



# Fragen und Antworten zur Erstattung der Kosten für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der EU

Erstattung gemäß der Richtlinie 2011/24/EU und  
den Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009



**Meine Gesundheit @ EU**  
Digitale eHealth-Service-Infrastruktur  
ein Service der Europäischen Union

## Ich plane eine medizinische Behandlung im europäischen Ausland. Wie läuft die Erstattung ab?

Wenden Sie sich zunächst an Ihr nationales Gesundheitssystem oder an die Versicherung, die die geplante Behandlung übernimmt. Dann müssen Sie entscheiden, auf welche Weise die Kosten der Behandlung erstattet werden sollen.

Die Gesundheitsversorgung in einem anderen EU-Land wird durch zwei verschiedene EU-Rechtsinstrumente geregelt: zum einen die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (im Folgenden die „Verordnungen“) und zum anderen die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung (im Folgenden die „Richtlinie“). Wir weisen Sie darauf hin, dass sich das Spektrum der abgedeckten Gesundheitsleistungen, die Bedingungen für den Zugang zu medizinischer Behandlung sowie die Kostenerstattung je nach dem gewählten Rechtsinstrument unterscheiden. Weitere Informationen finden Sie im Leitfaden für Patienten, der in allen EU-Sprachen<sup>1</sup> verfügbar ist, und auf dem Portal „Ihr Europa“.

Eine geplante Gesundheitsversorgung (d. h. wenn die Reise ausdrücklich zu diesem Zweck erfolgt) ist in beiden Fällen möglich.

Wenn Sie eine geplante Gesundheitsversorgung in einem anderen EU-Land in Anspruch nehmen möchten und sich für die Erstattung **gemäß den Verordnungen** entscheiden, sollten Sie zuvor bei dem für Sie zuständigen Krankenversicherungsträger in Ihrem Heimatland eine entsprechende Genehmigung (Formular S2) einholen. Wenn es um eine Behandlung geht, auf die Sie Anspruch haben und die unter Berücksichtigung Ihres derzeitigen Gesundheitszustands und des wahrscheinlichen Krankheitsverlaufs nicht innerhalb einer medizinisch vertretbaren Frist durchgeführt werden kann, muss die Genehmigung erteilt werden (eine klinische Bewertung muss in jedem Einzelfall nach nationalem Recht erfolgen). In allen anderen Fällen liegt es im Ermessen des Krankenversicherungsträgers, ob eine Genehmigung erteilt wird oder nicht.

Wenn die Genehmigung erteilt wird, werden die Kosten der Behandlung gemäß den Bedingungen und Erstattungssätzen des Behandlungslandes übernommen. Die Abrechnung der Kosten erfolgt normalerweise direkt zwischen dem Versicherungsträger und dem Träger des Behandlungslandes, d. h. Sie müssen nicht in Vorleistung treten. Es kann jedoch sein, dass Sie bestimmte Patientengebühren übernehmen müssen.

Wenn Sie jedoch für die gesamten Behandlungskosten direkt selbst aufgekommen sind, können Sie entweder im Behandlungsland oder in Ihrem Versicherungsland die Erstattung beantragen.

Beachten Sie bitte, dass die Verordnungen nur Anwendung auf Gesundheitsdienstleister finden, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind oder vertraglich an dieses gebunden sind. Private Gesundheitsdienstleistungen werden grundsätzlich nicht im Rahmen der Verordnungen übernommen.

**Gemäß der Richtlinie** muss eine geplante Behandlung nur dann vorab genehmigt werden, wenn Krankenhausübernachtungen vorgesehen sind oder die Behandlung den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder Ausrüstung erfordert oder mit einem hohen Risiko für den Patienten verbunden ist. In diesem Fall haben Sie Anspruch auf eine Erstattung bis zur Höhe des Betrags, der im Gesundheitssystem Ihres Heimatlandes abgedeckt wäre, wenn die Behandlung dort stattgefunden hätte, und beantragen die Erstattung in dem Land, in dem Sie versichert sind.

Anders als im Fall der Verordnungen müssen Sie, wenn Sie sich im Rahmen der Richtlinie im Ausland behandeln lassen möchten, alle medizinischen Kosten zunächst selbst tragen und können anschließend die Erstattung in Höhe der Kosten beantragen, die bei der Behandlung bei ihrem Gesundheitsdienstleister oder Versicherungsträger zu Hause angefallen wären.

Im Gegensatz zu den Verordnungen gilt die Richtlinie für alle Gesundheitsdienstleister (private und öffentliche), unabhängig von ihrem Verhältnis zum öffentlichen Gesundheitssystem.

1. [https://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/overview\\_de](https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/overview_de)

## Woher weiß ich, welcher der beiden Rechtswege in meinem konkreten Fall infrage kommt?

In der Regel sollten die Verordnungen zur Anwendung kommen, wenn die Bedingungen dafür erfüllt sind, außer wenn sich der Patient für die Richtlinie entscheidet (wenn z. B. die Anwendung der Richtlinie in seinem konkreten Fall vorteilhafter ist).

Die Richtlinie und die Verordnungen unterscheiden sich hinsichtlich des Geltungsbereichs – so fallen z. B. private Dienstleister, die nicht Teil des gesetzlichen/öffentlichen Gesundheitssystems sind, nicht unter die Verordnungen.

Zudem gibt es Unterschiede bei der Anwendung – von einigen Ausnahmen abgesehen werden im Rahmen

der Verordnungen keine geplanten Behandlungen ohne Vorabgenehmigung übernommen.

Es gibt jedoch auch Überschneidungen, bei denen eine bestimmte (geplante oder ungeplante) Behandlung sowohl im Rahmen der Verordnungen als auch im Rahmen der Richtlinie abgewickelt werden kann. In diesen Fällen darf nur eines der Instrumente eingesetzt werden (d. h. sie dürfen nicht beide gleichzeitig angewendet werden, da sie sich gegenseitig ausschließen). Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem Versicherer oder Ihrer nationalen Kontaktstelle<sup>2</sup>.

## Was passiert, wenn ich während meines vorübergehenden Auslandsaufenthalts zum Arzt oder ins Krankenhaus muss? Werden mir die Kosten erstattet?

Im Falle einer ungeplanten Behandlung (z. B. eines Notfalls) während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes gibt es zwei Möglichkeiten:

- Sie legen Ihre Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) oder eine provisorische Ersatzbescheinigung (PEB) vor, die normalerweise vom Krankenversicherungsträger ihres Heimatlandes ausgestellt werden. Falls Sie die Behandlung bezahlen mussten, richtet sich die Erstattung nach den Sätzen des Behandlungslandes: Die Erstattung kann entweder

im Behandlungsland oder im Versicherungsland beantragt werden. Die EKVK kann nur bei Gesundheitsdienstleistern verwendet werden, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind oder vertraglich an dieses gebunden sind.

- Sie kommen selbst für die Behandlung auf und beantragen die Erstattung gemäß der Richtlinie. Die Erstattung erfolgt nach den Sätzen Ihres Versicherungslandes. Sowohl öffentliche als auch private Gesundheitsdienstleister sind abgedeckt.

## Kann ich den Gesundheitsdienstleister frei wählen, egal ob öffentlich oder privat?

Nur Gesundheitsdienstleister, die Teil des öffentlichen Gesundheitssystems sind oder vertraglich an dieses gebunden sind, fallen unter die Verordnungen. Die Richtlinie findet dagegen auf alle Gesundheitsdienstleister Anwendung, unabhängig von

ihrem Verhältnis zum öffentlichen Gesundheitssystem. Beachten Sie, dass Sie nur Anspruch auf Behandlungen haben, die im Leistungsspektrum Ihrer Krankenversicherung enthalten ist.

2. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross\\_border\\_care/docs/cbhc\\_npc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/cbhc_npc_en.pdf)

## Fall 1

### geplante Behandlung/privater Dienstleister/keine Genehmigung



Clara ist Italienerin und arbeitet in Belgien, wo sie bei einer belgischen Krankenversicherung versichert ist. Sie plant einen Urlaub in ihrem Heimatland und möchte sich einen Termin bei dem Zahnarzt geben lassen, zu dem sie früher immer gegangen ist, als sie noch in Italien lebte. Ihr Arzt ist ein privater Facharzt. Da es sich um eine geplante Behandlung durch einen privaten Dienstleister handelt, kann Clara die Behandlung im Rahmen der Richtlinie in Anspruch nehmen, wenn diese Behandlung von ihrem nationalen Gesundheitssystem oder ihrem Krankenversicherungsträger in Belgien übernommen wird. Clara wird also den Arztbesuch in Italien bezahlen und nach ihrer Rückkehr nach Belgien bei ihrer belgischen Versicherung einen Antrag auf Kostenerstattung stellen. Die Erstattung erfolgt nach den belgischen Sätzen.

## Fall 2

### geplante Behandlung/öffentlicher Dienstleister/Genehmigung erforderlich



Diogo ist Portugiese und arbeitet in Porto. Er ist in Portugal krankenversichert. Bei einem Unfall hat er sich den Arm gebrochen und muss sich einer hoch spezialisierten Operation unterziehen. Er findet heraus, dass es in Schweden ein öffentliches Krankenhaus gibt, in dem die Ärzte sehr viel Erfahrung mit dieser Art der Operation haben. Diogo beantragt bei seiner Krankenversicherung die Vorabgenehmigung für diese Operation, und diese wird ihm auch erteilt. Er muss die Operation nicht bezahlen, da seine Krankenversicherung direkt an den schwedischen Träger zahlt. Wie schwedische Patienten auch muss er nur für einen kleinen Teil der Übernachtungskosten aufkommen.

### Fall 3

## ungeplante Behandlung/öffentlicher Dienstleister



Caroline ist Französin und macht Skiurlaub in Österreich. Sie bricht sich das Bein und benötigt sofortige medizinische Versorgung. Sie hat die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) bei sich und braucht die Behandlung nicht direkt zu bezahlen. Wenn sie doch für die Kosten aufkommt, kann sie entweder in Österreich oder in Frankreich die Erstattung beantragen. Die Erstattung erfolgt nach den österreichischen Sätzen. Wenn sie ihre EKVK nicht verwendet und eine Erstattung gemäß der Richtlinie beantragen möchte, muss sie die Behandlung bezahlen und kann sich die Kosten in Frankreich erstatten lassen. Diese Erstattung erfolgt dann nach den französischen Sätzen.

### Fall 4

## elektronische Verschreibung



David wohnt in Finnland. Er leidet unter chronischen Rückenschmerzen und plant eine Urlaubsreise nach Kroatien. Bevor er sein Land verlässt, erkundigt er sich, wie er seine elektronische Verschreibung grenzüberschreitend verfügbar machen kann für den Fall, dass er während seines Kroatienaufenthalts seine Medikamente benötigen sollte. Nach einigen Urlaubstagen in Kroatien bekommt David wieder Rückenschmerzen und muss in eine Apotheke gehen, um sich die Medikamente zu holen, die ihm sein Arzt in Finnland für diesen Fall verschrieben hat. Dank der elektronischen Verschreibungsdienste kann der Apotheker David die verschriebenen Medikamente aushändigen. Was die Bezahlung und Erstattung anbelangt, gibt es folgende Möglichkeiten:



Fall 1: David besitzt die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK) und hat im Falle einer notwendigen Behandlung die gleichen Rechte wie kroatische Patienten (gleiche Verschreibung und Behandlung): Er bezahlt den gleichen Preis, den kroatische Bürger bezahlen hätten.



Fall 2: David besitzt keine Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK). Er muss die vollen Kosten für das in der Apotheke ausgegebene Medikament bezahlen und beantragt die Kostenerstattung, sobald er wieder in Finnland ist.