden Grenzgängerin leidet an einem schwer behandelbaren Glaukom. Da die Kosten für eine Scanning-Laser-Ophthalmoskopie nicht von der italienischen Krankenversicherung übernommen werden fragt er bei Ihnen an, ob Sie die Kosten für die Behandlung im Universitätsspital Basel übernehmen.

Lösung

Es handelt sich um einen Familienangehörigen einer Grenzgängerin, so dass er sich wahlweise in Italien oder in der Schweiz behandeln lassen kann. Der Vorteil, dass die Schweiz die Kosten für die Scanning-Laser-Ophthalmoskopie übernimmt, kommt ihm nun zugute. Die Kostenbeteiligung richtet sich nach KVG

Art. 18 Abs. 1 VO 883/2004 gilt übrigens auch für Entsandte mit gewöhnlichem Aufenthalt in einem EU-/EFTA-Staat (Wohnsitzverlegung und EU-/EFTA-Prämie).

5.6.1.2 Grenzgänger in Rente

Grenzgänger, die wegen Alters oder Invalidität Rentner werden, haben Anspruch auf medizinische Behandlung in dem Staat, in dem sie früher erwerbstätig waren, sofern diese Behandlung die Fortsetzung einer Behandlung darstellt, die in diesem Staat begonnen wurde. Als Fortsetzung einer Behandlung gelten die fortlaufende Untersuchung, Diagnose und Behandlung einer Krankheit während ihrer gesamten D (*Art. 28 Abs. 1 VO 883/2004*). Dies gilt nicht für Behandlungen, die erst nach dem Rentenbeginn anfallen.

Warum wird dies gesondert geregelt, wenn es schon das Behandlungswahlrecht gibt?

Bei Grenzgängern in Rente findet zum Zeitpunkt des Renteneintritts ein Wechsel der Zuständigkeit statt, wenn sie gleichzeitig eine Rente aus dem Wohnstaat beziehen. Das bedeutet, dass während der Dauer der Erwerbstätigkeit ein anderer Staat zuständig war als beim Rentenbeginn. Das nachfolgende Beispiel soll dies verdeutlichen.

Beispiel

Ein Schweizer Staatsangehöriger wohnt in der Schweiz und arbeitet seit zehn Jahren in Italien. Er ist in Italien versichert. Im AHV-Alter gibt er seine Erwerbstätigkeit auf. Er bezieht eine Schweizer und eine italienische Rente.

Lösung

Zum Zeitpunkt des Rentenbeginns findet ein Zuständigkeitswechsel von Italien zur Schweiz statt. Neu ist die Schweiz der zuständige Staat.

Wird nun während der Zeit der Erwerbstätigkeit eine medizinische Behandlung im Erwerbsstaat begonnen und wird diese voraussichtlich über den Rentenbeginn hinaus dort weitergeführt, müssen Sie als **neuer zuständiger Träger** die Zustimmung zu dieser Behandlung erteilen und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung auch in der Schweiz innert nützlicher Frist möglich wäre.

Beispiel

Der im vorherigen Beispiel genannte Versicherte muss einige Monate vor der Pensionierung einen Arzt in Italien konsultieren. Dieser diagnostiziert eine chronische Niereninsuffizienz. Auch nach der Pensionierung möchte er sich gerne von diesem Arzt behandeln lassen, da er grosses Vertrauen zu ihm gewonnen hat. Er fragt bei Ihnen nach, ob Sie die Kosten übernehmen.

Lösung

Da es sich um die Fortsetzung einer Behandlung handelt, welche zur Zeit der Erwerbstätigkeit begonnen hat, muss die Zustimmung ohne weitere Prüfung erteilt werden. Die Kostenbeteiligung richtet sich nach den italienischen Rechtsvorschriften. Stellen Sie ihm hierfür das S3 aus. ⚠ **Achtung**: Die Zustimmung gilt ausschliesslich für Behandlungen im Zusammenhang mit der Niereninsuffizienz.

Die Zustimmung muss erteilt werden für Behandlungen, die im Zusammenhang mit dem Sachverhalt stehen, welcher **während der Zeit der Erwerbstätigkeit** entstanden ist. Hierfür ist die Bescheinigung S3 auszustellen. Aus dieser Formulierung geht hervor, dass also für Behandlungen, die erst nach dem Zuständigkeitswechsel beginnen, keine Zustimmung erfolgen muss. In diesem Fall ist das ordentliche Verfahren für Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der Schweiz einzuhalten (Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit: *www.bag.admin.ch -> Versicherungen -> Krankenversicherung -> Versicherer und Aufsicht -> Kreis- und Informationsschreiben -> Informationsschreiben Internationales*).

5.6.1.3 Rentner und ihre Familienangehörigen

Das Behandlungswahlrecht für Rentner und ihre Familienangehörigen wird nur dann gewährt, wenn sich ein Staat bereit erklärt, dieses Wahlrecht zu gewähren. Die Schweiz gewährt dieses Behandlungswahlrecht. Somit können durch den *Eintrag der Schweiz in den Anhang IV zur VO 883/2004* Rentner und ihre Familienangehörigen das uneingeschränkte Behandlungswahlrecht geniessen, was bis zum 31. März 2012 nur in den Staaten Belgien, Deutschland, Frankreich, Niederlande, Österreich und Ungarn möglich war.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter AHV-Rentner lebt mit seiner Ehefrau an der spanischen Mittelmeerküste. Jedes Jahr über Weihnachten besuchen sie ihre Kinder in der Schweiz. Sie beschliessen, ihre jährlichen Vorsorgeuntersuchungen mit dem Besuch bei den Kindern zu verbinden. Denn schliesslich kennen sie ihren Arzt schon einige Jahre und haben grosses Vertrauen zu ihm. Sie fragen bei Ihnen nach, ob die Kosten trotzdem gedeckt sind und was sie sonst noch beachten müssen.

Lösung

Wegen des gewährten Behandlungswahlrechts kann das Ehepaar die Vorsorgeuntersuchungen in der Schweiz in Anspruch nehmen, ohne Sie um Zustimmung zu bitten. Die Kostenabrechnung erfolgt über die in der Schweiz geltenden Vergütungssysteme «tiers garant» zw. «tiers payant». Die Kostenbeteiligung richtet sich nach KVG.

5.6.2 Anwendbarer Tarif und Wahl des Leistungserbringers bei Behandlung in der Schweiz

Bei einer Behandlung in der Schweiz können die Versicherten den Leistungserbringer frei wählen. Die Kostengutsprache erfolgt durch den Krankenversicherer.

Bei **ambulanter** Behandlung muss der Tarif für Versicherte am Behandlungsort übernommen werden.

5.6.2.1 Grenzgänger sowie Arbeitslose und ihre Familienangehörigen sowie Familienangehörige einer in der Schweiz wohnenden erwerbstätigen Person

Bei in der EU oder in Island und Norwegen wohnenden Grenzgängern und Arbeitslosen und ihren Familienangehörigen sowie bei Familienangehörigen einer in der Schweiz wohnenden erwerbstätigen Person übernehmen der Versicherer und der

Kanton, an welchen die Person einen Anknüpfungspunkt hat, bei stationärer Behandlung in einem Listenspital die Vergütung höchstens nach dem Tarif, der in einem Listenspital des Kantons mit Anknüpfungspunkt für die betreffende Behandlung gilt (*Art. 41 Abs. 2bis, Art. 49a Abs. 2 lit. b. sowie Abs. 2bis KVG*).

Als Anknüpfungspunkt kann hierbei der Kanton der Erwerbstätigkeit (Grenzgänger), der Kanton der ehemaligen Erwerbstätigkeit bzw. des Bezugs der Arbeitslosenentschädigung sowie der Kanton, in welchem der Ehegatte oder die Eltern wohnen (bei Familienangehörigen) gelten.

5.6.2.2 Rentner und ihre Familienangehörigen

Rentner und ihre Familienangehörigen mit Wohnsitz in der EU oder in Norwegen oder Island, haben in der Regel keinen Anknüpfungspunkt mehr an die Schweiz und können keinem Kanton direkt zugeordnet werden. Die Kosten für die stationäre Behandlung in der Schweiz werden seit 1. Januar 2019 gemeinsam von den Kantonen und den Versicherern getragen. Massgebend ist der Tarif für die betreffende Behandlung, der in einem Listenspital des Referenzkantons Bern gilt (*Art. 41 Abs. 2ter und Art. 49a Abs. 3bis KVG* i.V.m. *Art. 36b KVV*). Der Versicherer leistet dabei den Kantonsanteil vor und macht diesen gegenüber der Gemeinsamen Einrichtung KVG geltend.

Das Verfahren nach Art. 19a KVV ist nicht Bestandteil des Leitfadens. Detaillierte Informationen finden Sie unter www.kvg.org sowie im *Reglement über die Aufteilung des kantonalen Anteils auf die Kantone bei Spitalbehandlungen von Rentnerinnen und Rentnern, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in Island oder Norwegen wohnen und eine schweizerische Rente beziehen sowie deren Familienangehörige*, welches Sie nach Ihrem Login des entsprechenden Tools einsehen können.

5.6.3 Kostenbeteiligung

Im Kapitel Leistungen im Wohnstaat wird beschrieben, dass sich der Anspruch auf Leistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats richtet. Für die Kostenbeteiligung gilt ebenfalls das Recht des Wohnstaats. Übt der Versicherte sein Behandlungswahlrecht aus und lässt sich sowohl im Wohnstaat als auch in der Schweiz behandeln, ist infolgedessen auch die Kostenbeteiligung nach dem Recht beider Staaten zu bezahlen. Dies kann dazu führen, dass der Versicherte insgesamt mit einer höheren Kostenbeteiligung konfrontiert wird, als es der Fall gewesen wäre, wenn die gesamte Behandlung in einem einzigen Staat vorgenommen worden wäre.

Nimmt der Versicherte medizinische Leistungen im Wohnstaat in Anspruch, fällt die Kostenbeteiligung vor Ort an (*Art. 17 VO 883/2004*). Kommt er zur Behandlung in die Schweiz, ist die Kostenbeteiligung nach KVG zu entrichten (*Art. 103 Abs. 7 KVV*).

Somit gewährt das Behandlungswahlrecht den versicherten Personen nicht nur den Vorzug, sich wahlweise im Wohnstaat oder in der Schweiz behandeln zu lassen. Es muss gegebenenfalls eine höhere Belastung infolge der unterschiedlichen Kostenbeteiligungen in Kauf genommen werden.

Beispiel

Ein Versicherter lebt an der französischen Mittelmeerküste und ist auf Grund seiner chronischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung. Für seine letzte Rechnung muss er nach französischem Recht 40% Kostenbeteiligung bezahlen. Da er die anstehende Operation gerne in der Schweiz durchführen lassen möchte, fragt er bei Ihnen nach, ob die 40% aus Frankreich auf die Franchise und den Selbstbehalt in der Schweiz angerechnet werden.

Lösung

Für medizinische Behandlungen in Frankreich gilt die Kostenbeteiligung nach französischem Recht. Sie darf nicht auf die Franchise und den Selbstbehalt in der Schweiz angerechnet werden. Der Versicherte muss für die Operation die schweizerische Kostenbeteiligung bezahlen, auch wenn die finanzielle Belastung dadurch insgesamt grösser ist.

5.7 Zustimmungsfälle

5.7.1 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der Schweiz

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 Genehmigung (Zustimmung) seines Krankenversicherers zur medizinischen Behandlung in einen EU-/EFTA-Staat begeben.

Die Genehmigung darf nicht verweigert werden, wenn es sich um eine Pflichtleistung nach KVG handelt und wenn der Versicherte in Anbetracht seines Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs seiner Krankheit die Behandlung in der Schweiz nicht innerhalb eines Zeitraumes in Anspruch nehmen kann, der für diese Behandlung normalerweise erforderlich ist (*Art. 20 Abs. 1 und 2 VO 883/2004*).

Der Krankenversicherer ist zwar grundsätzlich verpflichtet, die Bescheinigung S2 (E 112) auszustellen, wenn die genannten Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind.

Zur Beurteilung des Sachverhalts ist das Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit vom 8. April 2008 über die medizinische Behandlung im Ausland (*www.bag.admin.ch -> Versicherungen -> Krankenversicherung -> Versicherer und Aufsicht -> Kreis- und Informationsschreiben -> Informationsschreiben Internationales*) zu beachten.

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

Beispiel

Ein Versicherter wohnt in der Nähe des Bodensees und fragt bei Ihnen an, ob Sie die Kosten für eine Kataraktoperation im nahe gelegenen Konstanz/Deutschland übernehmen würden, denn erstens sei es näher und zweitens auch günstiger als in der Schweiz.	Lösung	Nachdem Sie festgestellt haben, dass die Behandlung innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitrahmens in der Schweiz erfolgen kann, verweigern Sie die Genehmigung mit dieser Begründung. Dass der Versicherte ggf. einen längeren Anfahrtsweg in Kauf nehmen muss, spielt hierbei keine Rolle.

Beispiel

Der Gesundheitszustand Ihres Versicherten ist derart kritisch, dass er innerhalb der nächsten drei Tage eine Operation an der Bauchspeicheldrüse benötigt. Der vertrauensärztliche Dienst Ihrer Krankenkasse kommt zum Ergebnis, dass eine Operation wegen der hohen Auslastung in der Schweiz frühestens in einer Woche möglich wäre. Er verweist jedoch an die Berliner Charité/Deutschland, welche kurzfristig freie Kapazitäten hat.	Lösung	Da die längere Wartezeit für eine Behandlung in der Schweiz eine Gefahr für seinen Gesundheitszustand bedeuten würde, muss die Genehmigung für die Behandlung erteilt werden. Dem Versicherten ist das S2/E 112 auszustellen.

5.7.2 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der EU-/EFTA

Wohnt die versicherte Person nicht im zuständigen Staat, so muss sie die Genehmigung für die Behandlung in einem anderen Staat beim aushelfenden Träger des Wohnorts beantragen (*Art. 26 Abs. 2 VO 987/2009*). Bei dieser Fallkonstellation soll die Behandlung also weder im Wohnstaat noch im zuständigen Staat erfolgen. Vorausgesetzt wird, dass der Träger des Wohnorts die Prüfung vorgenommen hat, ob die Behandlung innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums nicht in diesem Staat hätte durchgeführt werden können.

Der aushelfende Träger leitet den Antrag zunächst an den zuständigen Träger weiter. Damit soll dem zuständigen Träger die Möglichkeit gegeben werden, den Versicherten in seinem eigenen Staat behandeln zu lassen, z.B. mit dem Hintergrund der Auslastung der eigenen Leistungserbringer. Auch hier ist wieder das Informationsschreiben des Bundesamtes für Gesundheit bei der Beurteilung des Sachverhalts zu beachten.

Lautet das Ergebnis der Prüfung, dass die Behandlung innerhalb eines in Anbetracht des derzeitigen Gesundheitszustands und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit medizinisch vertretbaren Zeitraums in der Schweiz möglich ist, so kann die Genehmigung verweigert werden. Andernfalls muss die Genehmigung erteilt werden. Der aushelfende Träger wird über das Ergebnis informiert werden.

Die Anfrage des aushelfenden Trägers des Wohnorts erhalten Sie möglicherweise mit dem SED S009. Nach erfolgter Prüfung haben Sie die Möglichkeit, mit einem individuellen Schreiben* oder mit dem SED S010 zu antworten.

***Praxistipp**
Wenn Sie ein individuelles Schreiben verwenden, dann achten Sie unbedingt darauf, dass der aushelfende Träger alle erforderlichen Informationen erhält:

- Tatsache, dass die Genehmigung erteilt wird und
- der vorgesehene Anspruchszeitraum
  oder
- Tatsache, dass die Genehmigung nicht erteilt wird, da die Behandlung innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitraums in der Schweiz gewährt werden kann oder
- Tatsache, dass die Genehmigung nicht erteilt wird, da die Behandlung nicht zu den in der Schweiz vorgesehenen Pflichtleistungen gehört.

Achtung
Achten Sie darauf, dass die Prüfung unverzüglich und ohne zeitliche Verzögerung erfolgt, denn *Art. 26 Abs. 2 VO 987/2009* sieht vor, dass die Genehmigung als erteilt gilt, wenn der zuständige Träger nicht innerhalb der nach innerstaatlichem Recht geltenden Fristen antwortet. Mit «innerstaatlich» sind die Rechtsvorschriften des Wohnstaats gemeint. Leider gibt es keine Übersicht, welche Fristen in welchen Staaten gelten, so dass diese Formulierung keine eindeutige Aussage ist.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter Rentner lebt in Luxemburg. Der luxemburgische Träger beantragt bei Ihnen mit dem S009 die Genehmigung für eine Herzoperation im Universitätsklinikum Heidelberg/Deutschland. Die Behandlung ist in Luxemburg gar nicht möglich.

Lösung

Nachdem Sie festgestellt haben, dass die Behandlung auch in der Schweiz nicht innerhalb eines medizinisch vertretbaren Zeitrahmens gewährt werden kann, genehmigen Sie die Behandlung. Sie bestätigen dies mittels eines individuellen Briefs oder mittels Verwendung des S010.

Beispiel

Das Hüftgelenk des Rentners mit Wohnsitz in Luxemburg muss repariert werden. Die Behandlung wird in Luxemburg nicht angeboten, so dass der luxemburgische Träger die Genehmigung für diesen Routineeingriff in Deutschland beantragt.

Lösung

Da dieser Routineeingriff auch in der Schweiz innerhalb kürzester Zeit durchgeführt werden kann, darf die Genehmigung verweigert werden. Dem aushelfenden Träger in Luxemburg muss die Verweigerung mit der entsprechenden Begründung mitgeteilt werden.

5.7.3 Zustimmungsfälle bei Wohnsitz in der EU-/EFTA – dringend notwendige Behandlung

Bei den bisher geschilderten Fällen konnte immer noch genügend Zeit für medizinische Abklärungen einberechnet werden. Es kann jedoch passieren, dass sich der Versicherte in einem derart schlechten Gesundheitszustand befindet, dass eben nicht ausreichend Zeit für Abklärungen zur Verfügung steht. In *Art. 26 Abs. 3 VO 987/2009* ist von dringenden und lebensnotwendigen Behandlungen die Rede. Handelt es sich um eine solche Behandlung, darf die Genehmigung nicht verweigert werden und zwar auch dann nicht, wenn die Behandlung im zuständigen Staat eigentlich hätte durchführt werden können.

Der zuständige Träger muss die ärztlichen Befunde und Entscheidungen, die vom Träger des Wohnorts getroffen werden, akzeptieren. Hier trifft also der Träger des Wohnorts die Entscheidung im Namen des zuständigen Trägers.

Der aushelfende Träger informiert Sie über die Behandlung in einem anderen EU-/EFTA-Staat. Möglicherweise erhalten Sie hierzu das S011.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter Rentner lebt im Westen der Slowakei, nahe der österreichischen Grenze. Nach einem Unfall befindet er sich in einem lebensbedrohlichen Zustand. Der slowakische Träger lässt ihn kurzerhand ins Universitätsklinikum nach Wien/Österreich transportieren und informiert Sie mit dem S011.

Lösung

Da es sich um eine dringende und lebensnotwendige Behandlung handelt, dürfen Sie die Genehmigung nicht verweigern. Eine Prüfung, ob die Behandlung auch in der Schweiz möglich wäre, ist demnach hinfällig.

5.8 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Bei Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wird zwischen Sach- und Geldleistungen unterschieden. Während sich der Anspruch auf Sachleistungen nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats richtet, erhält der Versicherte Geldleistungen nach den für den zuständigen Träger massgebenden Rechtsvorschriften. Das kann dazu führen, dass ein in einem anderen Staat wohnender Versicherter aus zwei verschiedenen Staaten Leistungen erhält (Sachleistungen vom Wohnstaat, Geldleistungen vom zuständigen Staat).

Da in der schweizerischen Krankenversicherung keine Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit existieren, dient Ihnen der nachfolgende Text lediglich als Information. Auswirkungen auf Ihre tägliche Arbeitspraxis hat dieses Thema nicht.

Bei der Hilflosenentschädigung (HE) handelt es sich um eine besondere beitragsunabhängige Geldleistung, die dem Pflegegeld sehr ähnlich ist. Dennoch wird die HE nicht in einen anderen Staat exportiert.

Infolge des allgemeinen Verbots des Zusammentreffens von Leistungen (Vermeidung von Überentschädigung), müssen sich der aushelfende und zuständige Träger gegenseitig über die Gewährung von Sach- und Geldleistungen informieren. Dies kann über formlose Schreiben erfolgen oder mittels Verwendung der strukturierten elektronischen Dokumente. Stellt der zuständige Träger eine Überentschädigung durch die Zahlung des Pflegegelds fest, wird dies entsprechend gekürzt. Der aushelfende Träger muss den zuständigen Träger über die Höhe des Betrags der Sachleistungen, die Leistungsdauer, die Regelmässigkeit bzw. Frequenz (wöchentlich, monatlich etc.) sowie schliesslich über allfällige Änderungen des Leistungsbezugs informieren.

Beispiel

Eine Versicherte wohnt in der Schweiz und ist als Rentnerin bei der AOK Hessen in Frankfurt/Deutschland versichert. Nach einem schweren Schicksalsschlag ist sie auf häusliche Pflege angewiesen. Die AOK zahlt ihr ein monatliches Pflegegeld von 440 EUR. Von der Spitex erhält sie ebenfalls regelmässig Leistungen, die jedoch von Woche zu Woche variieren.

Lösung

Auf Anfrage der AOK muss die Gemeinsame Einrichtung KVG den monatlichen Aufwand für die Spitex ermitteln und ihr mitteilen. Die AOK wird daraufhin das Pflegegeld anteilig kürzen.

6 Dokumente EU/EFTA

6.1 Allgemeines

Unter dem Begriff **Dokumente EU/EFTA** sind alle Bescheinigungen, Formulare und Nachweise zu verstehen, die für die Bestätigung eines Anspruchs auf Leistungen und für den Informationsaustausch der Träger und Behörden untereinander verwendet werden.

Neben den bekannten E-Formularen gelten seit 1. April 2012 für die Schweiz die so genannten Bescheinigungen (engl. portable documents) und SED (engl. structured electronic documents).

Bei den **E-Formularen** handelt es sich um hinlänglich bekannte Instrumente einerseits für die Anspruchsbescheinigung und andererseits für den Informationsaustausch im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe.

Bei den **Bescheinigungen** (mobile bzw. tragbare Dokumente, PD) handelt es sich um Dokumente, welche ausschliesslich für die Versicherten bestimmt sind, damit sie sozusagen «etwas in der Hand haben». Die Versicherten machen damit ihren Anspruch in einem anderen Staat geltend (S1, S2, S3). Sie sind nicht Bestandteil des Datenaustauschs der zuständigen und aushelfenden Träger untereinander, sondern stossen lediglich den Prozess zum Datenaustausch an. Die Bescheinigung ist individuell. Für jeden nicht erwerbstätigen und mitversicherten Familienangehörigen wird eine eigene Bescheinigung ausgestellt.

Bei den **SED** handelt es sich um Dokumente, die für den elektronischen Datenaustausch entwickelt wurden, aber auch in Papierform Verwendung finden können. Ein SED kann sowohl die Funktion einer Anspruchsbescheinigung haben (S010, S045, S072) als auch rein für den Informationsaustausch verwendet werden (z.B. S041, S067).

Bis zum Beginn des elektronischen Datenaustauschs (EESSI) dürfen im Rahmen der **Flexibilität** und des **Pragmatismus** sowohl die Akzeptanz als auch der Versand von relevanten Informationen nicht verweigert werden und zwar unabhängig von ihrer Form und Struktur. Anders ausgedrückt müssen Sie auf Basis der «guten Zusammenarbeit» jede Information akzeptieren, die Sie für die Prüfung und Entscheidungen von Sachverhalten verwenden können, sofern sie vollständig, plausibel und zweifellos sind. Oberstes Gebot ist, das Verfahren der Leistungsaushilfe möglichst zu vereinfachen und der versicherten Person dadurch zur Geltendmachung ihrer Rechte zu verhelfen.

6.2 Europäische Krankenversicherungskarte

Englisch: European Health Insurance Card - EHIC

Zweck der EHIC

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

Verwendung der EHIC

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

> **Achtung**
> Die EHIC ist ein Sichtausweis. Sie darf dem Leistungserbringer vorgezeigt werden, damit sie dieser in gescannter oder kopierter Form zur Abrechnung mit dem Träger des Aufenthaltsstaats verwenden kann. Sie muss aber der versicherten Person anschliessend wieder zurückgegeben werden.

Welche Leistungen die EHIC deckt

Über die EHIC sind Sachleistungen gedeckt, die sich während des Aufenthalts als medizinisch notwendig erweisen. Dabei sind die Art der Leistungen und die voraussichtliche Dauer des Aufenthalts zu berücksichtigen. Der Versicherte darf die medizinisch notwendigen Leistungen beanspruchen, die er benötigt, damit er nicht vorzeitig in seinen Wohnstaat zurückkehren muss, um dort die erforderlichen Behandlungen zu erhalten. Ausserdem sind über die EHIC Kosten für Behandlungen gedeckt, welche nicht bis zum beabsichtigten Zeitpunkt der Rückkehr in den Wohnstaat aufgeschoben werden können. Über die EHIC sind weit mehr als nur Notfälle gedeckt.

Die EHIC als Kostengutsprache

Die Ausstellung der EHIC ist mit der Erteilung einer Kostengutsprache für die Gültigkeitsdauer der EHIC gleichzusetzen. Sie ist ein **Sichtausweis** und zum Zwecke der Inanspruchnahme von Sachleistungen gültig, wenn das aufgedruckte Datum (unten rechts) noch nicht abgelaufen ist. Sie verpflichtet den ausstellenden Krankenversicherer zur Kostenübernahme grundsätzlich auch dann, wenn die Person nicht

mehr bei ihm versichert ist (*Teil A, Artikel 2 Ziffer 2 des Beschlusses S9 der Verwaltungskommission:* «Die Erstattung von Leistungen darf nicht mit der Begründung abgelehnt werden, die Person sei nicht mehr bei dem Träger versichert, der die EKVK oder die Anspruchsbescheinigung ausgestellt hat, sofern die Leistungen dem Leistungsempfänger während der Gültigkeitsdauer des verwendeten Dokuments gewährt wurden»).

Folgen eines Missbrauchs gehen zu Lasten des ausstellenden Krankenversicherers. Dieser kann jedoch die administrative Hilfe des neu zuständigen Krankenversicherers im anderen Staat zur Rückforderung allfällig in Anspruch genommener Leistungen beanspruchen.

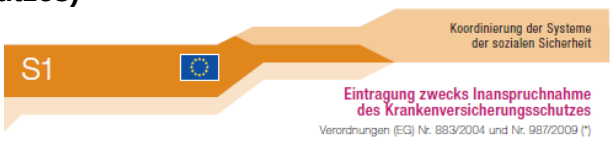
6.3 Bescheinigungen (portable documents)

S - Sickness (Krankenversicherung)

Vergleichstabelle	
Neu: Bescheinigung	**Bisher: E-Formular**
S1	E 106, E 109, E 120, E 121
S2	E 112
S3	-

Auf der Website der Gemeinsamen Einrichtung KVG (*www.kvg.org -> Versicherer -> Koordinationsrecht -> Dokumente EU/EFTA)* finden Sie je eine ausfüllbare Version der Bescheinigungen S1 bis S3. Eine Übersicht über alle Träger des Aufenthalts- oder Wohnstaats finden Sie hier: 12.1 Anhang 1: Verzeichnis der Institutionen

6.3.1 Bescheinigung S1 (Eintragung zwecks Inanspruchnahme des Krankenversicherungsschutzes)



Zweck des S1

Das S1 bescheinigt den Anspruch der erwerbstätigen Person, des Rentners sowie der nicht erwerbstätigen Familienangehörigen auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft sowie gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft, wenn sich der Wohnsitz nicht im zuständigen Staat befindet. Der Kreis der anspruchsberechtigten Familienangehörigen wird vom Wohnstaat festgelegt.

Verwendung des S1

Im Gegensatz zu den E-Formularen wird die Bescheinigung S1 für alle Personen mit Wohnsitz in einem anderen Staat ausgestellt, egal ob es sich um Erwerbstätige, Rentner oder Familienangehörige handelt. Der Status der anspruchsberechtigten Person wird unter Punkt 1.7 angegebenen. Wenn es sich um einen Erwerbstätigen handelt, ist Punkt 1.7.1 Versicherte/r anzukreuzen. Das S1 ist dem aushelfenden

Träger im Wohnstaat vorzulegen. Das S1 für Rentner muss nicht mehr von der Zentralen Ausgleichsstelle (ZAS) bestätigt werden.

Welche Leistungen das S1 deckt

Über das S1 besteht Anspruch auf alle Sachleistungen (ärztliche Behandlung, stationäre Behandlung, Medikamente etc.) nach den Rechtsvorschriften des Wohnstaats, als ob die Person dort versichert wäre.

Familienangehörige

Handelt es sich bei der Person um einen Familienangehörigen, dessen Anspruch sich von der erwerbstätigen Person oder des Rentners ableitet, ist der Familienangehörige unter Punkt 1 einzutragen (Inhaber) und die andere Person unter Punkt 3.

Punkt	Bemerkung
1.1 Persönliche Versichertennummer	Kunden-/Versichertennummer
1.2 Nachname	Nachname des Versicherten
1.3 Vorname(n)	Vorname des Versicherten
1.4 Geburtsname	Ausfüllen falls bekannt
1.5 Geburtsdatum	Geburtsdatum des Versicherten
1.6 Anschrift im Wohnstaat	**Anschrift** des Versicherten **im EU-/EFTA-Staat**, nicht in der Schweiz
1.7 Status	Ankreuzen, um welche Personenkategorie es sich handelt
2. Geldleistungen bei Pflegebedürftigkeit	Nicht ankreuzen, da für die Schweiz nicht relevant
3. Angaben zur Person des Versicherten	Ist die Bescheinigung einem Familienangehörigen auszustellen, müssen der **Familienangehörige unter Punkt 1** und der **Versicherte unter Punkt 3** angegeben werden
4. Versicherungsschutz von/bis	Beginn und Ende des Anspruchs, für den die Bescheinigung ausgestellt wird
5.1 Name	Name der Krankenkasse
5.2 Strasse, Nr., 5.3 Ort, 5.4 Postleitzahl	Anschrift der Krankenkasse
5.5 Ländercode	CH
5.6 Kenn-Nummer des Trägers	BAG-Nummer
5.7-5.9	Angeben falls erforderlich
5.10 Datum	Datum der Ausstellung der Bescheinigung
5.11 Unterschrift	Unterschrift des Krankenversicherers

6.3.2 Bescheinigung S2 (Anspruch auf geplante Behandlung)

Zweck des S2

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

Verwendung des S2

Das S2 ist dem aushelfenden Träger des Staats vorzulegen, in welchen sich die versicherte Person zum Zweck der Behandlung begibt.

Welche Leistungen das S2 deckt

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

Besonderheit

Im Gegensatz zum Formular E 112 wird das S2 nicht mehr zum Zwecke der Wohnsitzverlegung in einen anderen Staat ausgestellt. Punkt 2.1 des Formulars E 112 ist weggefallen. Die Fälle der Zustimmung zur Behandlung bei Wohnsitzverlegung sind mit der Bescheinigung S1 abgedeckt.

Punkt	**Bemerkung**
1.1 Persönliche Versichertennummer	Kunden-/Versichertennummer
1.2 Nachname	Nachname des Versicherten
1.3 Vorname(n)	Vorname des Versicherten
1.4 Geburtsname	Ausfüllen falls bekannt
1.5 Geburtsdatum	Geburtsdatum des Versicherten
1.6 Aktuelle Anschrift	Anschrift des Versicherten in der Schweiz
2.1 Behandlung	Beschreibung der durchzuführenden Behandlung (falls erforderlich). *Beispiel: Reparatur der Hüftprothese.*
2.2 Ort der Behandlung	Leistungserbringer, bei dem die Behandlung durchgeführt werden soll. Möglichst präzise angeben. *Beispiel: Universitätsklinik Freiburg/D*
2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer	Möglichst genaue Angabe zum voraussichtlichen Beginn und Ende der Behandlung
3.1 Name	Name der Krankenkasse
3.2 Strasse, Nr., 3.3 Ort, 3.4 Postleitzahl	Anschrift der Krankenkasse
3.5 Ländercode	CH
3.6 Kenn-Nummer des Trägers	BAG-Nummer
3.7-3.9	Angeben falls erforderlich
3.10 Datum	Datum der Ausstellung der Bescheinigung
3.11 Unterschrift	Unterschrift des Krankenversicherers

6.3.3 Bescheinigung S3 (Medizinische Behandlung eines ehemaligen Grenzgängers/einer ehemaligen Grenzgängerin im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit

Zweck des S3

Das S3 wird ausgestellt für Personen, die früher Grenzgänger waren und ihren Wohnsitz in einem EU-Land hatten und nun ihren Anspruch (oder den der Familienangehörigen) auf medizinische Behandlung in dem Land, in dem sie früher erwerbstätig waren, geltend machen möchten. Dies gilt auch für die Familienangehörigen, sofern das Land, in dem sie zuletzt gearbeitet haben, nicht zu den folgenden Ländern gehört: Dänemark, Estland*, Finnland, Vereinigtes Königreich, Irland, Niederlande*, Spanien*, Italien*, Litauen*, Schweden, Ungarn* (mit «*» gekennzeichnete Länder haben die Beschränkung zum 1. Mai 2014 aufgehoben).

Verwendung des S3

Das S3 ist dem aushelfenden Träger des Staats vorzulegen, in welchem die versicherte Person früher erwerbstätig war und sich nun zum Zweck der Behandlung in diesen Staat begibt. Dasselbe gilt für die Familienangehörigen des ehemaligen Grenzgängers. Ein Beispiel, in welchem Sie als Krankenversicherer ein S3 ausstellen müssen, finden Sie unter 5.6.1.2 Grenzgänger in Rente.

Welche Leistungen das S3 deckt

Sofern es sich bei der Behandlung um die Fortsetzung einer Behandlung handelt (Untersuchung, Diagnose und Behandlung einer Krankheit), die in diesem Land begonnen wurde, sind diese Leistungen gedeckt (*Art. 28 Abs. 1 VO 883/2004*). Dasselbe gilt für die Familienangehörigen des ehemaligen Grenzgängers.

Achtung
Das gilt nicht, wenn die Behandlung notwendig wird, nachdem die Person Rentner geworden ist. In diesen Fällen ist nach den Regelungen zu den Zustimmungsfällen zu verfahren.

Punkt	Bemerkung
1.1 Persönliche Versichertennummer	Kunden-/Versichertennummer
1.2 Nachname	Nachname des Versicherten
1.3 Vorname(n)	Vorname des Versicherten
1.4 Geburtsname	Ausfüllen falls bekannt
1.5 Geburtsdatum	Geburtsdatum des Versicherten
1.6 Aktuelle Anschrift	Anschrift des Versicherten in der Schweiz
1.7 Persönliche Versichertennummer im Mitgliedstaat der vormaligen Erwerbstätigkeit	Kunden-/Versichertennummer in dem Staat, in dem die Person unmittelbar vorher versichert war
1.8 Status	Ankreuzen, um welche Personenkategorie es sich handelt

2.1 Fortsetzung einer Behandlung…	Der Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit muss angegeben werden sowie eine kurze Beschreibung der durchzuführenden Behandlung. *Beispiel: Behandlung wegen Niereninsuffizienz*
2.2 Behandlung im Staat der vormaligen Erwerbstätigkeit	Dieses Feld **darf nicht angekreuzt** werden
2.3 Voraussichtliche Behandlungsdauer	Möglichst genaue Angabe zum voraussichtlichen Beginn und Ende der Behandlung
3.1 Name	Name der Krankenkasse
3.2 Strasse, Nr., 3.3 Ort, 3.4 Postleitzahl	Anschrift der Krankenkasse
3.5 Ländercode	CH
3.6 Kenn-Nummer des Trägers	BAG-Nummer
3.7-3.9	Angeben falls erforderlich
3.10 Datum	Datum der Ausstellung der Bescheinigung
3.11 Unterschrift	Unterschrift der Krankenkasse

A - Applicable Legislation (Anwendbare Rechtsvorschriften über soziale Sicherheit)

6.3.4 Bescheinigung A1 (Bescheinigung über die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit, die auf den/die Inhaber/in anzuwenden sind

Zweck des A1

Eine Person unterliegt stets der Versicherungspflicht eines einzigen Staats (vgl. Unterstellung in einem Staat). Hat ein Beschäftigter oder Selbständiger durch seine Erwerbstätigkeit einen Bezug zu mehr als einem EU-/EFTA-Staat, benötigt er eine Bescheinigung, welche Rechtsvorschriften für ihn anzuwenden sind. Für diese Zwecke wird das A1 ausgestellt. Das A1 wird von dem Staat ausgestellt, dessen Rechtsvorschriften gelten und es bestätigt, dass nicht die Rechtsvorschriften irgendeines anderen Staats gelten. Das bedeutet, dass der Erwerbstätige in diesen anderen Staaten keine Sozialversicherungsbeiträge bezahlen muss.

Verwendung des A1

Das A1 umfasst die folgenden Fälle:

- **Entsendungen (Arbeitnehmer)**
  Personen, die von ihrem Arbeitgeber in einen anderen EU-/EFTA-Staat entsandt werden, um dort vorübergehend für einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten für ihn zu arbeiten.
- **Entsendungen (Selbständige)**
  Selbständige, die sich in einen anderen EU-/EFTA-Staat entsenden, um dort vorübergehend für einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten eine ähnliche Tätigkeit ausüben.
- **Beschäftigte in mehreren Staaten**
  Personen, die gewöhnlich gleichzeitig oder abwechselnd in mehr als einem EU-/EFTA-Staat eine Beschäftigung ausüben
- **Selbständigkeit in mehreren Staaten**

Personen, die gewöhnlich gleichzeitig oder abwechselnd in mehr als einem EU-/EFTA-Staat eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben

- **Beschäftigung und Selbständigkeit in verschiedenen Staaten**
  Personen, die in einem Staat eine Beschäftigung ausüben und in einem anderen Staat selbständig erwerbstätig sind
- **Beamte**
  Beamte, die in einem anderen EU-/EFTA-Staat eine Beschäftigung oder selbständige Tätigkeit ausüben
- **Ausnahmevereinbarung**
  Abweichungen zu den o.g. Fällen können zwei oder mehr EU-/EFTA-Staaten auf Antrag des Arbeitgebers bzw. Selbständigen festlegen

Das A1 ist keine Anspruchsbescheinigung und somit sind hierüber auch keine Leistungen gedeckt. Um seinen Anspruch auf Leistungen nachweisen zu können, muss die betreffende Person einen Anspruchsnachweis vorlegen (EHIC bei vorübergehendem Aufenthalt oder E 106/S1/S072 bei Wohnsitzverlegung).

Wer das A1 ausstellt

Bei Entsandten wird das A1 üblicherweise vom Arbeitgeber beim zuständigen Träger beantragt. Selbständige oder Beschäftigte in mehreren Staaten beantragen das A1 selbst.

Ergibt es sich, dass die Schweiz für die Anwendung der Rechtsvorschriften zuständig ist oder befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person in der Schweiz, wird das A1 von der Ausgleichskasse, an welche der Arbeitgeber bzw. Selbständige angeschlossen ist.

DA - Disease Accident (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

6.3.5 Bescheinigung DA1 (Anspruch auf Gesundheitsleistungen unter der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten)

Zweck des DA1

Das DA1 dient Versicherten, die sich in einen anderen Staat begeben, um dort zu wohnen oder sich aufzuhalten. Das Dokument muss dem Versicherungsträger für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Wohn- oder Aufenthaltsstaat vorgelegt werden, um einen Anspruch auf Leistungsaushilfe geltend zu machen.

Verwendung des DA1

Das DA1 wird nur bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ausgestellt, die bereits in der Vergangenheit aufgetreten und als solche anerkannt sind.

Welche Leistungen das DA1 deckt

Das DA1 berechtigt zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlung und ggf. anderer spezieller Leistungen zu den für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten geltenden Vorschriften.

Wer das DA1 ausstellt

Das DA1 wird vom Versicherungsträger für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten (Unfallversicherungsträger) ausgestellt, bei dem die Person versichert ist. Das DA1 sollte vor der Abreise bzw. Wegzug in den anderen Staat beantragt werden.

6.4 E-Formulare

Einige E-Formulare wurden durch Bescheinigungen (portable documents) ersetzt (z.B. E 112 durch S2, E 106, E 109, E 120 und E 121 durch S1).

E-Formulare, die nicht durch eine Bescheinigung «S» ersetzt wurden, haben weiterhin Bedeutung (z.B. E 104, E 108, E 125 etc.) und dürfen bis zum Beginn des elektronischen Datenaustauschs (EESSI) verwendet werden. Die E-Formulare bleiben somit weiterhin ein Bestandteil Ihres Tagesgeschäfts. Nachfolgend sind die für die Krankenversicherer wichtigsten Formulare und ihre Verwendung aufgeführt.

E 001

Austausch von Informationen
Dieses Formular kann in Ergänzung anderer Formulare oder zum Austausch von Informationen verwendet werden, insbesondere um Auskünfte zu verlangen oder mitzuteilen, ein Formular anzufordern oder einen Bericht abzugeben.

E 104

Bescheinigung über die Zusammenrechnung von Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten
Auf diesem Formular werden die Versicherungs-, Beschäftigungs- oder Wohnzeiten auf dem Gebiet eines Staates zusammengefasst. Falls ein Arbeitnehmer eine Tätigkeit in einem Land antritt und die Bedingungen für den Leistungsanspruch bei Krankheit, Mutterschaft oder Tod (Sterbegeld) in diesem Staat nicht erfüllt, werden in anderen Staaten zurückgelegte Versicherungszeiten angerechnet. Der Schweizer Krankenversicherer bestätigt Krankenversicherungszeiten bei Wegzug ins Ausland bzw. Ende der Versicherungspflicht.

E 106

Bescheinigung des Anspruchs der in einem anderen als dem zuständigen Staat wohnenden Versicherten auf Sachleistungen bei Krankheit und Mutterschaft
Erwerbstätige, die in einem anderen Staat wohnen als in dem, in welchem sie versichert sind, haben Anspruch auf Leistungsaushilfe nach den dort geltenden Rechtsvorschriften. Dies gilt ebenfalls für ihre Familienangehörigen, mit denen sie zusammenwohnen, sofern diese nicht selbst erwerbstätig sind. Das Formular wird ebenfalls für die Familienangehörigen von Arbeitslosen verwendet, falls sie nicht mit dem Arbeitslosen zusammenwohnen.
Das Formular wird vom zuständigen Krankenversicherer ausgefüllt und ist in doppelter Ausfertigung beim aushelfenden Träger des Wohnstaates vorzulegen. Dieser bestätigt mit dem Doppel dem zuständigen Krankenversicherer die Eintragung oder teilt ihm mit, warum eine Eintragung nicht erfolgte. Mit der Eintragung bestätigt er ebenfalls, welche Familienangehörigen anspruchsberechtigt sind. Das zweite Exemplar verbleibt beim Träger des Wohnorts. Der Schweizer Krankenversicherer muss darauf achten, ob Familienangehörige auf der Eintragungsbestätigung aufgeführt sind, die nicht bei ihm versichert sind. Diese sind sofort zu versichern.

Ersetzt durch Bescheinigung S1.

E 107

Antrag auf Bescheinigung des Anspruchs auf Sachleistungen
Der Krankenversicherungsträger, bei dem ein Antrag auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft gestellt worden ist, benötigt dieses Formular zur Anforderung notwendiger Dokumente für die Leistungserbringung. Dabei handelt es sich z.B. um die Formulare E 106, E 109 oder die EHIC.

E 108

Mitteilung über Ruhen oder Wegfall des Sachleistungsanspruchs bei Krankheit oder Mutterschaft
Auf diesem Formular teilt der zuständige Träger dem aushelfenden Träger mit, dass der Anspruch auf Leistungen bei Krankheit oder Mutterschaft ruht bzw. wegfällt und die vorher ausgestellte Bescheinigung nicht mehr gültig ist. Das E 108 kann auch vom aushelfenden Träger ausgestellt werden, z.B. bei Ende des Leistungsanspruchs durch Tod.

E 109

Bescheinigung zur Eintragung der Familienangehörigen des/r Arbeitnehmers/in oder Selbständigen und für die Führung der Verzeichnisse
Dieses Formular wird erstellt, damit Familienangehörige, die nicht mit dem/er Erwerbstätigen im selben Staat wohnen, in ihrem Wohnstaat die nach den dortigen Rechtsvorschriften vorgesehenen Leistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung am Wohnort auf Rechnung der zuständigen Krankenkasse beziehen können. Der/die Erwerbstätige händigt zwei Exemplare den Familienangehörigen aus, die sie unverzüglich beim zuständigen, auf dem Formular unter «Hinweise» bezeichneten Träger der Kranken-/Mutterschaftsversicherung ihres Wohnorts vorlegen.

Ersetzt durch Bescheinigung S1.

E 112

Bescheinigung über die Genehmigung Leistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung
Hierbei handelt es sich um so genannte Zustimmungsfälle. Das E 112 wird von Versicherten benötigt, die sich vorübergehend zum Zwecke der Behandlung in einen anderen Staat begeben. Es wird vom zuständigen Träger ausgestellt. Die Leistungen richten sich nach den Rechtsvorschriften des aushelfenden Trägers. Die Dauer der Leistungsgewährung richtet sich jedoch nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staats.

Ersetzt durch Bescheinigung S2.

E 115

Antrag auf Geldleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit
Dieses Formular betrifft Arbeitnehmer und Arbeitslose, die sich während einer Arbeitsunfähigkeit im Gebiet eines anderen Staats als dem zuständigen Staat befinden. Das Dokument wird durch den Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes erstellt, der es dem zuständigen Träger sendet.

E 116

Ärztlicher Bericht bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit / Mutterschaft, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit
Dieses Formular ist ein vereinfachter ärztlicher Bericht. Er wird vom Vertrauensarzt desselben Versicherungsträgers ausgefüllt, der das Formular E 115 ausgestellt hat und wird demselben in verschlossenem Umschlag beigefügt.

E 117

Gewährung von Geldleistungen bei Mutterschaft und Arbeitsunfähigkeit
Auf diesem Formular informiert der zuständige Versicherungsträger den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsortes, der das Formular E 115 ausgestellt hat, über seinen Entscheid betreffend die Gewährung von Geldleistungen an die Antrag stellende Person. Bei Ablehnung des Antrags ist das Formular E 118 beizufügen.

E 118

Mitteilung über Nichtanerkennung/Beendigung der Arbeitsunfähigkeit
Hat der Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes das Dokument ausgefüllt, wird je ein Exemplar an den Arbeitnehmer und den zuständigen Träger übermittelt. Falls der zuständige Träger der Aussteller war, wird das zweite Exemplar an den Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes weitergeleitet. Auf dem Formular findet sich die Rechtsmittelbelehrung für die beteiligten Staaten.

E 120

Bescheinigung über den Anspruch des Rentenantragstellers und seiner Familienangehörigen auf Sachleistungen
Arbeitnehmer und Selbständige, deren Rentenantragsverfahren bei der zuständigen Stelle noch läuft und deren Leistungsanspruch nach der Gesetzgebung des aufgrund der letzten Erwerbstätigkeit zuständigen Staates weggefallen ist, benötigen dieses Formular. Dadurch können Rentenantragstellern sowie ihren Familienangehörigen Sachleistungen der Kranken-/Mutterschaftsversicherung im Wohnstaat ausgerichtet werden.

Ersetzt durch Bescheinigung S1.

E 121

Bescheinigung über die Eintragung der Rentenberechtigten oder ihrer Familienangehörigen und die Führung der Verzeichnisse
Bezüger einer Rente und ihre Familienangehörigen, die in einem Staat wohnen, aus welchem sie keine Rente beziehen, haben Anspruch auf Leistungsaushilfe nach den dort geltenden Rechtsvorschriften. Dies gilt ebenfalls für ihre Familienangehörigen, mit denen sie zusammenwohnen. Auf Antrag des Rentners füllt die zuständige Krankenkasse Teil A (Ziffern 1, 2, 5, 6 und 7) aus. Danach übermittelt die Krankenkasse den Vordruck dem Rentenversicherungsträger, welcher Teil A (Ziffern 3 und 4) ausfüllt. Anschliessend erhält der Rentner das Formular in doppelter Ausfertigung zur Vorlage beim Träger des Wohnorts. Dieser bestätigt mit dem Doppel dem zuständigen Krankenversicherer die Eintragung oder teilt ihm mit, warum eine Eintragung nicht erfolgte. Das zweite Exemplar verbleibt beim Träger des Wohnorts. Die nicht erwerbstätigen Familienangehörigen eines Rentners benötigen ein eigenes Formular E 121, auf dem sie unter Punkt 5 aufgeführt sind.

Ersetzt durch Bescheinigung S1.

E 123

Bescheinigung über den Anspruch auf Sachleistungen der Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
Dieses Formular wird vom zuständigen Unfallversicherungsträger ausgestellt. Es bescheinigt, dass Personen, die in einem anderen Staat als in dem Land, in dem sie versichert sind, Anspruch auf Sachleistungen bei Berufsunfall und -krankheit haben. Aushelfender Träger in der Schweiz ist die SUVA in Luzern.

Ersetzt durch Bescheinigung DA3.

E 125

Einzelaufstellung der tatsächlichen Aufwendungen
Dieses Formular wird durch den Träger des Aufenthalts- oder Wohnortes ausgestellt, wenn die Erstattung nach effektiven Kosten erfolgt (bei Leistungen aufgrund der Formulare E 106, E 112, E 120, und der Europäischen Krankenversicherungskarte oder Ersatzbescheinigung).

E 126

Erstattungssätze für Sachleistungen
Dieses Formular wird durch den zuständigen Krankenversicherungsträger ausgestellt und dem aushelfenden Träger übermittelt, wenn ein Versicherter nach der Rückkehr die Rechnung über die medizinischen Behandlungskosten vorlegt, die während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem anderen Staat entstanden sind. Der Träger des Aufenthaltsstaates ermittelt den nach den dort geltenden Rechtsvorschriften erstattungsfähigen Betrag, unter Berücksichtigung allfälliger Kostenbeteiligungen. Der zuständige Träger erstattet dem Versicherten diesen Betrag.

E 127

Einzelaufstellung der Monatspauschalbeträge
Dieses Formular wird ausgestellt, wenn die Ausgaben des aushelfenden Trägers durch einen Pauschalbetrag zurückerstattet werden. Dabei handelt es sich um Leistungen, die auf Grund der Formulare E 109 und E 121 erbracht werden. Das Formular wird vom Träger des Wohnorts (in der Schweiz die GE KVG) ausgefüllt und über die Verbindungsstelle des zuständigen Staates an den zuständigen Träger übermittelt.

Praxistipp
Beinahe jedes Formular beinhaltet Hinweise bzw. Anmerkungen. Diese befinden sich entweder auf der Rückseite oder in einer Anlage. Hochgestellte Ziffern auf dem Formular weisen auf die Hinweise bzw. Anmerkungen hin. Es ist wesentlich, diese zu berücksichtigen.

6.5 Strukturierte elektronische Dokumente

Bei den strukturierten elektronischen Dokumenten (SED) handelt es sich um Dokumente, die für den elektronischen Datenaustausch über das System EESSI (**E**lectronic **E**xchange of **S**ocial **S**ecurity **I**nformation) vorgesehen sind. Für den Bereich Krankenversicherung existieren die SED der Reihe S (S=sickness). Wie bereits im Kapitel Allgemeines erwähnt, kann ein SED entweder die Funktion einer Anspruchsbescheinigung haben, so wie es z.B. bei den Formularen E 106 etc. der Fall ist oder es kann für den Informationsaustausch mit einer anderen Institution dienlich sein. Möglicherweise ist Ihnen das Formular E 001 bekannt, mit welchem Informationen auf unkomplizierte Weise ausgetauscht werden können.

Die nachfolgende Tabelle soll Ihnen als Übersicht über die SED geben, welche im Rahmen des elektronischen Datenaustauschs verwendet werden. Für die Verarbeitung in Papierform sind die meisten nicht geeignet.

Praxistipp

Alle aktuellen SED sowie viele weitere Informationen zu allen Prozessen inkl. Teil- und Subprozessen finden Sie auf dem **Sharepoint des Bundesamts für Sozialversicherungen**. Hierfür ist ein Login erforderlich, welcher der zuständigen Person Ihres Krankenversicherers vorliegen sollte.

Nr.	**Bezeichnung**
S001	Information über Zahlung von Geldleistungen - Pflege
S003	Anspruch auf Sachleistungen - Pflege
S005	Information über Änderung des Anspruchs auf Sachleistungen - Pflege
S006	Anfrage zum Status - ehemalige Grenzgänger und deren Familienangehörige
S007	Information zum Status - ehemalige Grenzgänger und deren Familienangehörige
S008	Anspruchsbescheinigung - ehemaliger Grenzgänger und deren Familienangehörige
S009	Beantragung einer Anspruchsbescheinigung - geplante Behandlung ausserhalb des Wohnmitgliedstaats
S010	Antwort auf Beantragung einer Anspruchsbescheinigung - geplante Behandlung ausserhalb des Wohnmitgliedstaats
S011	Information über dringende lebensnotwendige Behandlung ausserhalb des Wohnmitgliedstaats
S012	Eingangsbestätigung - Information über Genehmigung einer dringenden lebensnotwendigen Behandlung
S014	Anfrage zur Verfügbarkeit der Behandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat - geplante Behandlung
S015	Angaben zur Verfügbarkeit der Behandlung im Aufenthaltsmitgliedstaat - geplante Behandlung
S016	Widerruf der Anspruchsbescheinigung durch den zuständigen Träge
S017	Antwort auf Widerruf der Anspruchsbescheinigung durch den zuständigen Träger
S018	Streichung der Eintragung
S019	Antwort auf Streichung der Eintragung
S026	Forderung von Verzugszinsen
S027	Eingangsbestätigung zur einer Forderung von Verzugszinsen
S028	Gutschrift von Verzugszinsen

S030 Beanstandung einer Forderung von Verzugszinsen
S031 Antwort auf Beanstandung der Forderung von Verzugszinsen
S032 Information über Zahlung - Zinsen
S033 Beanstandung einer Gutschrift von Verzugszinsen
S034 Antwort auf Beanstandung einer Gutschrift von Verzugszinsen
S035 Beantragung einer ergänzenden Anspruchsbescheinigung - geplante Behandlung
S037 Antwort auf Beantragung einer ergänzenden Anspruchsbescheinigung - geplante Behandlung
S040 Auskunftsersuchen zu Zeiten - Art des Versicherungsrisikos Krankheit und Mutterschaft
S041 Antwort auf Auskunftsersuchen zu Zeiten - Art des Versicherungsrisikos Krankheit und Mutterschaft
S044 Beantragung einer Anspruchsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt
S045 Anspruchsbescheinigung - vorübergehender Aufenthalt
S046 Information über Zahlung oder Nichtzahlung von Geldleistungen
S047 Information zu Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder sonstige wesentliche Angaben – mitgeteilt durch den zuständigen Träger
S048 Information über das Ende der Arbeitsunfähigkeit oder sonstige wesentliche Angaben – mitgeteilt durch den Träger des Wohn- oder Aufenthaltsorts
S053A Annahme des Antrags auf Erstattung einer Überzahlung
S053C Beanstandung eines Antrags auf Erstattung einer Überzahlung
S053R Antwort auf Beanstandung eines Antrags auf Erstattung einer Überzahlung
S054 Information über Erstattung einer Überzahlung
S055 Antrag auf Geldleistungen
S056 Mitteilung über einen Antrag auf Geldleistungen - Pflege
S057 Antwort auf Mitteilung über einen Antrag auf Geldleistungen - Pflege
S067 Ersuchen um Mitteilung von Erstattungssätzen - Aufenthalt
S068 Antwort auf Auskunftsersuchen zu Erstattungssätzen - Aufenthalt
S071 Beantragung einer Anspruchsbescheinigung - Wohnort
S072 Anspruchsbescheinigung - Wohnort
S073 Information über die Eintragung - Wohnort
S077 Widerruf der Anspruchsbescheinigung - ehemalige Grenzgänger und deren Familienangehörige
S130 Eingangsbestätigung zu einer Anspruchsbescheinigung - ehemaliger Grenzgänger
S131 Bestätigung des Widerrufs der Anspruchsbescheinigung – ehemaliger Grenzgänger

Die nachfolgenden SED betreffen den Datenaustausch im Rahmen der Kostenabrechnung nach effektiven Kosten oder nach Monatspauschalen:

S080 Erstattungsforderung
S081 Eingangsbestätigung einer Erstattungsforderung
S082 Beanstandung einer Einzelforderung
S083 Eingangsbestätigung zu einer Beanstandung einer Einzelforderung
S084 Antwort auf Beanstandung einer Einzelforderung
S085 Gutschrift
S087 Beanstandung einer Gutschrift
S088 Antwort auf Beanstandung einer Gutschrift
S089 Information über Anzahlungen
S090 Antwort auf Information über Anzahlungen
S091 Information über Zahlung einer Einzelforderung
S092 Bestätigung der Zahlung einer Einzelforderung
S100 Monatsverzeichnis über die Erstattung auf Grundlage von Pauschalbeträgen
S101 Eingangsbestätigung zu einem Monatsverzeichnis

S102 Beanstandung eines Monatsverzeichnisses in Bezug auf eine Person
S103 Eingangsbestätigung zur Beanstandung eines Monatsverzeichnisses
S104 Antwort auf Beanstandung des Monatsverzeichnisses
S105 Gutschrift von Monaten
S107 Beanstandung einer Gutschrift im Zusammenhang mit dem Monatsverzeichnis in Bezug auf eine Person
S108 Antwort auf Beanstandung einer Gutschrift im Zusammenhang mit dem Monatsverzeichnis
S110 Forderung der Erstattung von Pauschalbeträgen
S111 Eingangsbestätigung zu einer Erstattungsforderung von Pauschalbeträgen
S112 Beanstandung einer Gesamtforderung – Pauschalbeträge
S113 Antwort auf Beanstandung der Gesamtforderung - Pauschalbeträge
S114 Information über Anzahlung für Pauschalbeträge
S115 Antwort auf Information über Anzahlung für Pauschalbeträge
S116 Information über Zahlung einer Einzelforderung - Pauschalbeträge
S117 Bestätigung der Zahlung einer Einzelforderung - Pauschalbeträge

7 Erstattungsverfahren zwischen Trägern

7.1 Erstattungsverfahren - Allgemeines

Sachleistungen, die vom aushelfenden Träger gewährt werden und dem zuständigen Träger in Rechnung gestellt werden, sind in voller Höhe zu erstatten. Dabei kann die Erstattung entweder nach effektiven Kosten erfolgen oder auf der Grundlage von Pauschalbeträgen (*Art. 35 VO 883/2004*). Die Aufwendungen, welche dem aushelfenden Träger bei der Durchführung der Leistungsaushilfe im Wohn- oder Aufenthaltsstaat entstanden sind, verrechnet er entweder nach effektiven Kosten (tatsächliche Aufwendungen) oder nach Monatspauschalen.

Der durch die Leistungsaushilfe entstehende Verwaltungsaufwand (z.B. Erteilung von Kostengutsprachen, Bezahlung von innerstaatlichen Rechnungen, Bearbeitung von Rückvergütungsanträgen etc.) wird nie in Rechnung gestellt. Die Kosten für den Verwaltungsaufwand übernimmt der aushelfende Träger.

Die Regelungen der Kostenabrechnung gelten übrigens auch für Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (*Art. 41 VO 883/2004*).

Die nachfolgende Tabelle gibt Ihnen eine kurze Übersicht über die zwei Varianten des Erstattungsverfahrens.

Art und Höhe	**Effektive Kosten (tatsächliche Aufwendungen)**	**Pauschalbetrag multipliziert mit der Anzahl Monate**
Rechtsgrundlage	*Art. 62 VO 987/2009*	*Art. 63 VO 987/2009* *Anhang 3 VO 987/2009*
Bemessungsgrösse	Anzahl Leistungsaushilfefälle	Anzahl Rentner und Familienangehörige bzw. Anzahl Familienangehörige
Formular	E 125 / S080*	E 127 / S100*
Periodizität	Grundsätzlich frei, aber üblicherweise halb- oder vierteljährlich	Jährlich
Zeitpunkt der Rechnungstellung	Innert 12 Monaten nach Ablauf des Semesters der Buchung beim forderungsberechtigten Träger *Art. 67 Abs. 1 VO 987/2009*	Innert 12 Monaten nach Publikation Pauschalbetrag im EU-Amtsblatt Art. 67 Abs. 2 VO 987/2009

Personen-kategorien	• Touristen • Zustimmungsfälle • Grenzgänger • Arbeitslose • Rentner und deren Familienangehörige • Familienangehörige in anderem EU-Staat wohnhaft als Erwerbstätiger	• Rentner und deren Familienangehörige • Familienangehörige eines in einem anderen EU-Staat wohnhaften Erwerbstätigen

*Die beiden Rechnungsformulare S080 und S100 sind Bestandteil der business use cases EESSI. Diese Prozesse wurden bis heute nicht amtlich veröffentlicht, so dass die Formulare vorerst noch nicht verwendet werden.

Erstattungen werden immer über die Verbindungsstellen abgewickelt, nie auf direktem Wege zwischen den Trägern (*Art. 66 Abs. 2 VO 987/2009*). Sie werden also nie eine Kostenforderung über die Formulare E 125/E 127 von einem aushelfenden Träger direkt erhalten.

Für das Inkasso der Kostenforderungen in der Schweiz ist ausschliesslich die Gemeinsame Einrichtung KVG als Verbindungsstelle verantwortlich. Die von Ihnen gemachten Zahlungen zur Begleichung der Kostenforderungen werden wir über die ausländische Verbindungsstelle dem aushelfenden Träger zukommen lassen.

Die folgende Abbildung zeigt Ihnen eine Übersicht über die Akteure im Rahmen des Erstattungsverfahrens:

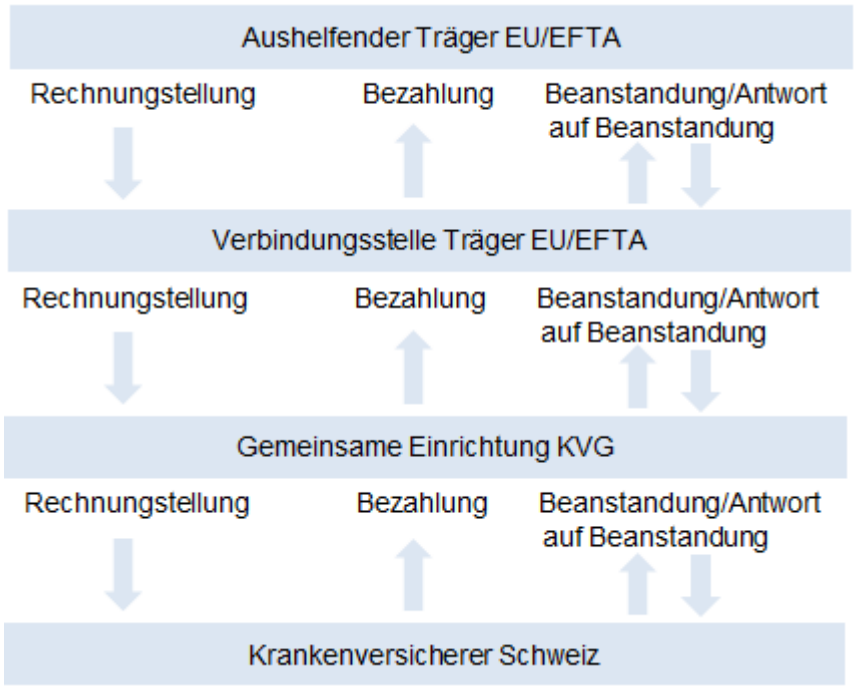


Abbildung 6: Übersicht Akteure im Erstattungsverfahren

Erstattungen zwischen den betroffenen Staaten sollen so schnell als möglich vorgenommen werden und zwar sobald der jeweilige Staat dazu in der Lage ist (*Art. 66 Abs. 1 VO 987/2009*). Für Zahlungen, die nicht innerhalb der vorgesehenen Fristen vorgenommen werden, können Verzugszinsen berechnet werden.

7.1.1 Währungsumrechnung

Für die Umrechnung der Kostenforderungen der ausländischen Währung in Schweizer Franken ist der Devisenkurs (Verkauf) des ersten Tages desjenigen Monats massgebend, in welchem die Kostenforderungen bei der Gemeinsamen Einrichtung KVG eintrifft (*Ziffer 8.1.1 und 8.1.2 Anhang Reglement über die Durchführung der internationalen Koordination in der Krankenversicherung*).

7.1.2 Verjährung von Ansprüchen

Der Anspruch auf ausstehende Leistungen der Sozialversicherungen erlischt fünf Jahre nach dem Ende des Monats, für welchen die Leistung geschuldet war. So sieht es *Art. 24 Abs. 1 ATSG* vor. Das gilt jedoch nur, wenn Gläubiger und Schuldner ihren Sitz in der Schweiz haben und ist auf die Leistungsaushilfe in den EU-/EFTA-Staaten nicht anwendbar.

7.2 Erstattung nach effektiven Kosten

Der zuständige Träger erstattet dem aushelfenden Träger die tatsächlichen Ausgaben, die sich aus der Rechnungsführung des aushelfenden Trägers ergeben (*Art. 62 Abs. 1 VO 987/2009*). Das bedeutet also, dass der aushelfende Träger nur die Kosten weiterverrechnen darf, welche ihm auch tatsächlich entstanden sind.

Wie werden aber die tatsächlichen Kosten berechnet? Und wie verhält es sich mit einer allfälligen Kostenbeteiligung?

Fast alle Staaten sehen eine Kostenbeteiligung der versicherten Person vor (Eigenbeteiligung, Zuzahlung etc.). Üblicherweise wird die Kostenbeteiligung vor Ort berechnet und einkassiert (z.B. direkt in der Apotheke, bei Entlassung aus dem Spital, als Verrechnung mit der Rückvergütung etc.).

Bei den an Sie als zuständigen Versicherer weiterverrechneten Kosten (tatsächlichen Ausgaben oder Aufwendungen) handelt es sich um den um die Kostenbeteiligung verminderten Betrag der medizinischen Behandlung in der EU/EFTA. Das folgende Beispiel soll dies verdeutlichen:

Beispiel

Ein Versicherter befand sich zur ambulanten Behandlung im Spital in Marseille/ Frankreich. Von den 300 EUR, welche die medizinische Behandlung gekostet hat, werden ihm 40% (120 EUR) Selbstbehalt verrechnet, welchen er vor Ort begleicht. Den Rest übernimmt der aushelfende Träger CPAM de Marseille im Rahmen der Leistungsaushilfe.

Lösung

Die Behandlung hat brutto 300 EUR gekostet. Von diesem Betrag gehen 120 EUR zu Lasten des Versicherten, so dass der aushelfende Träger tatsächliche Ausgaben in Höhe von 180 EUR hat. Nur diesen Betrag darf er Ihnen als zuständiger Träger weiterverrechnen.

Das Inkassorisiko der Kostenbeteiligung liegt beim Leistungserbringer oder beim aushelfenden Träger der EU/EFTA.

Beispiel

Ein sehr betagter Versicherter lebt in Deutschland und ist dort im Rahmen der Leistungsaushilfe eingetragen. Im Februar muss er als Notfall zur stationären Behandlung aufgenommen werden. Nach einer Woche verstirbt er. Familienangehörige sind nicht vorhanden. Der deutsche aushelfende Träger muss 70 EUR Kostenbeteiligung abschreiben. Die Behandlung kostet brutto 2‘850 EUR.

Lösung

Das Risiko des Zahlungsausfalls liegt beim deutschen aushelfenden Träger. Obwohl die Forderung der Kostenbeteiligung uneinbringlich ist, darf er Ihnen lediglich den Nettobetrag in Höhe von 2‘780 EUR weiterverrechnen.

Achtung
Erhalten Sie eine Kostenforderung E 125, so dürfen Sie den Versicherten keinesfalls zusätzlich mit der Kostenbeteiligung nach KVG/KVV belasten.

Beachten Sie bitte, dass Sie Kostenforderung, die Ihnen im Rahmen der internationalen Leistungsaushilfe weiterverrechnet werden, nicht auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung (*Art. 32 KVG*) prüfen dürfen.

7.2.1 Besonderheit Unfälle

Sie erhalten die Kostenforderung selbst dann, wenn es sich beim Leistungsaushilfefall um einen Nichtberufsunfall handelt und die Person keine Unfalldeckung bei Ihnen abgeschlossen hat, da sie bei einem Unfallversicherer versichert ist (unfallversicherungspflichtige Arbeitnehmer). In diesen Fällen können Sie eine Rückforderung beim Unfallversicherungsträger geltend machen. In Feld 5.2 der Kostenforderung E 125 erkennen Sie, ob es sich um einen Nichtberufsunfall oder um einen Berufsunfall handelt.

Nicht immer ist die medizinische Behandlung im Ausland infolge eines Unfalls vor der Rückkehr in die Schweiz abgeschlossen. Möglicherweise sind Nachbehandlungen in der Schweiz erforderlich. Um in Zweifelsfällen klären zu können, ob es sich um Folgen eines Nichtberufsunfalls im Ausland handelt, ist es empfehlenswert, sich direkt mit dem Versicherten oder mit dem Unfallversicherer in Verbindung zu setzen. Nach *Art. 53 Abs. 1 UVV* ist der Versicherte verpflichtet, Unfälle dem Arbeitgeber oder dem Unfallversicherer unverzüglich zu melden. Das gilt auch bei einem Unfall im Ausland.

Beispiel

Eine Person ist über ihren Arbeitgeber gegen Unfall versichert. Sie macht Wanderferien auf Malta. Infolge einer Unaufmerksamkeit stürzt sie und muss sich anschliessend im Spital in Valetta behandeln lassen. Die Kosten werden im Rahmen der Leistungsaushilfe über die EHIC abgerechnet, da nach maltesischen Rechtsvorschriften der Freizeit-unfall über die Krankenversicherung abgewickelt wird. Sie erhalten die Kostenrechnung E 125 mit dem Hinweis auf den Nichtberufsunfall.

Lösung

Die Kostenforderung E 125 ist zunächst zu begleichen. Anschliessend fordern Sie die Kosten beim Unfallversicherungsträger zurück. Erfragen Sie diesen beim Versicherten, z.B. in Form eines Fragebogens. Prüfen Sie bei allfälligen Nachbehandlungen in der Schweiz, ob es sich dabei um Folgen des im Ausland eingetretenen Unfalls handelt.

7.3 Erstattung nach Monatspauschalen

Staaten, bei welchen eine Erstattung auf der Grundlage der tatsächlichen Aufwendungen wegen ihrer Rechts- und Verwaltungsstruktur nicht zweckmässig ist, verrechnen die Sachleistungen der Leistungsaushilfe für Rentner und ihre Familienangehörigen sowie für Familienangehörige eines in einem anderen Staat lebenden Erwerbstätigen in Form eines Pauschalbetrags, dessen Höhe für jedes Kalenderjahr ermittelt wird (*Art. 63 VO 883/2004*). Diese Staaten sind in Anhang 3 der Durchführungsverordnung aufgeführt. Es sind:

- Vereinigtes Königreich
- ~~Finnland~~ (bis 31. Dezember 2017, *VO (EU) Nr. 2017/492*)
- Irland
- ~~Italien~~ (bis 31. Dezember 2014, *VO (EU) Nr. 1224/2012*)
- ~~Malta~~ (bis 31. Dezember 2014, *VO (EU) Nr. 1224/2012*)
- ~~Niederlande~~ (bis 31. Dezember 2017, *VO (EU) Nr. 2017/492*)
- Norwegen
- Portugal
- Spanien
- Schweden
- Zypern (seit 1. Januar 2015, *VO (EU) Nr. 1224/2012*)

Bis auf die Niederlande handelt es sich um Staaten mit einem öffentlichen Gesundheitsdienst, bei denen eine exakte Verrechnung der effektiven Kosten nicht möglich oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand verbunden ist.

Der Pauschalbetrag muss den real anfallenden Ausgaben möglichst nahekommen.

Basis zur Berechnung des monatlichen Pauschalbetrags sind die Jahresdurchschnittskosten pro Person der jeweiligen Altersklasse im Wohnstaat. Sie werden ermittelt, indem die Jahresausgaben für sämtliche Sachleistungen, die von allen Trägern des betroffenen Staats für die dort wohnenden Personen der betreffenden Altersklasse gewährt wurden, durch die durchschnittliche Zahl der betroffenen Personen geteilt werden. Die Jahresdurchschnittskosten werden immer pro Kalenderjahr berechnet.

Welche Gesamtkosten kommen auf Sie zu bzw. mit welchen Kosten müssen Sie rechnen?

Zusammenfassend übernehmen Sie als zuständiger Träger folgende Kosten:

- Monatspauschale im Wohnstaat unabhängig der Inanspruchnahme von Leistungen
  (Verrechnung durch den Träger des Wohnstaats).
- Medizinische Behandlungen bei Aufenthalt in der Schweiz infolge des Behandlungswahlrechts
  (Direkte Abrechnungen mit Ihnen).
- Effektive Kosten für medizinische Behandlungen bei Aufenthalt in einem anderen EU/EFTA-Staat
  (Verrechnung durch den Träger des Aufenthaltsstaats über die EHIC).
- Medizinische Behandlungen in einem Drittstaat ausserhalb der EU/EFTA nach *Art. 36 Abs. 4 KVV*.

7.3.1 Kürzung der Monatspauschale

Die Monatspauschale wird grundsätzlich um 20% gekürzt. Ist der zuständige Staat jedoch nicht in *Anhang IV der VO 883/2004* aufgeführt, so beträgt die Kürzung für Rentner und ihre Familienangehörigen 15% (*Art. 64 Abs. 3 VO 987/2009*). Das bedeutet, dass Staaten, welche das Behandlungswahlrecht gewähren (*Eintrag in Anhang IV der VO 883/2004*), eine tiefere Monatspauschale in Rechnung gestellt bekommen, da sie durch die Gewährung des Behandlungswahlrechts mit höheren Kosten im eigenen Staat rechnen müssen. Im Gegensatz hierzu wird eben der Wohnstaat entlastet, in dem der Versicherte das Behandlungswahlrecht ausübt.

Beispiel

Ein bei Ihnen versicherter Rentner wohnt in Spanien.	Lösung	Da die Schweiz das Behandlungswahlrecht gewährt, muss Spanien bei der Verrechnung der Monatspauschale diese um 20% kürzen.

Da die Schweiz das Behandlungswahlrecht gewährt, ist sie im *Anhang IV der VO 883/2004* eingetragen. Das bedeutet, dass die Monatspauschalen, welche die anderen Staaten der Schweiz verrechnen, immer um 20% gekürzt werden. Bitte beachten Sie, dass es nicht Ihre Aufgabe ist zu überprüfen, ob der Rechnung stellende Staat die Kürzung der Monatspauschale tatsächlich vorgenommen hat. Dies übernimmt die Gemeinsame Einrichtung KVG für Sie, indem sie die bei Rechnungseingang die Beträge überprüft.

7.3.2 Erstattungsverfahren bei Monatspauschalen

Im Gegensatz zur Abrechnung nach effektiven Kosten erfolgt die Abrechnung nach Monatspauschalen in zwei Schritten bis der eigentliche Forderungsbetrag bekannt ist.

Im **ersten Schritt** wird nur die Anzahl Monate bekannt gegeben (Aufstellung der Monate). Die Anzahl Monate entspricht der Summe der Kalendermonate in einem Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember 20XX), in denen die betreffenden Versicherten auf Grund ihres Wohnorts in dem jeweiligen Staat eingetragen waren (*Art. 64 Abs. 4 zweiter Unterabsatz VO 987/2009*). Zur Berechnung der Anzahl Monate wird der Kalendermonat, in dem die Eintragung **beginnt**, immer voll angerechnet. Der Kalendermonat, in welchem die Eintragung **endet**, wird nur dann berechnet, wenn der Anspruch am letzten Tag dieses Monats endet. Beginnt und endet der Anspruch in demselben Monat, so gilt dies als voller Monat.

Im **zweiten Schritt** wird die Forderung beziffert (Bezifferung). Sobald der jeweilige Pauschalbetrag im EU-Amtsblatt veröffentlicht und damit rechtsgültig ist, wird der Pauschalbetrag mit der Anzahl der angekündigten Monate multipliziert. Der eigentliche Forderungsbetrag ist hiermit bekannt.

7.4 Beanstandung von Kostenrechnungen

Die Kosten für medizinische Behandlungen im Rahmen der Leistungsaushilfe werden vom aushelfenden Träger des Aufenthalts- bzw. Wohnstaats zu Lasten des zuständigen Krankenversicherers übernommen. Dabei darf der aushelfende Träger die Kosten nur übernehmen, wenn sie im Einklang mit dem Koordinationsrecht stehen, d.h. wenn ein gültiger Anspruchsnachweis vorliegt, die Leistungsinanspruchnahme innerhalb der Rechtsvorschriften des Aufenthalts- bzw. Wohnstaats erfolgt und die Voraussetzungen nach *Art. 17 ff. VO 883/2004* erfüllt sind.

Der zuständige Krankenversicherer muss grundsätzlich jede Kostenforderung des Aufenthalts- bzw. Wohnstaats gegen sich gelten lassen.

Nur wenn begründete Zweifel an der Richtigkeit der Kostenforderung bestehen oder wenn einer der folgenden Gründe vorliegt, kann die Kostenforderung beanstandet werden:

- Anspruchsbescheinigung wurde nicht von uns ausgestellt
- Angaben zur Anspruchsbescheinigung sind unvollständig oder nicht plausibel
- Eintragung zur Leistungsaushilfe wurde nie bestätigt
- Angaben zur Identifizierung des Versicherten sind unvollständig bzw. die Person kann nicht gefunden werden
- Zeitraum der Gewährung von Sachleistungen ist durch Anspruchszeitraum nicht abgedeckt
- Kostenabrechnung erfolgt nach Monatspauschalen, nicht nach effektiven Kosten
- Für denselben Zeitraum wurden mehr als eine Leistung der gleichen Art abgerechnet
- Der Versicherte hat Anspruch auf Leistungen im Wohnstaat ab… (*Datum*)
- Die Kosten wurden auf Basis der Europäischen Krankenversicherungskarte abgerechnet, obwohl sich die Person nachweislich zum Zwecke der Behandlung in den anderen Staat begeben hat

Die Kostenforderung muss unter Angabe mindestens einer der oben aufgeführten Punkte an die Gemeinsame Einrichtung KVG zurückgesandt werden. Diese leitet die Kostenforderung an die ausländische Verbindungsstelle mit der Bitte um Überprüfung weiter.

Beispiel

Sie erhalten eine Kostenforderung, auf welcher eine stationäre Behandlung für die Zeit vom 10. März bis 20. März in Höhe von EUR 3‘500 angegeben ist. Zeitgleich erhalten Sie für denselben Versicherten eine Kostenforderung für die Zeit vom 15. März bis 18. März, ebenfalls für eine stationäre Behandlung in Höhe von EUR 1‘900.

Lösung

Für denselben Zeitraum wurden zwei identische Leistungsarten verrechnet. Zur Überprüfung, ob es sich tatsächlich nicht um eine Doppelforderung handelt, bitten Sie die Gemeinsame Einrichtung KVG, den Sachverhalt beim aushelfenden Träger überprüfen zu lassen. Senden Sie die Kostenforderung mit der entsprechenden Begründung zurück.

Die Beanstandung einer Kostenrechnung entbindet den Krankenversicherer nicht automatisch von der Zahlungsverpflichtung. Solange sich die Forderung im Beanstandungsverfahren befindet, bleibt sie buchhalterisch als offener Posten bestehen und zwar so lange, bis die Forderung durch den aushelfenden Träger annulliert wird oder durch den Krankenversicherer beglichen wird.

7.4.1 Hinweis der versicherten Person

Eine falsche Kostenabrechnung durch den aushelfenden Träger kann verschiedene Ursachen haben, wie z.B.:

- Fehler bei der Übermittlung der Daten vom Leistungserbringer zum aushelfenden Träger
- Fehler bei der Erfassung durch den aushelfenden Träger
- Fehler bei der Weiterverrechnung vom aushelfenden Träger über die Verbindungsstellen
- Missbrauch des Anspruchsnachweises (z.B. EHIC)
- Versicherter kann sich nicht mehr erinnern
- etc.

Wenn Sie als zuständiger Träger die Kostenforderung begleichen, erhält die versicherte Person normalerweise eine Leistungsabrechnung, aus welcher die Behandlungsdaten hervorgehen. Wendet sich nun die versicherte Person mit dem Hinweis an Sie, dass die Behandlung in der EU/EFTA nicht stattgefunden habe und Ihre Abrechnung falsch sei, dann verlangen Sie von der Person eine schriftliche Erklärung und leiten Sie diese an die Gemeinsame Einrichtung KVG weiter. Die Gemeinsame Einrichtung KVG lässt den Sachverhalt im Rahmen des Beanstandungsverfahrens über die ausländische Verbindungsstelle prüfen und teilt Ihnen das Ergebnis mit.

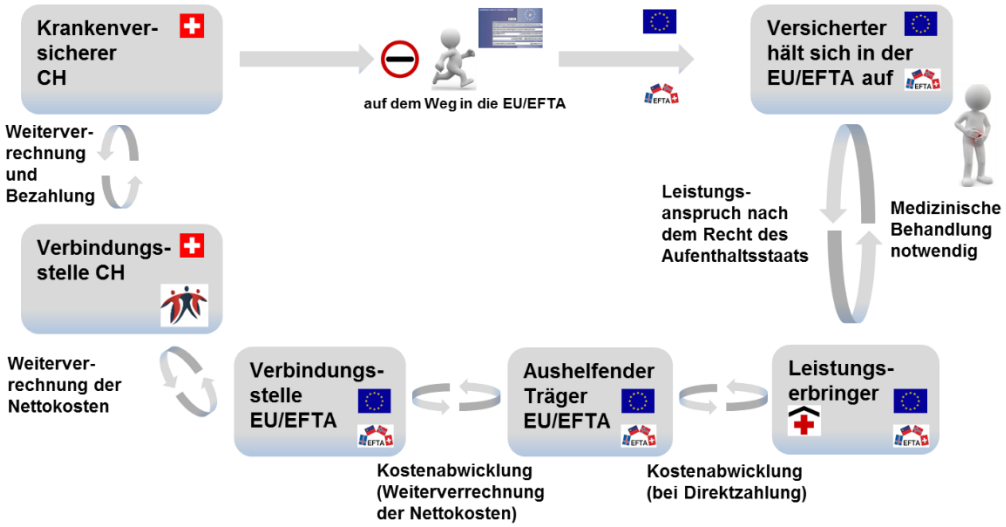
7.4.2 Verwendung der EHIC nach Ende der Versicherung

Wenn der aushelfende Träger während der Gültigkeitsdauer des verwendeten Anspruchsnachweises Kosten für Sachleistungen übernommen hat, darf der zuständige Träger, der die Bescheinigung ausgestellt hat, die Erstattung nicht verweigern. Dies geht aus *Teil A, Artikel 2 Ziffer 2 des Beschlusses S9 der Verwaltungskommission* hervor, in welchem es heisst: «Die Erstattung von Leistungen darf nicht mit der Begründung abgelehnt werden, die Person sei nicht mehr bei dem Träger versichert, der die EHIC oder die Anspruchsbescheinigung ausgestellt hat, sofern die Leistungen dem Leistungsempfänger während der Gültigkeitsdauer des verwendeten Dokuments gewährt wurden».

8 Verschiedenes

8.1 Übersicht Prozess Leistungsaushilfe

Das nachfolgende Schaubild gibt Ihnen einen Überblick über den Prozess der Leistungsaushilfe, wenn eine Person während eines vorübergehenden Aufenthalts **in der EU/EFTA** eine medizinische Behandlung benötigt.



Prozessbeschreibung
Eine nach KVG versicherte Person begibt sich für einen vorübergehenden Aufenthalt in einen EU-/EFTA-Staat, beispielsweise zu Ferienzwecken. Sie ist im Besitz der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC). Während des Aufenthalts in der EU/EFTA erkrankt die Person und begibt sich in medizinische Behandlung bei einem zugelassenen Leistungserbringer. Sie weist sich dort mit ihrer gültigen EHIC ggf. unter Beilage einer Identitätskarte aus. Der Leistungserbringer behandelt die nach KVG versicherte Person so, als würde es sich um eine versicherte Person des Aufenthaltsstaats handeln. Die Person geniesst hierbei den Tarifschutz. Die Person beendet die medizinische Behandlung, bezahlt ggf. ihre Kostenbeteiligung vor Ort und begibt sich wieder auf den Weg zurück in die Schweiz. Der Leistungserbringer wickelt im Falle einer Direktzahlung die Kosten über den aushelfenden Träger in der EU/EFTA ab. Er fordert hierbei die Kosten zurück, die ihm tatsächlich entstanden sind (Nettokosten, d.h. Behandlungskosten abzüglich Kostenbeteiligung). Der aushelfende Träger leitet die Kostenrechnung an die Verbindungsstelle der EU/EFTA weiter. Die Verbindungsstelle erstellt eine Sammelrechnung und sendet sie an die Gemeinsame Einrichtung KVG zur Rückerstattung der im Aufenthaltsstaat entstandenen Kosten. Die Gemeinsame Einrichtung KVG leitet die Kostenrechnung an den Krankenversicherer der betroffenen Person weiter und fordert diesen zur Zahlung der Kosten auf.

Derselbe Prozess ist anwendbar, wenn es sich um Personen handelt, die ihren Wohnsitz in der EU/EFTA haben und nach KVG versichert sind.

In bestimmten Staaten werden für Rentner und Familienangehörige anstelle der effektiven Kosten Monatspauschalen verrechnet. Der Prozess unterscheidet sich dadurch, dass der Versicherer nicht für einzelne Behandlungen eine Rechnung erhält, sondern dass die Kosten in Form einer Pauschale über einen definierten Zeitraum zurückgefordert werden.

8.2 Weiterverwendung der EHIC (Umgang mit Missbrauch)

Das europäische Koordinationsrecht bietet den Versicherten sehr viele Rechte und Freiheiten. Wo Freiheiten sind, gibt es leider auch genug Raum für Missbräuche. Missbräuche sind oft nicht zu vermeiden und werden sogar zur Steigerung von Effizienz und Pragmatismus in Kauf genommen.

Dieses Kapitel gibt Ihnen einige Hinweise, wie Sie Missbräuche vermeiden können.

Im Kapitel Saisonarbeitskräfte/Kurzaufenthalter wird erläutert, dass auch Personen der Versicherungspflicht in der Schweiz unterstehen, die sich nur kurzzeitig in der Schweiz aufhalten. Dennoch haben diese Personen nach *Art. 1 VVK* grundsätzlich Anspruch auf Ausstellung einer schweizerischen Versichertenkarte. Die Versichertenkarte enthält auf der Rückseite die EHIC. Nun besteht das Risiko, dass die EHIC nach Abreise aus der Schweiz im Heimatland weiterverwendet wird. Das kann insbesondere dann passieren, wenn der neue zuständige Träger mit dem „aushelfenden“ Träger nicht übereinstimmt.

> **Praxistipp zur Vermeidung der Fälle**:
> Verkürzen Sie die Gültigkeit der Versichertenkarte, wenn Sie wissen, dass es sich um eine Person handelt, die sich nur für eine kurze Zeit in der Schweiz aufhält.

> **Praxistipp zur Bearbeitung der Fälle**:
> Wenn Sie eine Kostenrechnung über medizinische Behandlung erhalten und Sie sich sicher sind, dass Versicherungspflicht im Wohnstaat vorliegt, verlangen Sie einen Versicherungsnachweis. Weisen Sie die Kostenrechnung unter Vorlage des Versicherungsnachweises zurück. Auch wenn die Kostenrechnung auf einer Europäischen Krankenversicherungskarte basiert, deren Gültigkeit noch nicht abgelaufen ist, gilt die Erstattungspflicht durch den Krankenversicherer nicht uneingeschränkt (vgl. 7.4 Beanstandung von Kostenrechnungen).

8.3 Adresse unbekannt oder nicht mehr aktuell

Hat die Person ihren Wohnsitz in einen EU-/EFTA-Staat verlegt und Ihnen dies nicht rechtzeitig mitgeteilt, können sich Unterbrüche in der Korrespondenz ergeben. Möglicherweise können die Briefe gar nicht erst zugestellt werden. Es gibt keine zentrale europäische Institution, über welche man die aktuelle Adresse eines Versicherten abfragen kann. Dennoch haben Sie verschiedene Möglichkeiten, die neue Adresse ausfindig zu machen:

- Bei Grenzgängern empfiehlt sich die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, sofern dieser bekannt ist.
- Bei Rentnern kann die Schweizerische Ausgleichskasse um Auskunft gebeten werden.
- Allgemein kann im Rahmen der Verwaltungshilfe gemäss *Art. 76 VO 883/2004 i.V.m. Art. 20 VO 987/20*9 eine Anfrage beim aushelfenden Träger des Wohnstaats gemacht werden. Diese Möglichkeit besteht übrigens auch, wenn die Person dort nicht im Rahmen der Leistungsaushilfe eingetragen ist.
- Anfrage bei der Einwohnerkontrolle der zuletzt zuständigen Gemeinde, vorbehaltlich der in diesem Staat geltenden Datenschutzrichtlinien.

9 Glossar

AEUV
Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union. Der AEUV regelt die Arbeitsweise der Union und legt die Bereiche, die Abgrenzung und die Einzelheiten der Ausübung ihrer Zuständigkeiten fest. Der AEUV und der Vertrag über die Europäische Union bilden die Verträge, auf die sich die EU gründet.

Amtssprachen
In der EU gibt es 24 Amtssprachen: Bulgarisch, Dänisch, Deutsch, Englisch, Estnisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Irisch, Italienisch, Kroatisch, Lettisch, Litauisch, Maltesisch, Niederländisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Schwedisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch und Ungarisch. Die EU-Rechtsvorschriften werden in allen Amtssprachen veröffentlicht. Jeder Versicherte und jede Institution kann diese Sprachen beim Schriftwechsel mit anderen Institutionen der EU verwenden.

Aushelfender Träger
Träger, der nach dem Koordinationsrecht verpflichtet ist, für den zuständigen Träger (Krankenversicherer) die Kosten für Sachleistungen aushilfsweise zu übernehmen - auch: Träger des Aufenthaltsstaats oder Träger des Wohnstaats.

„Brüssel hat entschieden…“
Damit wird auf die EU-Institutionen mit Sitz in Brüssel verwiesen. EU-Rechtsvorschriften werden von der Europäischen Kommission (Krankenversicherung: Verwaltungskommission) vorgeschlagen. Die Entscheidung über die Verabschiedung der Rechtsvorschriften liegt beim Rat der EU (Ministerrat) und beim Europäischen Parlament. Die Rechtsvorschriften sind nicht automatisch bindend für die Schweiz. In den meisten Fällen ist eine Anpassung des Freizügigkeitsabkommens erforderlich. Daher gelten von der EU erlassene Rechtsvorschriften immer erst mit zeitlicher Verzögerung für die Schweiz.

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

EESSI
Electronic Exchange of Social Security Information (elektronischer Datenaustausch)

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

EU-Rat
Der EU-Rat (Rat der EU oder Ministerrat) ist die oberste Entscheidungsinstanz der EU. Der Ratsvorsitz wird von jedem Mitgliedstaat für 6 Monate im Turnus ausgeübt.

Eurozone
Die so genannte Eurozone (Euroraum) besteht aus den EU-Mitgliedstaaten, die den Euro (EUR) als ihre Währung eingeführt haben. Es sind heute Belgien, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Portugal, Slowakei, Slowenien, Spanien und Zypern.

EWR
EWR ist die Abkürzung für den Europäischen Wirtschaftsraum. Dieser besteht aus der EU und den EFTA-Staaten mit Ausnahme der Schweiz. Das EWR-Abkommen legt fest, dass Island, Liechtenstein und Norwegen die Vorzüge des EU-Binnenmarktes geniessen können, jedoch ohne die vollständigen Privilegien und Verantwortlichkeiten eines EU-Mitgliedstaats.

Schengen-Gebiet
Das 1985 im luxemburgischen Schengen unterzeichnete Abkommen beinhaltete die Abschaffung aller Personenkontrollen an ihren Binnengrenzen. Hierdurch entstand ein Gebiet ohne Grenzen, das so genannte Schengen-Gebiet.
Die Schengen-Staaten führten eine gemeinsame Visumpolitik ein und einigten sich auf die Durchführung wirksamer Kontrollen an ihren (Schengen-) Aussengrenzen (z.B. zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung oder der nationalen Sicherheit für einen bestimmten Zeitraum). Heute gehören dem Schengen-Gebiet alle EU-Mitgliedstaaten sowie Island, Norwegen und die Schweiz an.

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

Währung
Neben der **Eurozone** (Euroraum) existieren die folgenden Währungen in den EU-/EFTA-Mitgliedstaaten:
Bulgarien: Lew (BGN), Dänemark: Krone (DKK), Vereinigtes Königreich: Pfund Sterling (GBP), Island: Krone (ISK), Liechtenstein: Schweizer Franken (CHF), Litauen: Litas (LTL), Norwegen: Krone (NOK), Polen: Zloty (PLN), Rumänien: Leu (RON), Schweden: Krone (SEK), Tschechien: Krone (CZK), Ungarn: Forint (HUF).

Zuständige Behörde
Damit ist eine staatliche Stelle oder Einrichtung bezeichnet, die für die Erledigung einer bestimmten Angelegenheit verantwortlich ist. In den meisten Fällen sind dies Ministerien oder Bundesverwaltungen. In der Schweiz ist beispielsweise das Bundesamt für Sozialversicherungen eine zuständige Behörde.

Zuständiger Träger
Träger, bei dem die betreffende Person versichert ist und welcher letztlich für die Kostenübernahme der im Wohn- oder Aufenthaltsstaat in Anspruch genommenen Leistungen aufkommt.

Zuständiger Staat
Staat, welcher für die anzuwendenden Sozialversicherungsvorschriften zuständig ist.

10 Impressum

Gemeinsame Einrichtung KVG
Institution commune LAMal
Istituzione comune LAMal

Herausgeber

Gemeinsame Einrichtung KVG
Internationale Koordination & Recht
Industriestrasse 78
4600 Olten
www.kvg.org

Autor Daniel Lorenz

Mit juristischer Unterstützung von Gilles Marti

Für Rückfragen

Daniel Lorenz
@: daniel.lorenz@kvg.org
✆: 032 625 30 46

Besonderen Dank für die Prüfung des Inhalts an:
Susanne Jeker Siggemann (BAG).

11 Hinweis, Haftungsausschluss und Vervielfältigung

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

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

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

Daniel Lorenz

12 Anhänge

12.1 Anhang 1: Verzeichnis der Institutionen

Die Institutionen der sozialen Sicherheit (zuständige Versicherer, Verbindungsstellen, Behörden etc.) innerhalb der EU/EFTA können über das öffentliche Verzeichnis der europäischen Institutionen der Sozialen Sicherheit abgefragt werden. Das Verzeichnis enthält nationale öffentliche und private Institutionen in den Sektoren Krankheit, Renten, Arbeitslosigkeit, Familienleistungen etc.

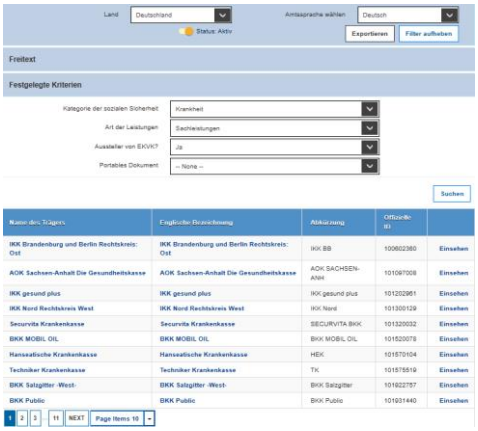
Wenn Sie sich beispielsweise eine **Liste** der Institutionen in einem bestimmten Staat anzeigen lassen möchten, wählen Sie die Suche nach Zuständigkeit (**Festgelegte Suchkriterien**) und grenzen Sie Ihre Suche an Hand der von Ihnen vorgegebenen Suchkriterien ein.

Wenn Sie sich lediglich über **einzelne Institutionen** oder Träger erkundigen möchten wie beispielsweise über die Adresse eines aushelfenden Trägers, wählen Sie die **Freitextsuche** und geben den Namen oder die Kennnummer der Institution ein.

Zum Verzeichnis mit der Bezeichnung «Zugangsschnittstelle für die Öffentlichkeit» gelangen Sie über den folgenden Internetlink: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1028&langId=de

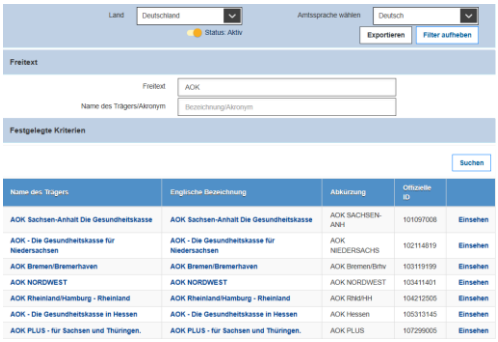
Wählen Sie zunächst den Staat, in welchem Sie einen Träger der sozialen Sicherheit suchen möchten.

Für ein treffendes Resultat grenzen Sie die Suche so weit als möglich ein. **Beispiel**:

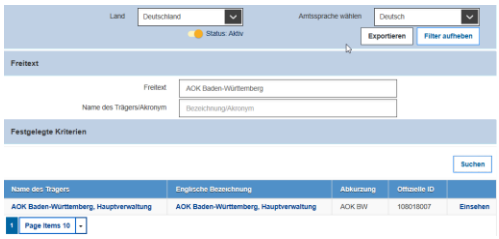


Sie können das Ergebnis nun zur weiteren Verwendung **exportieren** (xls, csv, pdf).

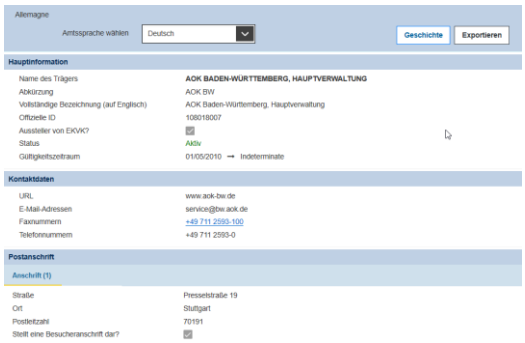
Wählen Sie **Textsuche -> Freitext**, wenn Sie einen einzelnen Träger suchen. Achten Sie auf die korrekte Schreibweise.
Beispiel:



Da es darauf ankommt, wie die Daten des Trägers im Verzeichnis gespeichert sind, starten Sie ggf. mehrere Versuche mit unterschiedlichen Schreibeweisen.
Beispiel:



Detailangaben im **Beispiel**:



Praxistipp
Über diese Funktionen finden Sie nicht nur die zuständigen Träger, sondern auch die aushelfenden Träger des Aufenthalts- oder Wohnstaats heraus.

12.2 Anhang 2: Zuständige kantonale Stellen für Gesuche um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht

	Adresse	E-Mail	Internet
AG	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ag@kvg.org	www.kvg.org
AI	Gesundheitsamt des Kantons AI, Hoferbad 2, 9050 Appenzell	info@gsd.ai.ch	www.ai.ch
AR	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ar@kvg.org	www.kvg.org
BE	Amt für Sozialversicherungen, Forelstrasse 1, 3072 Ostermundigen	asv.vp@be.ch	www.be.ch/pvo
BL	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	bl@kvg.org	www.kvg.org
BS	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	bs@kvg.org	www.kvg.org
FR	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
GE	Service de l'assurance-maladie, Route de Frontenex 62, 1207 Genève	sam@etat.ge.ch	www.ge.ch/assurances/maladie/
GL	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ag@kvg.org	www.kvg.org
GR	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
JU	Caisse de compensation du Canton du Jura, Rue Bel-Air 3, Case postale 368, 2350 Saignelégier	mail@ccju.ch	www.caisseavsjura.ch
LU	Ausgleichskasse Luzern, Würzenbachstrasse 8, Postfach, 6000 Luzern 15		www.ahvluzern.ch
NE	Office cantonal de l'assurance Maladie, Espace de l'Europe 2, Case postale 716, 2002 Neuchâtel	Office.AssuranceMaladie@ne.ch	www.ne.ch
NW	Ausgleichskasse Nidwalden, Stansstaderstrasse 88, 6371 Stans	info@aknw.ch	www.aknw.ch
OW	Gesundheitsamt, St. Antonistrasse 4, Postfach 1243, 6061 Sarnen	gesundheitsamt@ow.ch	www.ow.ch
SG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
SH	Sozialversicherungsamt Schaffhausen, Oberstadt 9, 8200 Schaffhausen	auskunft@svash.ch	www.svash.ch
SO	Amt für soziale Sicherheit, Ambassadorenhof, 4509 Solothurn	aso@ddi.so.ch	www.aso.so.ch
SZ	Ausgleichskasse Schwyz, Abteilung Leistungen (KVG) Postfach 53, 6431 Schwyz	info@aksz.ch	www.aksz.ch
TG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
	Gesundheitsamt des Kantons Thurgau, Promenadenstrasse 16, 8510 Frauenfeld	gesundheit@tg.ch	www.gesundheit.tg.ch

12.3 Anhang 3: Übersicht über die Aufenthaltsbewilligungen

TI	Ufficio dei contributi Settore obbligo assicurativo, Via Ghiringhelli 15a, 6501 Bellinzona	obbligo@ias.ti.ch	www4.ti.ch
UR	Gemeinsame Einrichtung KVG, Industriestrasse 78, 4600 Olten	ur@kvg.org	www.kvg.org
VD	Office vaudois de l'assurance-maladie (OVAM), Ch. de Mornex 40, 1014 Lausanne	info.ovam@vd.ch	www.vd.ch/ovam
VS	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
ZG	Wohnsitzgemeinde; Grenzgänger: Gemeinde des Aufenthalts- bzw. Arbeitsortes		
ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, Prämienverbilligung/ Versicherungsobligatorium, Stampfenbachstrasse 30, 8090 Zürich	kvg@gd.zh.ch	www.gd.zh.ch

12.3 Anhang 3: Übersicht über die Aufenthaltsbewilligungen

(Quelle: www.bfm.admin.ch)

Ausweis L EU/EFTA (Kurzaufenthaltsbewilligung)
Die Kurzaufenthaltsbewilligung EU/EFTA wird in erster Linie an Arbeitnehmer, die im Besitz einer unterjährigen Arbeitsbescheinigung (Arbeitsvertrag zwischen drei Monaten und einem Jahr) sind, und an Stellensuchende (bei Aufenthalt über 3 Monaten) ausgestellt. Die Bewilligungsdauer richtet sich nach der Dauer des Arbeitsvertrages. Es besteht ein Recht auf geographische und berufliche Mobilität. Gegen Nachweis eines neuen Arbeitsverhältnisses wird die Kurzaufenthaltsbewilligung verlängert oder erneuert. Die Inhaber der Kurzaufenthaltsbewilligung haben auch Anspruch auf Familiennachzug (siehe oben). Für Studierende wird die Bewilligung für ein Jahr ausgestellt und bis zum Abschluss des Studiums um jeweils ein weiteres Jahr verlängert.

Ausweis B EU/EFTA (Aufenthaltsbewilligung)
Diese Bewilligung ist fünf Jahre gültig und kann verlängert werden. Sie wird in erster Linie ausgestellt für die Arbeitnehmer, die im Besitze einer überjährigen oder einer unbefristeten Arbeitsbescheinigung (Arbeitsvertrag) sind. Personen, welche eine selbständige Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen haben, sofern sie nachweisen, dass sie effektiv eine selbständige Erwerbstätigkeit ausüben, Anspruch auf eine fünf Jahre gültige Aufenthaltsbewilligung EU/EFTA. Nicht erwerbstätige Personen kommen ebenfalls in den Genuss der Bewilligung B EU/EFTA, sofern sie über ausreichende finanzielle Mittel und eine alle Risiken abdeckende Kranken- und Unfallversicherung verfügen.

Ausweis C EU/EFTA (Niederlassungsbewilligung)
Diese Bewilligung wird vom Abkommen nicht erfasst; sie wird wie bisher auf Grund von Niederlassungsvereinbarungen oder Gegenrechtserwägungen erteilt. Sie ist von unbeschränkter Dauer und an keine Bedingungen gebunden und geht weiter als die Aufenthaltsbewilligung EU/EFTA. Die EU-15/EFTA-Staatsangehörigen erhalten grundsätzlich eine Niederlassungsbewilligung nach einem Aufenthalt von fünf Jahren in der Schweiz.

Ausweis Ci EU/EFTA (Aufenthaltsbewilligung mit Erwerbstätigkeit)
Die Aufenthaltsbewilligung mit Erwerbstätigkeit ist für Familienangehörige von Beamten intergouvernementaler Organisationen und für Mitglieder ausländischer Vertretungen bestimmt. Es handelt sich dabei um die Ehegatten und die Kinder bis zum 25. Altersjahr. Die Gültigkeit ist auf die Dauer der Funktion des Hauptinhabers beschränkt.

Ausweis G EU/EFTA (Grenzgängerbewilligung)
Es handelt sich um eine Sonderbescheinigung, die für die abhängig beschäftigten und selbständig erwerbenden Grenzgänger ausgestellt wird. Bedingung sind ein Arbeitsort in der Schweiz, ein Wohnort in der EU/EFTA und eine wöchentliche Rückkehr an den ausländischen Wohnort. Es besteht keine Einschränkung auf Grenzzonen mehr. Die Gültigkeitsdauer dieser Bewilligung für den abhängig beschäftigten Grenzgänger entspricht der Dauer des Arbeitsvertrags, sofern dieser mehr als drei Monate und weniger als ein Jahr beträgt. Ist der Arbeitsvertrag überjährig oder unbefristet, so ist die Bewilligung fünf Jahre lang gültig. Der Aufenthalt eines selbständig erwerbenden Grenzgängers ist ansonsten gleich geregelt wie derjenige des selbständig Erwerbstätigen mit Wohnsitz in der Schweiz.

12.4 Anhang 4: Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht als Rentner

Gemeinsame Einrichtung KVG
Industriestrasse 78
4600 Olten
Schweiz

Gesuch um Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz als Bezügerin/Bezüger einer Schweizer Rente mit Wohnort in Deutschland, Finnland (nur Familienangehörige), Frankreich, Italien, Österreich, Portugal oder Spanien (convenio especial)

Name: ..... Vorname:.....
Geburtsdatum: ..... AHV-Nr.:.....
Rente aus der Schweiz: ☐ AHV ☐ IV ☐ UV ☐ MV ☐ BVG ab/seit .....
Rente aus der EU/EFTA: ☐ Nein ☐ Ja Land: ..... ab/seit .....
Land: ..... ab/seit.....
Erwerbstätigkeit: ☐ Nein ☐ Ja Land: ..... ab/seit .....
Adresse im EU-/EFTA-Staat
Strasse und Nr.: .....
PLZ:..... .....Ort.:.....
Land: ..... Nationalität: .....
E-Mail: ..... Tel-Nr.: .....
Wohnsitz im EU-/EFTA-Staat seit: .....
Letzte Adresse in der Schweiz: .....
Letzte Krankenkasse in der Schweiz: .....

Ich mache vom Optionsrecht Gebrauch und schliesse mich der Krankenversicherung in meinem Wohnstaat an bzw. bleibe weiterhin dort versichert. Demzufolge beantrage ich die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht in der Schweiz.

Als Beilage sende ich:

- Aufnahmebestätigung der Krankenversicherung im Wohnstaat oder Bescheinigung über die zukünftige Aufnahme
- Abmeldebestätigung von der Wohngemeinde in der Schweiz
- Rentenbescheid(e)
- Formular „Choix du système d'assurance-maladie applicable" (Zwingend für Personen mit Wohnsitz in Frankreich)

....
Ort, Datum Unterschrift

Das Formular finden Sie auf unserer Website unter *www.kvg.org -> Privatpersonen -> Versicherungspflicht -> Rentner*

12.5 Anhang 5: Formular zur Wahl des anwendbaren Krankenversicherungssystems (Frankreich)

Die folgende Abbildung ist eine verkürzte Form des Formulars «choix du système d'assurance-maladie» und dient lediglich der Erläuterung im Rahmen der Behandlung dieses Themas. Verwenden Sie für die Praxis bitte die vollständige und ausfüllbare Version unter *www.kvg.org/Privatpersonen/Versicherungspflicht* unter dem jeweiligen Kanton oder unter *www.bag.admin.ch*.

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Choix du système d'assurance-maladie

Formulaire de choix du système d'assurance-maladie à l'intention de ressortissants suisses ou communautaires résidant en France et exerçant une activité lucrative en Suisse ou bénéficiant exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale.
Lire attentivement la procédure, en page 3.

Motif de l'exercice du choix du système d'assurance-maladie :
☐ j'exerce ce choix pour la première fois (prise d'activité en Suisse, prise de domicile en France ou octroi d'une rente du régime suisse de sécurité sociale)
☐ je modifie mon choix du système d'assurance-maladie précédemment effectué, car
- ☐ je reprends une activité en Suisse
- ☐ je reprends domicile en France
- ☐ je passe du statut de travailleur à celui de pensionné

☐ je suis assuré/e au régime français de l'assurance maladie, je n'ai à ce jour pas déposé formellement de demande d'exemption de l'assurance-maladie suisse et je demande à être exempté/e de l'assurance-maladie suisse dans le cadre de l'accord bilatéral du 7 juillet 2016 (possible jusqu'au 30 septembre 2017)

La procédure est identique à celle décrite en p. 3, le délai de 3 mois à compter de la soumission au régime suisse de sécurité sociale ou de la domiciliation en France n'est toutefois pas applicable à ce cas particulier. Comme vous êtes déjà assuré/e au régime français de l'assurance maladie, il n'est pas nécessaire de joindre les documents en vue d'une affiliation en France mentionnés à la p. 4.

1. Données personnelles

Nom(s) : ..... Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _
Prénom(s) : ..... Nationalité : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : ..... Courriel : .....
Numéro AVS : 756 . _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ Numéro de sécurité sociale française : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

2. À compléter par le/la travailleur/euse frontalier/ière

Nom de l'employeur : .....
Adresse de l'employeur : .....
Date de la prise d'activité : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _ Lieu de travail : .....
Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

3. À compléter par la personne bénéficiaire exclusivement d'une rente du régime suisse de sécurité sociale

Type : ☐ Assurance-vieillesse et survivants AVS ☐ Assurance-invalidité AI
☐ Assurance-accidents AA ☐ Prévoyance professionnelle PP
☐ Assurance militaire AM
Date d'octroi : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _ Date de domiciliation en France : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

4. Membres de la famille (conjoint / enfants) n'exerçant pas d'activité lucrative

Nom(s)	Prénom(s)	Date de naissance	N° AVS / NIR	Nationalité	Pays de résidence

5. Choix du système d'assurance-maladie (cocher la case)

☐ Affiliation auprès de l'assurance-maladie suisse (LAMal)

Je choisis de m'assurer dans le système d'assurance-maladie suisse. Je joins au présent document l'attestation (LAMal) de mon assureur suisse, ou une copie du formulaire S1 émis par l'assureur suisse, ainsi que celles des membres de ma famille non-actifs obligatoirement assurés auprès du même assureur que moi.

OU

☐ Affiliation au régime français de l'assurance maladie

Je choisis de m'assurer au régime français de l'assurance maladie et demande à être exempté/e de l'obligation de m'assurer en Suisse (exercice du droit d'option) et je joins les documents nécessaires selon ma situation (voir en page 4).

☐ *Mon espace personnel sur ameli.fr n'est pas encore ouvert et j'en demande l'ouverture*

L'exercice du droit d'option est un acte volontaire, il est irrévocable sous réserve de la survenance d'un nouveau fait générateur de son exercice (voir en page 4).

Par ma signature, j'atteste sur l'honneur que toutes les informations portées sur ce formulaire sont exactes et je donne mon accord à la communication de l'exemption à l'Institution commune LAMal, qui transmettra cette information aux services français compétents.

La loi française rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (articles 313- 1à 313-3, 433-19, 441-6 et 441-7 du Code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir le versement de prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

Lieu, date : ..... Signature : .....

6. Cette partie doit **OBLIGATOIREMENT ET DANS TOUS LES CAS être complétée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** de votre lieu de résidence avant d'être retournée à l'autorité compétente suisse

Adresse de la CPAM : .....

.....

Date de réception de la demande du choix de l'assuré/e : (JJ/MM/AAAA) _ _ / _ _ / _ _ _ _

Cachet et signature de la CPAM : .....

7. Exemption de l'obligation d'assurance en Suisse

À remplir, le cas échéant, par l'autorité compétente suisse pour l'exemption de l'obligation de s'assurer dans l'assurance-maladie obligatoire.

La/les personnes/s mentionnée/s ci-dessus sont exemptée/s de l'obligation de s'assurer en Suisse pour les soins en cas de maladie :

Lieu, date : .....

Cachet et signature de l'autorité compétente suisse : .....

A votre demande, l'autorité compétente suisse peut vous fournir une attestation de l'exemption de l'obligation de s'assurer en Suisse. Les personnes dont la demande d'exemption n'est pas acceptée sont contactées par l'autorité compétente suisse, qui procédera à une affiliation d'office auprès d'un assureur-maladie suisse.

12.5 Anhang 5: Formular zur Wahl des anwendbaren Krankenversicherungssystems (Frankreich)