

*Hauptabteilung Kranken- und Unfallversicherung*

Ihr Zeichen  
Ihre Nachr. vom

Unser Zeichen 2167470/1  
Bearbeitet durch Js  
Telefon (direkt) 031 322 90 58  
E-Mail susanne.jeker@bsv.admin.ch

An die KVG-Versicherer und  
ihre Rückversicherer

3003 Bern, 22.9.2003

**Informationen über die Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Abkommens im Bereich der Krankenversicherung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Schreiben möchten wir die Krankenversicherer zum Thema Umsetzung des Freizügigkeitsabkommens und des EFTA-Abkommens über die folgenden Punkte informieren.

**1 Auskunftsspflicht der Krankenversicherer**

Eine Umfrage der Zeitschrift „Pulstipp“ bei zehn Krankenversicherern im März dieses Jahres hat ergeben, dass mehrere Krankenversicherer nicht richtig über die neuen Regelungen in der Krankenversicherung informieren. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auf Artikel 27 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts hinweisen, der die Krankenversicherer verpflichtet, im Rahmen ihres Zuständigkeitsbereiches die interessierten Personen über ihre Rechte und Pflichten aufzuklären. Jeder Krankenversicherer, auch derjenige, welcher die Krankenversicherung in den EG-/EFTA-Staaten nicht durchführt, muss in der Lage sein, Ratsuchende korrekt und ausführlich über die Auswirkungen der Abkommen zu informieren. Aus diesem Grunde fordern wir Sie auf, Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besser über die Auswirkungen der Abkommen zu schulen.

**2 Folgen der Befreiung von der Durchführung der Krankenversicherung in allen oder einzelnen EG-/EFTA-Staaten**

Mit unseren Schreiben vom 22. März 2002 und vom 15. Oktober 2002 haben wir den Krankenversicherern mitgeteilt, dass eine Befreiung von der Durchführung der Krankenversicherung in allen oder einzelnen EG-/EFTA-Staaten zur Folge hat, dass die Personen mit Wohnsitz in diesen Staaten aus der Versicherung entlassen werden müssen. Welche Personen davon be-

troffen sind und wie die Krankenversicherer vorzugehen haben, können Sie unserem Schreiben vom 22. März 2002 entnehmen. Diese Personen müssen zu einem Krankenversicherer wechseln, welcher die Versicherung im betreffenden EG-/EFTA-Staat durchführt. Sollten Sie immer noch solche Versicherten in Ihren Beständen aufweisen, fordern wir Sie auf, diese umgehend zu informieren und zu verlangen, dass sie den Krankenversicherer wechseln.

### **3 EG-/EFTA-Prämien**

Obwohl wir die Krankenversicherer schon mehrfach angewiesen haben, letztmals am 18. Februar 2003, auf Personen mit Wohnsitz in einem EG-/EFTA-Staat die entsprechenden Prämien anzuwenden, erhalten wir immer wieder Informationen, dass die Krankenversicherer nach wie vor nicht die richtigen Prämien verlangen. Unser Amt fordert Sie noch einmal auf, die richtigen Prämien umgehend mitzuteilen und so schnell wie möglich anzuwenden. Zudem ersuchen wir Sie, uns bis zum **30. November 2003** schriftlich mitzuteilen, welche Anstrengungen Sie seit unserem Schreiben vom 18. Februar 2003 unternommen haben, die bei Ihnen schon vor dem Inkrafttreten des Freizügigkeitsabkommens versicherten Grenzgängerinnen und Grenzgänger zu ermitteln, und wie viele Versicherte sich danach gemeldet haben (Ziffer 1.4 unseres Schreibens vom 18. Februar 2003).

### **4 Formular E 111**

Bei Reisen in EG-/EFTA-Staaten haben die Versicherten das Formular E 111 mitzunehmen. Dieses Formular wird benötigt, wenn eine Notfallbehandlung beansprucht werden muss. Eine in der Schweiz versicherte Person hat grundsätzlich vor der Abreise in EG-/EFTA-Staaten Anspruch auf die Ausstellung des Formulars E 111. Auch wenn diese Formulare nicht von Amtes wegen ausgestellt werden müssen, kann sich ein Krankenversicherer nicht weigern, auf Antrag der betreffenden Person, das Formular E 111 vor der Abreise auszustellen. Kann die versicherte Person nämlich nicht rechtzeitig eine gültige Bescheinigung beim Träger des Aufenthaltstaates vorweisen, riskiert sie verschiedene Unannehmlichkeiten (weitere Informationen unter <http://www.bsv.admin.ch/int/beratung/d/schutz.htm>).

### **5 Durchführung der Leistungsaushilfe**

Am 18. Februar 2003 haben wir den Krankenversicherern zum Thema Durchführung der Leistungsaushilfe folgendes mitgeteilt: „Von verschiedenen Krankenversicherern haben wir erfahren, dass nach wie vor Rechnungen für Behandlungen in einem EG-/EFTA-Staat direkt dem Krankenversicherer zugestellt werden. Anscheinend akzeptieren einige ausländischen Leistungserbringer das Formular E 111 nicht. In diesem Zusammenhang möchten wir Sie darauf hinweisen, dass Artikel 36 Absätze 2 und 4 KVV nur noch für Leistungen, die ausserhalb eines EG-/EFTA-Staates bezogen werden, anwendbar ist. In Artikel 36 Absatz 5 KVV wird geregelt, dass die Bestimmungen über die internationale Leistungsaushilfe vorbehalten bleiben. In solchen Fällen kann der Krankenversicherer, gestützt auf Artikel 34 Absatz 4 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72, die Erstattung der verauslagten Kosten nach den in der Schweiz massgebenden Tarifen vornehmen, sofern nach diesen Tarifen eine Erstattung möglich ist. Die zu er-

statteten Kosten dürfen 1000 Euro nicht übersteigen und der Versicherte muss mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden sein. Auf keinen Fall darf der Erstattungsbetrag die tatsächlich entstandenen Kosten übersteigen.“

In der Zwischenzeit hat sich gezeigt, dass dieses Vorgehen nicht in allen Fällen möglich ist. Nachfolgend möchten wir ausführen, nach welchen Tarifen die Krankenversicherer die Kosten für Behandlungen in einem EG-/EFTA-Staat zu übernehmen haben. Dabei ist nach folgenden Fällen zu unterscheiden:

1. „Normaler“ Leistungsaushilfefall, Behandlung in einem EG-/EFTA-Staat durch einen Leistungserbringer, der Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringt, das notwendige Formular liegt vor und wird anerkannt. Der Krankenversicherer hat die Kosten nach den Tarifen, die am Ort der Behandlung gelten und nach dem Verfahren, das im Gemeinschaftsrecht für die Leistungsaushilfe vorgesehen ist, zurückzuerstatten.
2. Leistungsaushilfefall, Behandlung in einem EG-/EFTA-Staat durch einen Leistungserbringer, der Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringt, das notwendige Formular liegt nicht vor oder wird vom Leistungserbringer nicht anerkannt. Nach der Rückkehr legt der Versicherte dem Krankenversicherer die Rechnungen vor. Der Krankenversicherer verlangt mit Hilfe des Formulars E 126 beim aushelfenden Träger des betreffenden EG-/EFTA-Staates Auskünfte über den Kostenbetrag, den dieser dem Versicherten gezahlt hätte, wenn er sich während seines Aufenthaltes an ihn gewandt hätte. Sobald die Antwort vorliegt, zahlt der Krankenversicherer dem Versicherten den mitgeteilten Rückerstattungsbetrag aus.  
Damit es zu keinen Ungleichbehandlungen mit den unter der nachfolgenden Ziffer 5 erwähnten Fällen kommt, haben wir nichts dagegen einzuwenden, wenn die Krankenversicherer in Fällen, in denen die eingereichten Rechnungen bedeutend höher sind als die auf dem Formular E 126 eingetragenen Erstattungssätze, Artikel 36 Absatz 4 KVV anwenden, d.h. sie haben höchstens den doppelten Betrag der Kosten zu übernehmen, die in der Schweiz vergütet würden.
3. Leistungsaushilfefall, Behandlung in einem EG-/EFTA-Staat durch einen Leistungserbringer, der Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringt, das notwendige Formular liegt nicht vor oder wird vom Leistungserbringer nicht anerkannt. Nach der Rückkehr legt der Versicherte dem Krankenversicherer die Rechnungen vor. Der Krankenversicherer geht nach Artikel 34 Absatz 4 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 vor, weil sämtliche in dieser Bestimmung erwähnten Voraussetzungen erfüllt sind, d.h. die zu erstattenden Kosten übersteigen 1000 Euro nicht, und der Versicherte ist mit der Anwendung dieser Bestimmung einverstanden. Er übernimmt die Kosten nach dem schweizerischen Tarif.
4. Leistungsaushilfefall, Behandlung in einem EG-/EFTA-Staat durch einen Leistungserbringer, der Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringt, das notwendige Formular liegt nicht vor oder wird vom Leistungserbringer nicht anerkannt. Nach der Rückkehr legt der Versicherte dem Krankenversicherer die Rechnungen vor. Das Formular E 126 kann nicht angewendet werden, weil die Rechtsvorschriften des Aufenthaltsstaates keine Erstattungssätze vorsehen. Auch Artikel 34 Absatz 4 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 kann nicht angewendet werden, weil die zu erstattenden Kosten 1000 Euro übersteigen oder der Versicherte mit der Anwendung dieser Bestimmung nicht einverstanden ist. Wenn die Bestimmungen des Gemeinschaftsrechts nicht ange-

wendet werden können, ist das nationale Recht anwendbar. Der Krankenversicherer hat deshalb Artikel 36 Absatz 4 KVV anzuwenden, d.h. er hat höchstens den doppelten Betrag der Kosten zu übernehmen, die in der Schweiz vergütet würden.

5. Kein Leistungsaushilfefall, Behandlung in einem EG-/EFTA-Staat durch einen privaten Leistungserbringer, der keine Leistungen für die soziale Krankenversicherung erbringt und das Formular nicht anerkennt. Wenn die Bestimmungen des Gemeinschaftsrechts nicht angewendet werden können, ist das nationale Recht anwendbar. Der Krankenversicherer hat deshalb Artikel 36 Absatz 4 KVV anzuwenden, d.h. er hat höchstens den doppelten Betrag der Kosten zu übernehmen, die in der Schweiz vergütet würden.

## 6 Änderungen des Anhangs II des Freizügigkeitsabkommens

Am 15. Juli 2003 hat der Gemischte Ausschuss EU-Schweiz Änderungen des Anhangs II des Freizügigkeitsabkommens beschlossen. Die Änderungen betreffen auch die Kranken- und Unfallversicherung, so haben z. B. **Portugal und Finnland** auf den 1. Juni 2003 die Aufhebung des Versicherungswahlrechts beschlossen. Als Beilage erhalten Sie eine Kopie der Veröffentlichung des Beschlusses im Amtsblatt der Europäischen Union vom 26. Juli 2003. Die geänderte Fassung des Anhangs II finden Sie auch unter [www.bsv-vollzug.ch](http://www.bsv-vollzug.ch), INT, Grundlagendokumente. Zu einem späteren Zeitpunkt wird dieser Beschluss auch in der Amtlichen Sammlung des Bundesrechts publiziert werden.

## 7 Behandlungswahlrecht

Wir möchten die Krankenversicherer noch einmal darauf hinweisen, dass in der Schweiz versicherte Grenzgängerinnen und Grenzgänger sowie alle in der Schweiz Versicherte, die in Deutschland, Österreich, Belgien oder den Niederlanden wohnen, sich im Rahmen der durch das Freizügigkeitsabkommen anwendbaren massgebenden Bestimmungen der EG wahlweise im zuständigen Staat oder im Wohnland behandeln lassen können (Art. 20 der Verordnung (EWG) 1408/71, Anhang II zum Freizügigkeitsabkommen). Diese Personen können sich zum Zwecke der Behandlung in die Schweiz begeben. Sie haben daher auch bei einer Behandlung in der Schweiz die volle Kostenbeteiligung zu bezahlen (Art. 103 Abs. 7 KVV). Dieses Behandlungswahlrecht wird auch für die in der Schweiz Versicherten, die in Frankreich wohnen, eingeführt werden. Zum jetzigen Zeitpunkt ist das Datum des Inkrafttretens noch offen.

## 8 Soziale Taggeldversicherung nach KVG

Bei der sozialen Taggeldversicherung nach KVG hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) schon unter dem alten Recht entschieden, dass der Grenzgänger, der aus der Kollektivtaggeldversicherung ausscheidet, das Recht besitzt, in die Einzelversicherung der Kasse überzutreten. Der Grundsatz der Gegenseitigkeit gebiete, den Grenzgänger gleich zu behandeln wie die andern Versicherten. Dies solange er in der benachbarten Grenzzone wohne und dort der medizinischen und administrativen Kontrolle durch die Krankenkasse zugänglich sei (RSKV 1977 293 S. 134 ff). Im Jahre 2001 hat das EVG entschieden, dass das neue Recht am Territo-

Realitätsprinzip in der Taggeldversicherung grundsätzlich nichts ändern wollte. Die unter dem alten Recht entwickelte Rechtsprechung gelte deshalb auch für das neue Recht (RKUV 2001 KV 168 S. 256 ff). Seit die Abkommen in Kraft getreten sind, hat sich das EVG nicht mehr zu dieser Frage geäußert. Die Abkommen regeln die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit. Ein wesentliches Prinzip für die Soziale Sicherheit ist das Diskriminierungsverbot. In Artikel 9 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 wird geregelt, dass Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats, durch welche die freiwillige Versicherung oder freiwillige Weiterversicherung davon abhängig gemacht wird, dass der Berechtigte im Gebiet dieses Staates wohnt, für Personen nicht gelten, die im Gebiet eines anderen Mitgliedstaats wohnen, wenn für diese Personen zu irgendeiner Zeit ihrer früheren Laufbahn als Arbeitnehmer oder Selbständige die Rechtsvorschriften des ersten Staates gegolten haben. Da die medizinischen und administrativen Kontrollen bei Wohnsitz oder Aufenthalt in einem anderen als dem zuständigen Staat erschwert sind, sieht das Koordinationsrecht die Ausstellung eines ärztlichen Gutachtens durch den ausführenden Träger des Wohn- bzw. Aufenthaltsortes vor. Diese Gutachten gelten als im Gebiet des zuständigen Staates angefertigt (Art. 87 der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71, Art. 115 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72). Aus allen diesen Gründen haben seit dem Inkrafttreten der Abkommen Grenzgängerinnen und Grenzgänger bei Ausscheiden aus der Kollektivtaggeldversicherung das Recht, in die Einzelversicherung des Versicherers überzutreten, dies unabhängig davon, ob sie in der benachbarten Grenzzone wohnen oder nicht, denn das von der Rechtsprechung entwickelte Kriterium des Wohnens in der benachbarten Grenzzone wird wegen der oben erwähnten Regeln des Koordinationsrechts hinfällig. Hiermit fordern wir die Krankenversicherer auf, diese Änderung umzusetzen.

Zum Schluss möchten wir Sie noch einmal auffordern, uns bis zum 30. November 2003 die unter Ziffer 3 erwähnten Angaben zu machen.

Wir danken Ihnen für die Bemühungen, die Sie für die korrekte Umsetzung der Abkommen im Bereich der Krankenversicherung unternehmen und stehen Ihnen für weitere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Kranken- und Unfallversicherung  
Versicherer und Aufsicht

Daniel Wiedmer, Bereichsleiter

Beilage erwähnt