Europäische Kommission

Häufig gestellte Fragen

für eine gute Patienteninformation zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Häufig gestellte Fragen

für eine gute Patienteninformation zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung[1]

Ausreisende Patienten*

Sowohl die **Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009*** als auch die **Richtlinie 2011/24/EU*** gewähren das Recht auf Kostenübernahme für die medizinische Behandlung in jedem anderen Mitgliedstaat der EU* oder des EWR*. Das Spektrum der abgedeckten Gesundheitsdienstleistungen, die Bedingungen für den Zugang zu medizinischer Behandlung* und die finanziellen Auswirkungen sind unterschiedlich und richten sich nach der Regelung, in deren Rahmen sich ein Patient im Ausland behandeln lässt. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass Patienten angemessen über die verschiedenen Konsequenzen informiert sind, die eine Behandlung nach dem jeweiligen EU-Rechtsinstrument mit sich bringt.

Zu den Aufgaben der nationalen Kontaktstellen* (NKS) gehört es, Patienten über ihre Rechte und Ansprüche im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* in einem anderen EU*-/EWR*-Land zu informieren. Überdies sind nationalen Kontaktstellen dazu verpflichtet, Patienten darüber zu informieren, dass die Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* vorrangig anzuwenden sind, wenn die Bedingungen für die Erteilung einer Vorabgenehmigung im Rahmen ihres Geltungsbereichs erfüllt sind. Damit sie ihrer Aufgabe zur Patienteninformation gerecht werden können, kommt es deshalb insbesondere darauf an, dass die nationalen Kontaktstellen die Unterschiede zwischen den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009 und der Richtlinie 2011/24/EU genau kennen.

Nationale Kontaktstellen können die folgende Vorlage mit häufig gestellten Fragen auf ihrer Website einstellen oder als Ausgangspunkt für die persönliche Beratung von ausreisenden Patienten nutzen, um sie über die Rechte und Ansprüche zu informieren, die Patienten bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* sowohl im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit* als auch der Richtlinie 2011/24/EU* haben.

Sie können die folgenden Ausführungen gern unverändert in vollem Wortlaut oder auszugsweise für die Website Ihrer nationalen Kontaktstelle übernehmen oder für Ihre Kommunikation mit Patienten verwenden.

[1] Die mit einem Stern (*) gekennzeichneten Begriffe in diesem Dokument sind im begleitenden alphabetischen Glossar erläutert und definiert.

Haftungsausschluss

Dieses Dokument wurde im Rahmen des Gesundheitsprogramms (2014-2020) auf der Grundlage eines Einzelvertrags mit der im Auftrag der Europäischen Kommission tätigen Exekutivagentur für Verbraucher, Gesundheit, Landwirtschaft und Lebensmittel (CHAFEA) erarbeitet. Der Inhalt dieses Dokuments gibt die Ansichten des Auftragnehmers wieder, welcher hierfür die alleinige Verantwortung trägt; es kann keinesfalls als Wiedergabe der Ansichten der Europäischen Kommission und/oder der CHAFEA oder einer anderen Einrichtung der Europäischen Union ausgelegt werden. Die Europäische Kommission und/oder die CHAFEA übernehmen weder eine Gewähr für die Richtigkeit der in diesem Dokument enthaltenen Angaben noch übernehmen sie die Verantwortung für deren Verwendung durch Dritte.

Übersicht

Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung
Was ist unter dem europäischen Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* zu verstehen?
Worin besteht nach EU-Recht der rechtliche Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*?
Worum geht es bei der Richtlinie 2011/24/EU über die Patientenrechte?
Worum geht es bei den Verordnungen über die soziale Sicherheit?
Habe ich außerhalb des rechtlichen Rahmens der Richtlinie 2011/24/EU und der Verordnungen über die soziale Sicherheit* weitere Möglichkeiten, mich im Ausland behandeln zu lassen?
Habe ich Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung?
In welchen Ländern kann ich mich behandeln lassen?
Notfallversorgung während meines Auslandsaufenthalts (Urlaub, Besuch bei Familienangehörigen, Geschäftsreise oder Auslandssemester usw.)
Was geschieht, wenn ich während meines Auslandsaufenthalts plötzlich erkranke oder mich verletze?
Was ist unter einer medizinisch notwendigen Behandlung* zu verstehen?
Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich weiß, dass ich aufgrund meiner chronischen Krankheit oder meiner Schwangerschaft während meines Auslandsaufenthalts unter Umständen auf eine Behandlung angewiesen bin?
Was ist die Europäische Krankenversicherungskarte*?
Wann kann ich meine Europäische Krankenversicherungskarte* nutzen?
Welche Behandlungen sind durch die Europäische Krankenversicherungskarte* abgedeckt?
Was geschieht, wenn ich meine Europäische Krankenversicherungskarte* vergessen habe oder nicht nutzen kann?
Muss ich die Behandlung im Ausland selbst zahlen oder werden die Kosten von meinem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* direkt übernommen?
Bis zu welcher Höhe werden meine Kosten übernommen?
Welche Kosten können übernommen werden?
Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Kostenerstattung beantragen kann?
Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Kostenerstattung nicht einverstanden bin?
Benötige ich eine private Reise- oder Krankenversicherung oder eine Zusatzkrankenversicherung?
Welche Gesundheitsdienstleistungen werden durch meine Privatversicherung abgedeckt?
Woher weiß ich, mit wem ich Kontakt aufnehmen und an welchen Gesundheitsdienstleister oder an welches Krankenhaus ich mich im Fall einer plötzlichen Erkrankung oder Verletzung im Ausland wenden sollte?
Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung im Ausland (geplante Behandlung im Ausland)
Bin ich zur Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung im Ausland berechtigt?
Worin bestehen die Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme einer Behandlung im Ausland nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* oder nach der Richtlinie 2011/24/EU*?
Welche Art von Behandlung kann ich im Ausland in Anspruch nehmen?
Werden Telemedizin*-Dienste ebenfalls übernommen?
Was ist unter *Vorabgenehmigung** zu verstehen?
Benötige ich in jedem Fall eine Vorabgenehmigung* meines staatlichen

Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*, bevor ich mich zur Behandlung ins Ausland begebe?
Kann ich selbst entscheiden, ob ich eine Vorabgenehmigung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* oder nach der Richtlinie 2011/24/EU* beantrage?
Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Vorabgenehmigung* beantragen kann?
Welcher Träger ist für die Erteilung einer Vorabgenehmigung* zuständig?
Was geschieht, wenn ich mich im Ausland behandeln lasse, ohne vorher die erforderliche Vorabgenehmigung* einzuholen?
Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Vorabgenehmigung* nicht einverstanden bin?
Benötige ich eine Überweisung, um Zugang zu einer Behandlung im Ausland zu erhalten?
Muss ich die Behandlung selbst zahlen?
Bis zu welcher Höhe werden meine Kosten übernommen?
Wo erhalte ich Informationen zu den Gebühren für die Behandlung, die ich in Anspruch nehmen möchte?
Welche Kosten können übernommen werden?
Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Kostenerstattung beantragen kann?
Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Kostenerstattung nicht einverstanden bin?
Wie informiere ich mich über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland?
Wie stelle ich fest, an welchen Gesundheitsdienstleister im Ausland ich mich wenden kann?
Qualität und Sicherheit
Wo finde ich Informationen über die Behandlungsqualität in einem anderen Land?
Wo finde ich nähere Informationen zu einem speziellen Gesundheitsdienstleister oder Krankenhaus im Ausland?
Gesundheitsakte und Sprache
Wo erhalte ich nähere Informationen zu der Sprache, in der die Behandlung in einem anderen Land erfolgt?
Wie veranlasse ich die Weitergabe meiner Patientenakte ins Ausland?
Nachversorgung
Was geschieht, wenn ich nach einer Behandlung im Ausland eine Nachversorgung benötige?
Beschwerde und Rechtsbehelfe
Was geschieht, wenn ich mit der im Ausland durchgeführten Behandlung nicht zufrieden bin oder falls Schwierigkeiten auftreten?
Wo erhalte ich weitere Informationen darüber, wie ich Beschwerde einlegen bzw. den Rechtsweg beschreiten kann?
Verschreibungen im Ausland
Kann ich von meinem behandelnden Gesundheitsdienstleister in meinem Heimatland ausgestellte Verschreibungen bei einer Apotheke im Ausland einlösen?
Habe ich auch dann Anspruch auf Kostenübernahme, wenn ich die verschriebenen Arzneimittel im Ausland kaufe?
Nationale Kontaktstellen
Was sind nationale Kontaktstellen?
Wie erreiche ich eine nationale Kontaktstelle*?
Seltene Krankheiten
Welche Möglichkeiten habe ich, um eine neue oder alternative Behandlung im Ausland in Anspruch zu

nehmen, die in meinem Heimatland* nicht angeboten wird?
Was sind europäische Referenznetzwerke?
Wo finde ich Informationen über Patientenorganisationen in einem anderen Land?
Leben im Ausland
Was geschieht mit meiner Sozialversicherung, wenn ich vorhabe, ins Ausland zu ziehen?
Wer ist befugt, mir eine Vorabgenehmigung für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu erteilen, wenn ich nicht in dem Land lebe, in dem ich sozialversichert bin?
Habe ich bei einem Aufenthalt in dem Land, in dem ich sozialversichert bin, Anspruch auf Gesundheitsversorgung?
An welche nationale Kontaktstelle sollte ich mich wenden, um weitere Informationen einzuholen? Die nationale Kontaktstelle in dem Land, in dem ich sozialversichert bin, oder die nationale Kontaktstelle in dem Land, in dem ich wohne?

① Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

1.1. Begriffsbestimmung und Rechtsrahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung

Was ist unter dem europäischen Recht auf *grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu verstehen?**

Nach EU-Recht kann grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* (die oftmals auch als *Behandlung im Ausland* bezeichnet wird) definiert werden als Gesundheitsdienstleistungen, die ein Patient außerhalb seines Heimatlandes*, jedoch in einem anderen EU*-/EWR*-Land in Anspruch nimmt, wobei die beiden Länder keine gemeinsame geografische Grenze haben müssen.

Als Bürger der EU* oder des EWR* haben Sie Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*, d. h. Sie haben ein *Recht auf medizinische Diagnose und medizinische Behandlung, die Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten in jedem EU*-/EWR*-Land sowie die Übernahme der Kosten durch Ihr Heimatland**. Daher gilt für Sie beim europaweiten Zugang zur Gesundheitsversorgung und den Gebühren für die Gesundheitsversorgung der Grundsatz der Nichtdiskriminierung aufgrund der Staatsangehörigkeit.

Worin besteht nach EU-Recht der rechtliche Rahmen für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*?

Nach EU-Recht gibt es zwei Wege, wie Sie im Rahmen des für Sie geltenden Systems der sozialen Sicherheit Zugang zu grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung* erhalten und in den Genuss einer Kostenübernahme kommen können:

- die Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009*
- die Richtlinie 2011/24/EU über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*

Beide Rechtsinstrumente sind systematisch auf die Behandlung im Ausland anwendbar. Daher steht es Ihnen frei, selbst zu entscheiden, nach welchem Rechtsinstrument Sie Ihre Rechte bei der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* wahrnehmen wollen.

Dabei sollten Sie jedoch die Unterschiede zwischen den Prinzipien, die den beiden Instrumenten zugrunde liegen, genau kennen:

- Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* haben Sie Anspruch auf Kostenübernahme für Ihre Behandlung im Ausland, *als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären.*
- Nach der Richtlinie 2011/24/EU* haben Sie Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung im Ausland, *als ob die Behandlung in Ihrem Heimatland* erfolgen würde.*

Diese unterschiedlichen Ansätze haben je nach Rechtsinstrument Unterschiede in Bezug auf das Spektrum der abgedeckten Gesundheitsdienstleistungen, die Bedingungen für den Zugang zu medizinischer Behandlung und die finanziellen Auswirkungen zur Folge.

Worum geht es bei der Richtlinie 2011/24/EU über die Patientenrechte?

Die Richtlinie 2011/24/EU vom 9. März 2011 über die Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung* bietet jedem EU*-/EWR*-Bürger *neue Möglichkeiten für den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland* sowie für die vollständige oder teilweise Übernahme der

medizinischen Kosten, welche die im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* bereits bestehenden Möglichkeiten ergänzen. Im Übrigen

- erleichtert die Richtlinie 2011/24/EU* den *Zugang zu Informationen* über alle wichtigen Aspekte der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung*, z. B. durch die Verpflichtung der Mitgliedstaaten zur Einrichtung nationaler Kontaktstellen* (NKS*), die die Aufgabe haben, Informationen für Patienten in gut verständlicher Form und leicht zugänglich bereitzustellen;
- ist in der Richtlinie 2011/24/EU* ein *Mindestmaß an Patientenrechten* vorgesehen, mit denen die Rechtslage mobiler Patienten gestärkt, die Sicherheit und hohe Qualität der Gesundheitsversorgung im Ausland gewährleistet und transparente Verfahren für die Einlegung einer Beschwerde und von Rechtsbehelfen bei Schwierigkeiten sichergestellt werden sollen;
- fördert die Richtlinie 2011/24/EU* die *Zusammenarbeit zwischen den Ländern* (z. B. durch die Einrichtung von europäischen Referenznetzwerken* oder im Rahmen elektronischer Gesundheitsdienste (e-Health)) mit dem Ziel, Patienten, die eine Spezialbehandlung benötigen oder die an einer seltenen Krankheit leiden, eine größere Auswahl an Gesundheitsdienstleistern zu bieten und ihnen den Zugang zu einer Spezialbehandlung im Ausland zu erleichtern.

Nach der Richtlinie 2011/24/EU* haben Patienten Anspruch auf Zugang zur Gesundheitsversorgung in jedem EU*-/EWR*-Land und auf Übernahme der Kosten, als ob die Behandlung in Ihrem Heimatland* erfolgen würde.

Daher müssen Sie bei einer Behandlung im Ausland nach der Richtlinie/2011/24/EU* die Kosten für die Behandlung im Ausland zunächst selbst an den Gesundheitsdienstleister zahlen. Sie haben nach Ihrer Rückkehr Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung* durch den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* nach den Regeln und Sätzen, die für diese Behandlung in Ihrem Heimatland* gelten.

Die Richtlinie 2011/24/EU kommt nur dann zur Anwendung, wenn die Behandlung, die Sie im Ausland erhalten haben, durch das System der sozialen Sicherheit in Ihrem Heimatland* abgedeckt ist. Bei Behandlungen, die nicht im Rahmen des für Sie zuständigen öffentlichen Gesundheitssystems versichert sind, besteht nach einer Behandlung im Ausland ebenfalls kein Anspruch auf Kostenerstattung*. Wenn die Behandlung jedoch Teil der von Ihrem System der sozialen Sicherheit abgedeckten Leistungen bei Krankheit ist, haben Sie auch Anspruch auf Kostenerstattung* für eine Behandlung im Ausland, und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung durch einen öffentlichen* oder privaten Gesundheitsdienstleister* erfolgt ist.

Die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Schweiz* ist vom Anwendungsbereich der Richtlinie 2011/24/EU* ausgenommen.

Worum geht es bei den Verordnungen über die soziale Sicherheit?

Die Verordnungen über die soziale Sicherheit umfassen:

- die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit
- die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (auch als *Durchführungsverordnung* bezeichnet)

Das Ziel der Verordnungen über die soziale Sicherheit besteht darin, die Systeme der sozialen Sicherheit zu koordinieren und den Schutz von Bürgern der EU*, des EWR* und der Schweiz* zu gewährleisten, wenn sie in ein anderes EU*-/EWR*-Land oder in die Schweiz* ziehen oder reisen. In

den Verordnungen sind sehr unterschiedliche Möglichkeiten für den Zugang zu einer Behandlung außerhalb des Heimatlandes eines Patienten vorgesehen, wie:

- eine medizinisch notwendige Behandlung im Rahmen der Europäischen Krankenversicherungskarte* während eines kurzzeitigen Aufenthalts im Ausland (Urlaub, Geschäftsreise, Besuch bei Familienangehörigen usw.) (auch als *ungeplante Behandlung* bezeichnet)
- die Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung im Ausland mit Vorabgenehmigung* (Formular S2*) durch den für den Patienten zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* (auch als *geplante Behandlung* bezeichnet)
- dauerhafte Sonderregelungen für entsandte Arbeitnehmer, Grenzgänger und Rentner, die außerhalb des Landes leben, in dem sie sozialversichert sind

Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* haben Patienten Anspruch auf Kostenübernahme für ihre Behandlung im Ausland, *als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären.*

Für Ihren Anspruch auf Gesundheitsversorgung im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit des von Ihnen besuchten Landes brauchen Sie lediglich ein Dokument vorzulegen, mit dem Sie nachweisen, dass Sie in Ihrem Heimatland sozialversichert sind: bei einer ungeplanten Behandlung die Europäische Krankenversicherungskarte* und bei einer geplanten Behandlung das europäische Formular S2*.

Die Verordnungen über die soziale Sicherheit* gelten für alle Formen der Gesundheitsversorgung, die Teil der im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* gewährten Leistungen bei Krankheit sind. Daher haben Sie möglicherweise Zugang zu Behandlungen, die nicht im Leistungskatalog der öffentlichen Krankenversicherung Ihres Heimatlandes* enthalten sind.

Für die Kostenübernahme gelten die Zahlungsweise und die Sätze, die im Behandlungsland* zur Anwendung kommen. Daher haben Sie in den meisten Fällen Anspruch auf eine unentgeltliche Behandlung (Kostenübernahme*), wobei gelegentlich eine Zuzahlung* in begrenzter Höhe zu leisten ist. Wenn Sie jedoch die gesamten Behandlungskosten zunächst selbst tragen müssen, können Sie nachträglich eine Kostenerstattung* beantragen, und zwar entweder beim lokalen Sozialversicherungsträger, solange Sie sich noch im Ausland aufhalten, oder nach Ihrer Rückkehr bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* im Heimatland. In beiden Fällen kommt der Erstattungssatz des Behandlungslandes* zur Anwendung.

In bestimmten Fällen können sich Patienten im Rahmen einer dauerhaften Regelung im Ausland behandeln lassen:
(! Familienangehörige von Grenzgängern, die in einem der in Anhang III der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 aufgeführten Länder leben, sind von den unten aufgeführten Sonderregelungen ausgenommen)*

- (Entsandte) Arbeitnehmer, einschließlich von Grenzgängern*, die in einem anderen als dem Land, in dem sie erwerbstätig und sozialversichert sind, wohnen, haben während ihres Aufenthalts im Beschäftigungsland Anspruch auf Gesundheitsversorgung, für deren Kosten dieses Land nach Maßgabe seiner Rechtsvorschriften aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde.
- Rentner, die in einem anderen als dem Land, in dem sie sozialversichert sind, wohnen, haben während eines Aufenthalts in dem Land, in dem sie sozialversichert sind, gegebenenfalls Anspruch auf Gesundheitsversorgung, für deren Kosten dieses Land nach seinen eigenen Rechtsvorschriften aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde (dies gilt nur, wenn das Land, in dem der Betreffende sozialversichert ist, sich für diese Regelung entschieden hat und in Anhang IV der Verordnung (EG) Nr. 883/2004*aufgeführt ist).

- Grenzgänger in Rente haben weiterhin Anspruch auf Behandlung in dem Land, in dem sie zuletzt erwerbstätig waren, sofern es sich hierbei um die Weiterführung einer Behandlung handelt, die bereits während der Erwerbstätigkeit begonnen wurde. In bestimmten Fällen bleibt der Anspruch von Grenzgängern in Rente auf Gesundheitsversorgung in dem Land, in dem sie erwerbstätig waren, unabhängig davon erhalten, ob es sich um eine Weiterbehandlung handelt, wobei dieses Land nach Maßgabe seiner Rechtsvorschriften für die Kosten aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde. Diese Regelung gilt für Rentner, die in den letzten fünf Jahren vor dem Zeitpunkt des Anfalls ihrer Altersrente mindestens zwei Jahre als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, wenn sowohl der Mitgliedstaat, in dem der Rentner früher erwerbstätig war, als auch das Land, in dem er sozialversichert ist, sich für die Anwendung dieser Regelung entschieden haben und in Anhang V der Verordnung (EG) Nr. 883/2004* aufgeführt sind.

Habe ich außerhalb des rechtlichen Rahmens der Richtlinie 2011/24/EU und der Verordnungen über die soziale Sicherheit* weitere Möglichkeiten, mich im Ausland behandeln zu lassen?

Da die soziale Sicherheit weiterhin in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten fällt, haben Sie möglicherweise auch nach der rein einzelstaatlichen Gesetzgebung Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*, beispielsweise im Rahmen nationaler Gesundheitsprojekte für Grenzregionen.

Informieren Sie sich bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* über die verschiedenen Optionen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland.

1.2. Wer hat Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung? Für welche Länder gilt die Regelung?

Habe ich Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung?

Die Verordnungen über die soziale Sicherheit* gelten für:

- Staatsangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem EU*-/EWR*-Land oder der Schweiz, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit eines oder mehrerer dieser Länder gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen
- Nicht-EU*-/-EWR*-Bürger, die sich rechtmäßig in einem EU*-/EWR*-Land oder der Schweiz* aufhalten; ausgenommen sind Nicht-EU*-/-EWR*-Bürger in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz

Die Richtlinie 2011/24/EU* gilt für:

- Staatsangehörige, Staatenlose und Flüchtlinge mit Wohnort in einem EU*-/EWR*-Land, für die die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit eines oder mehrerer dieser Länder gelten oder galten, sowie für ihre Familienangehörigen und Hinterbliebenen
- Nicht-EU*-/-EWR*-Bürger, die sich rechtmäßig in einem EU*-/EWR*-Land aufhalten; einschließlich von Nicht-EU*-/-EWR*-Bürgern in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz

In welchen Ländern kann ich mich behandeln lassen?

Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* haben Sie Zugang zur Gesundheitsversorgung in jedem EU*-/EWR*-Land und in der Schweiz*.

Nach der Richtlinie 2011/24/EU* haben Sie Zugang zur Gesundheitsversorgung in jedem EU*-/EWR*-Land. Die Richtlinie gilt jedoch nicht für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der

Schweiz.

② Notfallversorgung während meines Auslandsaufenthalts (Urlaub, Besuch bei Familienangehörigen, Geschäftsreise oder Auslandssemester usw.)

2.1. Plötzliche Erkrankung oder Verletzung während eines Besuchs im Ausland

Was geschieht, wenn ich während meines Auslandsaufenthalts plötzlich erkranke oder mich verletze?

Wenn Sie während Ihres Auslandsaufenthalts krank werden oder sich verletzen, z. B. als Folge eines Skiunfalls, eines Autounfalls oder eines Sturzes, haben Sie aufgrund Ihrer Sozialversicherung bzw. Ihrer Ansprüche auf öffentliche Gesundheitsdienstleistungen in Ihrem Heimatland* Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung* und die Übernahme der Kosten.

Für die Kostenübernahme muss beim behandelnden Gesundheitsdienstleister im Ausland grundsätzlich lediglich die Europäische Krankenversicherungskarte* vorgelegt werden. Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* ist kostenlos; sie wird von dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* ausgestellt und dient als Nachweis dafür, dass Sie in Ihrem Heimatland* sozialversichert sind.

Gegen Vorlage Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte* haben Sie nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* Anspruch auf die medizinisch notwendige Behandlung*: Sie haben Anspruch auf Gesundheitsversorgung, *als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des von Ihnen besuchten Landes versichert wären* (also wie ein inländischer Patient, der im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert ist). Bei der Kostenübernahme gelten für Sie die Zahlungsweise und die Sätze des von Ihnen besuchten Landes. Folglich haben Sie in den meisten Fällen Anspruch auf eine unentgeltliche Behandlung (Kostenübernahme*), wobei gelegentlich eine Zuzahlung* in begrenzter Höhe zu leisten ist. Wenn Sie jedoch die gesamten Behandlungskosten zunächst selbst tragen müssen, können Sie nachträglich eine Kostenerstattung* beantragen, und zwar entweder beim lokalen Sozialversicherungsträger, solange Sie sich noch im Ausland aufhalten, oder nach Ihrer Rückkehr bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* im Heimatland. In beiden Fällen kommt der Erstattungssatz des Behandlungslandes* zur Anwendung.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* nur für die Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus oder durch einen öffentlichen Gesundheitsdienstleister* nutzen können. Mit Ausnahme einiger Fälle, in denen der private Gesundheitsdienstleister* oder das Krankenhaus vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist und berechtigt ist, durch die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit abgedeckte Leistungen zu erbringen, ist die Gesundheitsversorgung durch einen privaten Gesundheitsdienstleister oder ein privates Krankenhaus in der Regel nicht abgedeckt.

Wenn Sie sich ohne gültige Europäische Krankenversicherungskarte* behandeln lassen oder Ihre Karte nicht nutzen können, weil die Behandlung beispielsweise in einem privaten Krankenhaus erfolgt, werden Sie wie ein Privatpatient behandelt. In diesem Fall zahlen Sie entweder privat für die Behandlung, oder Sie haben gegebenenfalls die Möglichkeit, eine Kostenerstattung* nach der

Richtlinie 2011/24/EU* zu beantragen.

Nach der Richtlinie 2011/24/EU haben Sie nach Ihrer Rückkehr Anspruch auf eine nachträgliche Kostenerstattung* durch den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger*; hierbei werden die Regeln und Sätze zugrunde gelegt, die für diese Behandlung in Ihrem Heimatland* gelten.

Sie sollten jedoch bedenken, dass die Richtlinie 2011/24/EU* nur dann anwendbar ist, wenn die Behandlung, die Sie im Ausland erhalten haben, durch das System der sozialen Sicherheit in Ihrem Heimatland* abgedeckt ist. Bei Behandlungen, die nicht im Rahmen des für Sie zuständigen öffentlichen Gesundheitssystems versichert sind, besteht nach einer Behandlung im Ausland ebenfalls kein Anspruch auf Kostenerstattung*. Wenn die Behandlung jedoch Teil der von Ihrem System der sozialen Sicherheit abgedeckten Leistungen bei Krankheit ist, haben Sie auch Anspruch auf Kostenerstattung* für eine Behandlung im Ausland, und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung durch einen öffentlichen* oder privaten Gesundheitsdienstleister* erfolgt ist.

Bitte beachten Sie, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* in der Schweiz* vom Anwendungsbereich der Richtlinie 2011/24/EU* ausgenommen ist.

Nähere Informationen erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* oder der nationalen Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland*.

Was ist unter einer *medizinisch notwendigen Behandlung zu verstehen?**

Unter einer medizinisch notwendigen Behandlung* ist die Behandlung aufgrund einer plötzlichen Erkrankung oder Verletzung während eines kurzzeitigen Auslandsaufenthalts (Urlaub, Geschäftsreise, Besuch bei Familienangehörigen oder Auslandssemester usw.) zu verstehen, die nicht aufgeschoben werden kann und die erfolgen muss, damit der Betroffene nicht vorzeitig in sein Heimatland zurückkehren muss. Die Behandlung darf in keinem Fall der Anlass für Ihren Auslandsaufenthalt sein.

Eine medizinisch notwendige Behandlung* im Ausland, die auch als ungeplante Behandlung* bezeichnet wird, stellt das Gegenteil einer Behandlung dar, bei der Sie sich mit der ausdrücklichen Absicht ins Ausland begeben, Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erlangen, und die auch als geplante Behandlung* im Ausland bezeichnet wird:

- Ungeplante Behandlung*: Sie benötigen eine medizinisch notwendige Behandlung*, weil Sie <u>während Ihres Auslandsaufenthalts</u>, z.B. während des Urlaubs, einer Geschäftsreise, eines Besuchs bei Familienangehörigen oder eines Auslandssemesters, plötzlich erkrankt sind oder eine Verletzung erlitten haben
- Geplante Behandlung*: die Behandlung im Ausland ist der <u>Grund für Ihren Auslandsaufenthalt</u>.

Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* deckt lediglich medizinisch notwendige Behandlungen* ab.

Welche Möglichkeiten habe ich, wenn ich weiß, dass ich aufgrund meiner chronischen Krankheit oder meiner Schwangerschaft während meines Auslandsaufenthalts unter Umständen auf eine Behandlung angewiesen bin?

Die Europäische Krankenversicherungskarte* gilt auch dann, wenn Sie an einer chronischen Krankheit (wie Diabetes, Asthma, Krebs oder einer chronischen Nierenerkrankung) leiden oder wenn Sie schwanger sind und bereits vorher wissen, dass Sie unter Umständen während Ihres Auslandsaufenthalts eine medizinische Behandlung* benötigen. Solange der eigentliche Anlass Ihrer Reise nicht darin besteht, Zugang zu medizinischer Behandlung* zu erhalten (um beispielsweise zu entbinden oder sich im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft oder chronischen Krankheit

behandeln zu lassen), gilt dies im Sinne der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* als medizinisch notwendige Behandlung*.

Beachten Sie bitte, dass Sie für eine lebenswichtige Behandlung, für die spezielle Ausrüstung oder Fachpersonal benötigt wird, vorab die Zustimmung des Krankenhauses oder der medizinischen Einrichtung einholen sollten, in der Sie sich behandeln lassen wollen. So kann die ausländische Einrichtung die Verfügbarkeit und Kontinuität Ihrer Behandlung während Ihres Auslandsaufenthalts sicherstellen. Beispiele für derartige Behandlungen sind Nierendialyse, Sauerstofftherapie, eine spezielle Asthmatherapie oder Chemotherapie.

2.2. Die Europäische Krankenversicherungskarte

Was ist die Europäische Krankenversicherungskarte*?

Die Europäische Krankenversicherungskarte* (EKVK*) ist kostenlos; sie wird von Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* ausgestellt und dient als Nachweis dafür, dass Sie in Ihrem Heimatland* sozialversichert sind und daher Anspruch auf Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems haben. Mit der EKVK* haben Sie Anspruch auf die Übernahme der Kosten für eine medizinisch notwendige Behandlung*, die während eines kurzzeitigen Aufenthalts (Z. B. Urlaub oder Auslandssemester) in einem anderen EU*-/EWR*-Land oder in der Schweiz* erforderlich ist, wobei dieselben Bedingungen und Gebühren gelten (in den meisten Ländern ist die Behandlung unentgeltlich) wie für inländische Patienten, die nach dem System der sozialen Sicherheit dieses Landes öffentlich krankenversichert sind (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009*).

- Sie können Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* beantragen.
- Die Karte wird kostenlos ausgegeben.
- Für jedes Familienmitglied muss eine eigene Karte ausgestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* nur für die Behandlung in einem öffentlichen Krankenhaus oder durch einen öffentlichen Gesundheitsdienstleister* nutzen können. Mit Ausnahme einiger Fälle, in denen der private Gesundheitsdienstleister* oder das Krankenhaus vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist und berechtigt ist, durch die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit abgedeckte Leistungen zu erbringen, ist die Gesundheitsversorgung durch einen privaten Gesundheitsdienstleister oder ein privates Krankenhaus in der Regel nicht abgedeckt.

Übrigens können Nicht-EU*-/-EWR*-Bürger, die sich rechtmäßig in einem EU*-/EWR*-Land aufhalten, ihre Europäische Krankenversicherungskarte* nicht für eine ungeplante Behandlung* während eines vorübergehenden Aufenthalts in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz nutzen.

Wenden Sie sich bitte an Ihren staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder Ihre nationale Kontaktstelle* oder laden Sie die kostenlose EKVK*-App der Europäischen Kommission herunter (die Smartphone-App *„Europäische Krankenversicherungskarte" steht in 25 Sprachen zur Verfügung)*, wenn Sie mehr über die Europäische Krankenversicherungskarte* und deren Nutzung in den verschiedenen EU*-/EWR*-Mitgliedstaaten oder der Schweiz* wissen wollen.

Wann kann ich meine Europäische Krankenversicherungskarte* nutzen?

- Die Europäische Krankenversicherungskarte* kann nur für medizinisch notwendige

Behandlungen* während eines vorübergehenden Aufenthalts (Urlaub, Geschäftsreise usw.) in einem anderen EU*-/EWR*-Land oder in der Schweiz genutzt werden.

- Die Europäische Krankenversicherungskarte* gilt nur für die Gesundheitsversorgung in einem öffentlichen Krankenhaus oder durch einen öffentlichen Gesundheitsdienstleister*. Mit Ausnahme einiger Fälle, in denen der private Gesundheitsdienstleister* oder das Krankenhaus vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist und berechtigt ist, durch die Rechtsvorschriften der sozialen Sicherheit abgedeckte Leistungen zu erbringen, ist die Gesundheitsversorgung durch einen privaten Gesundheitsdienstleister oder ein privates Krankenhaus in der Regel nicht abgedeckt.
- Im Übrigen gilt die Europäische Krankenversicherungskarte* nur für die Kosten Ihrer medizinischen Behandlung*, wenn die betreffende Behandlung Teil der durch die Vorschriften der sozialen Sicherheit gewährten Leistungen bei Krankheit in Ihrem Reiseland ist.
- Gesundheitsdienstleister im Ausland akzeptieren nur eine gültige Europäische Krankenversicherungskarte*. Achten Sie darauf, Ihre Karte rechtzeitig vor Ihrer Abreise anzufordern, wenn Sie eine Auslandsreise planen. Denken Sie daran, Ihre Karte im Bedarfsfall rechtzeitig verlängern zu lassen.

Bitte beachten Sie, dass Nicht-EU*-/-EWR*-Bürger, die sich rechtmäßig in einem EU*-/EWR*-Land aufhalten, ihre Europäische Krankenversicherungskarte* nicht für eine ungeplante Behandlung* während eines vorübergehenden Aufenthalts in Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz nutzen können.

Welche Behandlungen sind durch die Europäische Krankenversicherungskarte* abgedeckt?

Die Europäische Krankenversicherungskarte* gilt nur für medizinisch notwendige Behandlungen* (ungeplante Behandlungen*), die durch das System der sozialen Sicherheit in Ihrem Reiseland abgedeckt sind und von einem öffentlichen Gesundheitsdienstleister* durchgeführt werden.

Mit Ausnahme einiger Fälle, in denen der private Gesundheitsdienstleister/das private Krankenhaus vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist und berechtigt ist, durch die Vorschriften der sozialen Sicherheit abgedeckte Leistungen zu erbringen, ist die Gesundheitsversorgung durch einen privaten Gesundheitsdienstleister oder ein privates Krankenhaus in der Regel nicht abgedeckt.

Was geschieht, wenn ich meine Europäische Krankenversicherungskarte* vergessen habe oder nicht nutzen kann?

Falls Sie sich dringend behandeln lassen müssen, aber Ihre Europäische Krankenversicherungskarte* vergessen haben oder Ihre Karte vom behandelnden Gesundheitsdienstleister im Ausland nicht akzeptiert wird, wenden Sie sich bitte schnellstmöglich an den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in Ihrem Heimatland. Möglicherweise kann er den Einrichtungen vor Ort den Nachweis über Ihre Sozialversicherung übermitteln, sodass Sie keine Vorauszahlung leisten müssen.

Wenn Ihre Karte trotzdem nicht akzeptiert wird, lässt sich das Problem möglicherweise mithilfe von SOLVIT lösen. SOLVIT weist die Behörden auf Ihre Rechte und Ansprüche in der EU hin und setzt sich bei ihnen für eine Lösung des Problems ein. Weitere Informationen finden Sie auf der SOLVIT-Website: www.ec.europa.eu/solvit.

Falls Sie sich ohne gültige Europäische Krankenversicherungskarte* behandeln lassen oder Ihre Karte nicht nutzen können, weil die Behandlung beispielsweise in einem privaten Krankenhaus erfolgt, werden Sie wie ein Privatpatient behandelt. In diesem Fall zahlen Sie entweder privat für die Behandlung, oder Sie haben gegebenenfalls die Möglichkeit, eine Kostenerstattung* nach der

*Richtlinie 2011/24/EU** zu beantragen.

Nach der Richtlinie 2011/24/EU* haben Sie Anspruch auf eine Erstattung der im Ausland angefallenen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung, wobei dieselben Bedingungen und Sätze gelten, als ob die Behandlung in Ihrem Heimatland* erfolgen würde.

Die Richtlinie 2011/24/EU* gilt auch für die Gesundheitsversorgung in einem privaten Krankenhaus oder durch einen privaten Gesundheitsdienstleister*, das/der nicht vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist. Solange die betreffende Behandlung durch das System der sozialen Sicherheit in Ihrem Heimatland abgedeckt ist, haben Sie unabhängig davon, ob die Behandlung durch einen öffentlichen* oder privaten Gesundheitsdienstleister* erfolgt, ebenfalls Anspruch auf Kostenerstattung* für eine Behandlung in einem anderen EU*-/EWR*-Land.

Die wichtigsten Grundsätze der Richtlinie 2011/24/EU*:

- Sie haben nur Anspruch auf Behandlungen, die durch das System der sozialen Sicherheit Ihres Heimatlandes* abgedeckt sind
- Sie müssen zunächst sämtliche Kosten selbst tragen (Vorauszahlung*)
- Nach Ihrer Rückkehr können Sie bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Kostenerstattung* beantragen
- Ihre Ausgaben für die medizinische Behandlung werden bis zur Höhe des Betrags erstattet, der Ihnen für die Behandlung im Heimatland erstattet worden wäre.

Bitte beachten Sie, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* in der Schweiz* vom Anwendungsbereich der Richtlinie 2011/24/EU* ausgenommen ist.

2.3. Wie steht es um die Kosten der Behandlung, die ich im Ausland erhalten habe?

Muss ich die Behandlung im Ausland selbst zahlen oder werden die Kosten von meinem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* direkt übernommen?

Ob die Kosten für die Behandlung direkt von Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* übernommen werden (Kostenübernahme*) oder ob Sie die gesamte Behandlung zunächst selbst zahlen und anschließend eine Kostenerstattung* beantragen müssen, das hängt davon ab, ob es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* unter Nutzung Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte* oder um eine Behandlung nach der Richtlinie 2011/24/EU*, z. B. in einem privaten Krankenhaus, handelt.

- Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* richtet sich die Zahlungsweise nach dem System des Behandlungslandes*. Da Sie behandelt werden, als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären, genießen Sie in Bezug auf die Zahlungsweise dieselben Rechte und Ansprüche wie inländische Patienten, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert sind. Hierbei sind zwei mögliche Situationen zu unterscheiden:
    - ❖ Die von Ihnen benötigte Behandlung ist unentgeltlich (was häufig der Fall sein kann), wobei möglicherweise eine Zuzahlung* in begrenzter Höhe zu leisten ist; in diesem Fall werden die Kosten direkt zwischen dem Gesundheitsdienstleister und dem Sozialversicherungsträger des Behandlungslandes abgerechnet. Die ausländische Behörde wird sich dann automatisch mit Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in Ihrem Heimatland in Verbindung setzen, um sich die Kosten erstatten zu lassen, ohne dass Sie etwas unternehmen müssen.

- ❖ Sie müssen die gesamten Kosten der Behandlung zunächst selbst tragen und können nachträglich eine Kostenerstattung* beantragen, und zwar entweder beim lokalen Sozialversicherungsträger, solange Sie sich noch im Ausland aufhalten, oder nach Ihrer Rückkehr bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger*. In beiden Fällen kommt der Erstattungssatz des Behandlungslandes* zur Anwendung.

- Nach der Richtlinie 2011/24/EU* müssen Sie die Behandlung zunächst selbst zahlen. Sie zahlen sämtliche Rechnungen direkt an den Gesundheitsdienstleister/das Krankenhaus im Ausland. Nach Ihrer Rückkehr können Sie bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* eine Kostenerstattung* beantragen. Dabei legt dieser denselben Erstattungssatz wie für eine Behandlung in Ihrem Heimatland* zugrunde.

Bis zu welcher Höhe werden meine Kosten übernommen?

Die Höhe der übernommenen Kosten hängt davon ab, ob es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* unter Nutzung Ihrer Europäischen Krankenversicherungskarte* oder um eine Behandlung nach Maßgabe der Richtlinie 2011/24/EU*, z. B. in einem privaten Krankenhaus, handelt.

- Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* richtet sich die Höhe der Kostenübernahme nach den Regeln und Rechtsvorschriften des Behandlungslandes*.

- Nach der Richtlinie 2011/24/EU* richtet sich die Höhe der Kostenübernahme nach den Regeln und Rechtsvorschriften Ihres Heimatlandes*.

Welche Kosten können übernommen werden?

Da Sie nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* und nach der Richtlinie 2011/24/EU* lediglich Anspruch auf Kostenübernahme im Rahmen Ihres Sozialversicherungsschutzes in Ihrem Heimatland haben, werden nur die medizinischen Kosten berücksichtigt, die direkt mit Ihrer Behandlung im Zusammenhang stehen. Für zusätzliche Kosten, etwa für Reise und Aufenthalt, Verpflegung, Rückführung oder rezeptfreie Schmerzmittel, müssen Sie im Allgemeinen selbst aufkommen. Diese Kosten werden jedoch gegebenenfalls von Ihrer privaten Reise- oder Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung übernommen.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Kosten für die Reise und den Aufenthalt im Ausland nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* unter Umständen übernommen werden, sofern in den nationalen Rechtsvorschriften die Erstattung von Reise- und Aufenthaltskosten vorgesehen ist, die untrennbar mit der Behandlung verbunden sind, wenn die Behandlung in Ihrem Heimatland stattgefunden hätte.

Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Kostenerstattung beantragen kann?

Ihr staatlicher Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland helfen Ihnen gern weiter, wenn Sie Informationen zur Beantragung der Kostenerstattung*, einschließlich der geltenden Verfahren, erforderlichen Belege und Fristen, benötigen.

Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Kostenerstattung nicht einverstanden bin?

Was geschieht, wenn Sie mit der Entscheidung des für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* über die Höhe der Kostenerstattung nicht einverstanden sind? Oder was können Sie tun, falls Ihr Antrag auf Kostenerstattung* abgelehnt wurde, weil Sie die geltenden Fristen nicht eingehalten haben oder weil Sie nicht alle erforderlichen Belege (z. B. Originalquittungen) vorlegen konnten?

Sie haben das Recht, gegen Entscheidungen Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*, welche die Übernahme der Kosten für Ihre medizinisch notwendige Behandlung* im Ausland betreffen, Widerspruch einzulegen. Wenn Sie mit einer Entscheidung über Ihren Antrag auf Erstattung der im Ausland angefallenen medizinischen Kosten nicht einverstanden sind, können Sie den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* zunächst auffordern, seine Entscheidung zu überprüfen. Kommt keine Einigung zustande, können Sie nach den in Ihrem Heimatland* geltenden Verfahren Beschwerde einlegen bzw. den Rechtsweg beschreiten. Sie sollten dabei bedenken, dass bei der Einleitung von Beschwerdeverfahren bzw. bei der Beschreitung des Rechtswegs bestimmte Fristen eingehalten werden müssen. Achten Sie unbedingt darauf, dass solche Fristen für die Einreichung einer Beschwerde oder die Forderung von Schadenersatz nicht während eines Einigungsversuchs ablaufen, um zu verhindern, dass es Ihnen für den Fall, dass keine Einigung erzielt wird, nicht mehr möglich ist, Beschwerde einzulegen bzw. den Rechtsweg zu beschreiten.

Wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle*, wenn Sie mehr über Ihre spezifischen Rechte und Optionen in Bezug auf Beschwerdeverfahren wissen möchten.

2.4. Benötige ich eine private Reiseversicherung oder eine Zusatzkrankenversicherung?

Benötige ich eine private Reise- oder Krankenversicherung oder eine Zusatzkrankenversicherung?
Bitte beachten Sie, dass Mehrkosten für Reise und Aufenthalt oder zusätzliche Kosten für Rückführung und Rettungsdienste nicht im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems abgedeckt sind. Diese Kosten werden jedoch möglicherweise von einer privaten Reise- oder Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung übernommen.
Welche Gesundheitsdienstleistungen werden durch meine Privatversicherung abgedeckt?
Welche Leistungen im Rahmen Ihrer privaten Reise- oder Krankenversicherung oder Zusatzkrankenversicherung abgedeckt sind, das hängt von Ihrem spezifischen Versicherungsschutz ab. Prüfen Sie vor einer Auslandsreise anhand Ihrer Versicherungspolice stets, welche Gesundheitsdienstleistungen übernommen werden. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an Ihren privaten Versicherungsträger.

2.5. Wer ist in Notfällen zuständig?

Woher weiß ich, mit wem ich Kontakt aufnehmen und an welchen Gesundheitsdienstleister oder an welches Krankenhaus ich mich im Fall einer plötzlichen Erkrankung oder Verletzung im Ausland wenden sollte?
Nähere Informationen darüber, was zu tun ist und an wen Sie sich im Fall einer Erkrankung oder Verletzung während Ihres Auslandsaufenthalts wenden sollten, erhalten Sie bei der nationalen Kontaktstelle* Ihres Aufenthaltslandes.

Bitte rufen Sie in Notfällen die Nummer 112 an, wenn Sie sich in der EU* oder in der Schweiz aufhalten. Die europäische Notrufnummer 112 gilt in der gesamten EU* und ist gebührenfrei. Wenn Sie dringend medizinische Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die Nummer 112 an – unter dieser Telefonnummer werden Sie im Notfall direkt mit Polizei, Rettungsdienst oder Feuerwehr verbunden.

③ Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung im Ausland

3.1. Welche Rechte und Ansprüche habe ich in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung im Ausland?

Bin ich zur Inanspruchnahme einer Gesundheitsversorgung im Ausland berechtigt?

Wenn Sie nach dem System der sozialen Sicherheit eines EU*-/EWR*-Landes Anspruch auf Gesundheitsversorgung haben, dürfen Sie sich in jedem anderen EU*-/EWR*-Land oder in der Schweiz* medizinisch versorgen lassen (geplante Behandlung im Ausland) und haben Anspruch auf Kostenübernahme durch Ihr Heimatland*.

Sie haben das Recht auf Zugang zu einer Gesundheitsversorgung, einschließlich:

- ärztlicher Diagnose
- medizinischer Behandlung
- der Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten

Sie haben sowohl nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* als auch nach der Richtlinie 2011/24/EU* Anspruch auf Übernahme der Kosten für eine geplante Behandlung in einem anderen EU*-/EWR*-Land.

Die beiden Möglichkeiten sind für Patienten mit unterschiedlichen Konsequenzen verbunden, die die Rechtsgrundlage, den Anwendungsbereich, die zuständigen Behörden, Genehmigungsbedingungen, geltende Erstattungssätze, die Zahlungsweise und die Zahlungsformalitäten sowie die Höhe der Selbstbeteiligung von Patienten betreffen. Informieren Sie sich daher schon vor Ihrer Reise ins Ausland stets gut über sämtlich damit verbundenen finanziellen und sonstigen Folgen.

Bitte beachten Sie, dass die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der Schweiz* vom Anwendungsbereich der Richtlinie 2011/24/EU* ausgenommen ist.

Worin bestehen die Unterschiede zwischen der Inanspruchnahme einer Behandlung im Ausland nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* oder nach der Richtlinie 2011/24/EU*?

Nach den *Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009**:

- haben Sie Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in jedem EU*-/EWR*-Land und in der Schweiz*
- sind Telemedizin*-Dienste nicht abgedeckt
- müssen Sie stets eine Vorabgenehmigung* von dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* einholen, bevor Sie sich ins Ausland begeben
- haben Sie Anspruch auf Kostenübernahme, als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären
- muss die betreffende Behandlung Teil der im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* gewährten Leistungen bei Krankheit sein (selbst wenn Sie Anspruch auf Kostenübernahme hätten, sofern die Behandlung in Ihrem Heimatland* durchgeführt würde)

- gelten die Zahlungsweise (wobei die Behandlung oftmals unentgeltlich ist) und die Erstattungssätze des Behandlungslandes*

Nach der *Richtlinie 2011/24/EU**:

- haben Sie Anspruch auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in jedem EU*-/EWR*-Land (nicht in der Schweiz*!)
- besteht kein Anspruch auf Langzeitpflege*, die Zuteilung von und den Zugang zu Organen und die Teilnahme an öffentlichen Impfprogrammen*
- müssen Sie im Allgemeinen keine Vorabgenehmigung* des für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* einholen. Für bestimmte medizinische Leistungen wie eine Krankenhausbehandlung oder hoch spezialisierte und teure Behandlung muss jedoch unter Umständen vor Reiseantritt eine Vorabgenehmigung* eingeholt werden
- haben Sie Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung im Ausland, als ob die Behandlung in Ihrem Heimatland* erfolgen würde
- muss die betreffende Behandlung Teil der im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit Ihres Heimatlandes* gewährten Leistungen bei Krankheit sein (Sie haben Anspruch auf Kostenübernahme, wenn Ihre Kosten auch übernommen würden, wenn die Behandlung in Ihrem Heimatland erfolgen würde)
- müssen Sie die Kosten der Behandlung zunächst stets selbst tragen. Nach Ihrer Rückkehr können Sie nachträglich bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* eine Kostenerstattung* beantragen. Dabei kommt derselbe Erstattungssatz zur Anwendung wie für eine Behandlung in Ihrem Heimatland*

3.2. Welche Behandlung kann ich im Ausland in Anspruch nehmen?

Welche Art von Behandlung kann ich im Ausland in Anspruch nehmen?
Sie haben in ganz Europa Zugang zu ärztlicher Diagnose, medizinischer Behandlung sowie zu Verschreibung, Abgabe und Bereitstellung von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009*: • sind geplante Behandlungen in jedem anderen EU*-/EWR*-Land und in der Schweiz* abgedeckt • muss die von Ihnen gewünschte Behandlung Teil der im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* gewährten Leistungen bei Krankheit sein. Daher haben Sie in Fällen, in denen Ihr staatlicher Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* ausdrücklich zustimmt, gegebenenfalls Anspruch auf Gesundheitsdienstleistungen, die in Ihrem Heimatland* nicht übernommen werden. Es steht dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* jedoch frei, ob er eine Vorabgenehmigung* erteilt • sind lediglich Behandlungen abgedeckt, die von einem öffentlichen Gesundheitsdienstleister oder Krankenhaus erbracht werden. Mit Ausnahme einiger Fälle, in denen der private Gesundheitsdienstleister oder das Krankenhaus vertraglich an das System der sozialen Sicherheit gebunden bzw. daran angeschlossen ist und berechtigt ist, durch die Vorschriften der sozialen Sicherheit abgedeckte Leistungen zu erbringen, ist die Gesundheitsversorgung durch einen privaten Gesundheitsdienstleister oder ein privates Krankenhaus üblicherweise nicht abgedeckt • sind Telemedizin*-Dienste im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit* nicht abgedeckt Nach der Richtlinie 2011/24/EU*: • sind geplante Behandlungen in jedem anderen EU*-/EWR*-Land abgedeckt (nicht in der Schweiz*)

- haben Sie lediglich Anspruch auf Behandlungen, die Teil der nach den Vorschriften der sozialen Sicherheit Ihres Wohnlandes abgedeckten Leistungen bei Krankheit sind. Anders ausgedrückt: Sie haben lediglich Anspruch auf Erstattung der im Ausland angefallenen Kosten, wenn Sie für die gleiche Behandlung in Ihrem Heimatland* Anspruch auf Kostenübernahme gehabt hätten
- sind Behandlungen sowohl durch öffentliche als auch durch private Gesundheitsdienstleister bzw. sowohl durch öffentliche als auch durch private Krankenhäuser abgedeckt
- sind auch Telemedizin*-Dienste abgedeckt
- sind Gesundheitsdienstleistungen einschließlich Langzeitpflege*, Organtransplantation* sowie öffentliche Impfprogramme* vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie ausgenommen

Werden Telemedizin-Dienste ebenfalls übernommen?

Telemedizin* bezeichnet die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen über größere Entfernungen hinweg mit Hilfe von IKT, z. B. Telekonsultation, Telemonitoring, Telechirurgie usw.

Telemedizin*-Dienste können nach der Richtlinie 2011/24/EU* ebenfalls abgedeckt sein. Sofern Telemedizin*-Dienste von einem Gesundheitsdienstleister in einem anderen EU*-/EWR*-Land erbracht werden, kann die Richtlinie 2011/24/EU* angewendet werden.

Im Gegensatz dazu können die Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* im Fall der Telemedizin* nicht angewendet werden, da es nach diesen Verordnungen ausdrücklich erforderlich ist, dass sich ein Patient ins Ausland begibt, und zwar konkret in das Land, in dem sich der Gesundheitsdienstleister befindet.

Informieren Sie sich im Fall von Telemedizin*-Diensten bitte über Ihre Rechte und Ansprüche auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* nach der Richtlinie 2011/24/EU*.

3.2. Benötige ich eine Vorabgenehmigung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*?

Was ist unter *Vorabgenehmigung zu verstehen?**

Die Vorabgenehmigung* ist die Genehmigung, die Sie gegebenenfalls vor Ihrer Reise ins Ausland bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* einholen müssen, damit die Kostenübernahme für Ihre Behandlung im Ausland gewährleistet ist.

Benötige ich in jedem Fall eine Vorabgenehmigung* meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*, bevor ich mich zur Behandlung ins Ausland begebe?

Ob Sie eine Vorabgenehmigung* benötigen, bevor Sie sich im Ausland behandeln lassen, hängt davon ab, ob Sie Ihr Recht auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit* oder im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* wahrnehmen und welche Art der Gesundheitsversorgung Sie in Anspruch nehmen wollen. Generell benötigen Sie wahrscheinlich eine Vorabgenehmigung*, wenn Sie im Ausland eine Krankenhausbehandlung oder eine hoch spezialisierte und teure Behandlung in Anspruch nehmen wollen.

Wenn Sie eine grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung* nach den **Verordnungen über die soziale Sicherheit*** in Anspruch nehmen wollen, müssen Sie in jedem Fall eine Vorabgenehmigung* einholen, ganz gleich ob für eine stationäre* oder ambulante* Behandlung. Sie müssen bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* eine Vorabgenehmigung* beantragen. Wenn Ihrem Antrag stattgegeben wird, dann stellt Ihnen dieser ein Formular S2* aus, das Sie Ihrem behandelnden Gesundheitsdienstleister im Ausland als Nachweis

dafür vorlegen, dass Sie sozialversichert sind.

Nach der **Richtlinie 2011/24/EU*** müssen Sie im Allgemeinen keine Vorabgenehmigung* Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* einholen. Bei bestimmten Behandlungen räumt der EU-Gesetzgeber den Mitgliedstaaten jedoch die Möglichkeit ein, grundsätzlich eine Vorabgenehmigung* zu verlangen. Eine Vorabgenehmigung* ist gegebenenfalls ohnehin nur in folgenden Fällen erforderlich:

- wenn die Behandlung eine Übernachtung des Patienten im Krankenhaus erfordert
- wenn die Behandlung den Einsatz einer hoch spezialisierten und kostenintensiven medizinischen Infrastruktur oder medizinischen Ausrüstung erfordert
- wenn die Behandlung mit einem besonderen Risiko für die Sicherheit des Patienten (Patientensicherheitsrisiko*) oder der Bevölkerung (Sicherheitsrisiko für die Allgemeinbevölkerung*) verbunden ist
- wenn die Behandlung von einem Gesundheitsdienstleister erbracht wird, der im Einzelfall zu ernsthaften und spezifischen Bedenken hinsichtlich der Qualität oder Sicherheit der Versorgung Anlass geben könnte

Wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland, wenn Sie genauer wissen wollen, für welche spezifischen Behandlungen eine Vorabgenehmigung* erforderlich ist.

HINWEIS: Lassen Sie sich in Fällen, in denen eine Vorabgenehmigung erforderlich ist, niemals ohne eine Vorabgenehmigung* Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* im Ausland behandeln. Wenn Sie ohne die erforderliche Vorabgenehmigung* Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* im Ausland behandelt wurden, kann es sein, dass Ihr Antrag auf Kostenerstattung* abgelehnt wird. In diesem Fall müssen Sie gegebenenfalls die gesamten im Ausland angefallenen Behandlungskosten selbst tragen.

Kann ich selbst entscheiden, ob ich eine Vorabgenehmigung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* oder nach der Richtlinie 2011/24/EU* beantrage?

Wenn Sie eine Vorabgenehmigung* beantragen, wird der für Sie zuständige staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* stets zuerst prüfen, ob die Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* zur Anwendung kommen.

Wenn die Bedingungen für eine Behandlung nach diesen Verordnungen* erfüllt sind, stellt der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* automatisch eine Vorabgenehmigung* nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* (Formular S2*) aus. Wenn Sie jedoch eine Behandlung nach der Richtlinie 2011/24/EU* bevorzugen, müssen Sie bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* ausdrücklich darauf hinweisen.

Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Vorabgenehmigung* beantragen kann?

Der für Sie zuständige staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland helfen Ihnen gern weiter, wenn Sie Informationen zur Beantragung der Vorabgenehmigung*, einschließlich der geltenden Verfahren, erforderlichen Belege und Fristen, benötigen. Bitte denken Sie stets daran, dass eine medizinische Behandlung* im Ausland sehr teuer sein kann!

Welcher Träger ist für die Erteilung einer Vorabgenehmigung* zuständig?

Die Erteilung der Vorabgenehmigung* fällt in erster Linie in die Zuständigkeit des staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* des Landes, in dessen

Sozialversicherungssystem Sie versichert sind (d. h. des zuständigen Mitgliedstaats*).

Falls Sie in einem anderen Land als dem zuständigen Mitgliedstaat* wohnen, können Sie Ihren Antrag auf Vorabgenehmigung* beim lokalen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Ihres Wohnlandes stellen. Er wird Ihren Antrag an den staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* im zuständigen Mitgliedstaat* weiterleiten. Abweichend hiervon ist der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Ihres Wohnlandes jedoch selbst für die Erteilung der Vorabgenehmigung* zuständig,

- wenn Sie Rentner oder Familienangehöriger eines Rentners sind oder
- wenn Sie (unterhaltsberechtigter) Familienangehöriger sind und in einem anderen Land als der Versicherte wohnen

und in Ihrem Wohnland ein Mechanismus für den Ausgleich von Leistungen bei Krankheit zwischen den Mitgliedstaaten auf der Grundlage von Pauschalbeträgen* zur Anwendung kommt und das Wohnland in Anhang 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009* aufgeführt ist.

Nähere Informationen erhalten Sie beim staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder der nationalen Kontaktstelle* in dem Land, in dem Sie sozialversichert sind.

Was geschieht, wenn ich mich im Ausland behandeln lasse, ohne vorher die erforderliche Vorabgenehmigung* einzuholen?

Wenn Sie ohne die erforderliche Vorabgenehmigung* Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* im Ausland behandelt wurden, kann es sein, dass Ihr Antrag auf Kostenerstattung* abgelehnt wird und Sie die gesamten im Ausland angefallenen Behandlungskosten selbst tragen müssen.

Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Vorabgenehmigung* nicht einverstanden bin?

Sie haben das Recht, gegen Entscheidungen Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*, die Ihren Antrag auf Erteilung einer Vorabgenehmigung* für den Zugang zur Gesundheitsversorgung im Ausland betreffen, Widerspruch einzulegen. Wenn Sie mit der Entscheidung des für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* nicht einverstanden sind, können Sie ihn zunächst auffordern, seine Entscheidung zu überprüfen. Kommt keine Einigung zustande, können Sie nach den in Ihrem Heimatland* geltenden Verfahren Beschwerde einlegen bzw. den Rechtsweg beschreiten. Sie sollten dabei bedenken, dass bei der Einleitung von Beschwerdeverfahren bzw. bei der Beschreitung des Rechtswegs bestimmte Fristen eingehalten werden müssen. Achten Sie unbedingt darauf, dass solche Fristen für die Einreichung einer Beschwerde oder die Forderung von Schadenersatz nicht während eines Einigungsversuchs ablaufen, um zu verhindern, dass es Ihnen für den Fall, dass keine Einigung erzielt wird, nicht mehr möglich ist, Beschwerde einzulegen bzw. den Rechtsweg zu beschreiten.

Wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle*, wenn Sie mehr über Ihre spezifischen Rechte und Optionen in Bezug auf Beschwerdeverfahren wissen möchten.

3.3. Benötige ich für den Zugang zu einer Spezialbehandlung im Ausland eine Überweisung?

Benötige ich für den Zugang zu einer Spezialbehandlung im Ausland eine Überweisung?

Ob Sie eine Überweisung benötigen, wenn Sie sich im Rahmen der *Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009** behandeln lassen wollen, hängt davon ab, ob im Behandlungsland* ein Überweisungssystem existiert. Wenn dies der Fall ist, benötigen Sie für den Zugang zu einer Spezialbehandlung im Behandlungsland* möglicherweise eine Überweisung Ihres Hausarztes im Heimatland oder eines Allgemeinmediziners* im Behandlungsland.

Wenn Sie jedoch eine Behandlung im Ausland im Rahmen der *Richtlinie 2011/24/EU** in Anspruch nehmen wollen, dann hängt die Notwendigkeit einer Überweisung davon ab, ob in Ihrem Heimatland* ein System existiert, nach dem für den Zugang zu Spezialbehandlungen eine Überweisung erforderlich ist. Wenn eine solche Überweisung für den Zugang zur Gesundheitsversorgung in Ihrem Heimatland* nicht erforderlich ist, dann brauchen Sie für eine Spezialbehandlung im Ausland auch keine Überweisung Ihres Hausarztes.

Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder der nationalen Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland. Die nationale Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten, kann Ihnen nähere Auskünfte darüber erteilen, ob in diesem Land ein Überweisungssystem existiert.

3.3. Kosten und Kostenerstattung

Muss ich die Behandlung selbst zahlen?

Ob die Kosten für die Behandlung direkt von Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* (Kostenübernahme*) übernommen werden oder ob Sie die gesamte Behandlung zunächst selbst zahlen und anschließend eine Kostenerstattung* beantragen müssen, das hängt davon ab, ob Ihre Behandlung im Ausland auf der Grundlage des Formulars S2* (Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009*) erfolgt ist oder im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU*.

- Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* richtet sich die Zahlungsweise nach dem System des Behandlungslandes*. Da Sie behandelt werden, als ob Sie im System der sozialen Sicherheit des Behandlungslandes* versichert wären, genießen Sie in Bezug auf die Zahlungsweise dieselben Rechte und Ansprüche wie inländische Patienten, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems versichert sind. Hierbei sind zwei mögliche Situationen zu unterscheiden:
    - ❖ Die von Ihnen benötigte Behandlung ist unentgeltlich (was häufig der Fall sein kann), wobei möglicherweise eine Zuzahlung* in begrenzter Höhe zu leisten ist; in diesem Fall werden die Kosten direkt zwischen dem Gesundheitsdienstleister und dem Sozialversicherungsträger des Behandlungslandes abgerechnet. Die ausländische Behörde wird sich dann automatisch mit Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in Ihrem Heimatland in Verbindung setzen, um sich die Kosten erstatten zu lassen, ohne dass Sie etwas unternehmen müssen.
    - ❖ Sie müssen die gesamten Kosten der Behandlung zunächst selbst tragen und können nachträglich eine Kostenerstattung* beantragen, und zwar entweder beim lokalen Sozialversicherungsträger, solange Sie sich noch im Ausland aufhalten, oder nach Ihrer Rückkehr bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger*. In beiden Fällen kommt der Erstattungssatz des Behandlungslandes* zur Anwendung.

- Nach der Richtlinie 2011/24/EU* müssen Sie stets eine Vorauszahlung leisten. Sie zahlen sämtliche Rechnungen direkt an den Gesundheitsdienstleister/das Krankenhaus im Ausland. Nach Ihrer Rückkehr können Sie bei dem für Sie zuständigen staatlichen

Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* eine Kostenerstattung* beantragen. Dabei legt dieser denselben Erstattungssatz wie für eine Behandlung in Ihrem Heimatland* zugrunde.

Bis zu welcher Höhe werden meine Kosten übernommen?

Die Höhe der übernommenen Kosten hängt davon ab, ob Sie die geplante Behandlung im Ausland im Rahmen der Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* (mit Formular S2*) oder im Rahmen der Richtlinie 2011/24/EU* erhalten haben.

- Nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* richtet sich die Höhe der Kostenübernahme nach den Regeln und Rechtsvorschriften des Behandlungslandes*.
  In bestimmten Fällen haben Sie *jedoch* gegebenenfalls Anspruch auf eine ergänzende Erstattung auf der Grundlage des so genannten Vanbraekel-Urteils* (siehe *C-368/98 Vanbraekel*). Konkret bedeutet dies: Wenn der Erstattungssatz für die Behandlung in Ihrem Heimatland* höher ist als der Satz im Behandlungsland*, dann haben Sie Anspruch auf eine ergänzende Erstattung durch den staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* in Ihrem Heimatland bis zur Höhe des Betrags, der übernommen worden wäre, wenn die Behandlung in Ihrem Heimatland* erfolgt wäre (dabei darf der Erstattungsbetrag nicht höher sein als die Kosten (für die medizinische Behandlung), die Ihnen im Ausland entstanden sind).

- Nach der Richtlinie 2011/24/EU* richtet sich die Höhe der Kostenübernahme nach den Regeln und Rechtsvorschriften Ihres Heimatlandes*.

Welche Kosten können übernommen werden?

Da Sie nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* und nach der Richtlinie 2011/24/EU* lediglich Anspruch auf Kostenübernahme im Rahmen Ihres Sozialversicherungsschutzes in Ihrem Heimatland haben, werden nur die medizinischen Kosten berücksichtigt, die direkt mit Ihrer Behandlung im Zusammenhang stehen. Für zusätzliche Kosten, etwa für Reise und Aufenthalt, Verpflegung, Rückführung oder rezeptfreie Schmerzmittel, müssen Sie selbst aufkommen.

Bitte beachten jedoch Sie, dass Ihre Kosten für die Reise und den Aufenthalt im Ausland nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit* unter Umständen übernommen werden, sofern in den nationalen Rechtsvorschriften die Erstattung von Reise- und Aufenthaltskosten vorgesehen ist, die untrennbar mit der Behandlung verbunden sind, wenn die Behandlung in Ihrem Heimatland stattgefunden hätte.

Wo erhalte ich Informationen zu den Gebühren für die Behandlung, die ich in Anspruch nehmen möchte?

Die nationale Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten, kann Ihnen nähere Informationen über die in diesem Land für die medizinische Versorgung geltenden Gebührensätze geben. Überdies ist der ausländische Gesundheitsdienstleister, den Sie konsultieren möchten, verpflichtet, Ihnen gegenüber klare Angaben zu den Gebühren für die von ihm angebotene Behandlung zu machen.

Wo finde ich Informationen darüber, wie ich eine Kostenerstattung beantragen kann?

Ihr staatlicher Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland helfen Ihnen gerne weiter, wenn Sie Informationen zur Beantragung der Kostenerstattung*, einschließlich der geltenden Verfahren, erforderlichen Belege und Fristen,

benötigen.
Was geschieht, wenn ich mit der Entscheidung meines staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers* über meinen Antrag auf Kostenerstattung nicht einverstanden bin?
Was geschieht, wenn Sie mit der Entscheidung des für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienstes*/Krankenversicherungsträgers* über die Höhe der Kostenerstattung nicht einverstanden sind? Oder was können Sie tun, falls Ihr Antrag auf Kostenerstattung* abgelehnt wurde, weil Sie die geltenden Fristen nicht eingehalten haben oder weil Sie nicht alle erforderlichen Belege (z. B. Originalquittungen) vorlegen konnten? Sie haben das Recht, gegen Entscheidungen Ihres staatlichen Gesundheitsdienstes*/gesetzlichen Krankenversicherungsträgers*, welche die Übernahme der Kosten für Ihre medizinische Behandlung* im Ausland betreffen, Widerspruch einzulegen. Wenn Sie mit einer Entscheidung über Ihren Antrag auf Erstattung der im Ausland angefallenen medizinischen Kosten nicht einverstanden sind, können Sie den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* zunächst auffordern, seine Entscheidung zu überprüfen. Kommt jedoch keine Einigung zustande, können Sie nach den in Ihrem Heimatland* geltenden Verfahren Beschwerde einlegen bzw. den Rechtsweg beschreiten. Sie sollten dabei bedenken, dass bei der Einleitung von Beschwerdeverfahren bzw. bei der Beschreitung des Rechtswegs bestimmte Fristen eingehalten werden müssen. Achten Sie unbedingt darauf, dass solche Fristen für die Einreichung einer Beschwerde oder die Forderung von Schadenersatz nicht während eines Einigungsversuchs ablaufen, um zu verhindern, dass es Ihnen für den Fall, dass keine Einigung erzielt wird, nicht mehr möglich ist, Beschwerde einzulegen bzw. den Rechtsweg zu beschreiten. Wenden Sie sich bitte an den für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/gesetzlichen Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle*, wenn Sie mehr über Ihre spezifischen Rechte und Optionen in Bezug auf Beschwerdeverfahren wissen möchten.

3.4. Behandlungsmöglichkeiten und Gesundheitsdienstleister im Ausland

Wie informiere ich mich über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland?
Der für Sie zuständige staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland können Ihnen keine Auskunft über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland geben. Generell gilt, dass Sie sich selbst über Behandlungsmöglichkeiten im Ausland informieren müssen. Die nationale Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten, kann Ihnen Informationen über die in diesem Land zur Verfügung stehenden Behandlungen geben.
Wie stelle ich fest, an welchen Gesundheitsdienstleister im Ausland ich mich wenden kann?
Die nationale Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten, kann Ihnen nähere Auskünfte erteilen, wenn Sie sich über Gesundheitsdienstleister oder Krankenhäuser informieren wollen und Ihnen die Kontaktdaten vermitteln.

④ Qualität und Sicherheit

Wo finde ich Informationen über die Behandlungsqualität in einem anderen Land?
Der für Sie zuständige staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder die nationale Kontaktstelle* in Ihrem Heimatland können Ihnen keine Auskunft über die Qualität einer Behandlung in einem anderen Land geben. Wenn Sie sich im Ausland behandeln lassen, dann gelten die Qualitäts- und Sicherheitsstandards des betreffenden Landes. Generell gilt, dass Sie sich selbst über die Behandlungsqualität im Ausland informieren müssen. Nähere Informationen erhalten Sie bei der nationalen Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten.
Wo finde ich nähere Informationen zu einem speziellen Gesundheitsdienstleister oder Krankenhaus im Ausland?
Generell gilt, dass Sie sich selbst über den Gesundheitsdienstleister oder das Krankenhaus im Ausland informieren müssen. Holen Sie vor allem genügend Informationen über folgende Aspekte ein: • den Zulassungs- und Registrierungsstatus des Gesundheitsdienstleisters, der als Nachweis für dessen Zulassung zur Ausübung eines Heilberufs gilt • den Versicherungsschutz des Gesundheitsdienstleisters im Rahmen der Berufshaftpflicht • die Berechtigung des Gesundheitsdienstleisters, medizinische Leistungen zu erbringen, die im Rahmen des Systems der sozialen Sicherheit abgedeckt sind Diese Informationen können beim staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder bei der nationalen Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen wollen, eingeholt werden.

⑤ Patientenakte und Sprache

Wo erhalte ich nähere Informationen zu der Sprache, in der die Behandlung in einem anderen Land erfolgt?
Die nationale Kontaktstelle* des Landes, in dem Sie sich behandeln lassen möchten, kann Ihnen nähere Informationen über die Behandlungssprachen in diesem Land geben. Wenn die Behandlung in einer anderen Sprache erfolgt, sollten Sie bei dem/den behandelnden Gesundheitsdienstleister/n oder beim medizinischen Personal im Ausland nachfragen, ob Sie sich selbst um einen Dolmetscher kümmern müssen.
Wie veranlasse ich die Weitergabe meiner Patientenakte ins Ausland?
Nach der Richtlinie 2011/24/EU* hat jeder Patient, der sich grenzüberschreitend behandeln lässt, Anspruch auf Zugang zu mindestens einer Kopie seiner personenbezogenen Gesundheitsdaten*. Konkret bedeutet dies, dass Sie das Recht auf Zugang zu einer Kopie Ihrer Patientenakte* haben, die Informationen wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Gesundheitsdienstleister und Angaben zu durchgeführten Behandlungen oder Eingriffen enthält. Ihr Gesundheitsdienstleister muss Ihnen Zugang zu mindestens einer Kopie Ihrer Patientenakte gewähren, damit Sie die Weitergabe Ihrer Patientenakte selbst veranlassen können. Aber auch der Gesundheitsdienstleister kann die Weitergabe Ihrer Patientenakte direkt an den behandelnden Gesundheitsdienstleister, das behandelnde Krankenhaus oder die behandelnde medizinische Einrichtung im Ausland veranlassen.

⑥ Nachversorgung

Was geschieht, wenn ich nach einer Behandlung im Ausland eine Nachversorgung benötige?
Wenn Sie im Ausland behandelt wurden und sich eine medizinische Nachversorgung als notwendig erweist, so haben Sie Anspruch auf eine geeignete Nachversorgung* in Ihrem Heimatland*, als hätte die Behandlung selbst in Ihrem Heimatland und nicht im Ausland stattgefunden.

⑦ Beschwerde und Rechtsbehelfe

Was geschieht, wenn ich mit der im Ausland durchgeführten Behandlung nicht zufrieden bin oder falls Schwierigkeiten auftreten?
Wenn Sie mit der Behandlung im Ausland nicht zufrieden sind, haben Sie das Recht Beschwerde einzulegen bzw. den Rechtsweg zu beschreiten. Da die Behandlung im Ausland durchgeführt wird, gelten die Rechtsvorschriften des Behandlungslandes. Folglich gelten für Sie die maßgeblichen Verfahrensregeln, Fristen, Vorschriften für die Beweislast und Schadenersatzregelungen des Behandlungslandes*.
Wo erhalte ich weitere Informationen darüber, wie ich Beschwerde einlegen bzw. den Rechtsweg beschreiten kann?
Nähere Informationen über die Optionen, die Ihnen im Fall von Schwierigkeiten für die Einreichung einer Beschwerde, die Beilegung von Streitigkeiten oder die Einlegung von Rechtsbehelfen zur Verfügung stehen, erhalten Sie bei der nationalen Kontaktstelle* im Behandlungsland*. Informieren Sie sich darüber, welche Verfahren einzuhalten sind, an welche Einrichtungen Sie sich wenden müssen, welche Schritte einzuleiten sind, welche Fristen gelten und mit welchen Kosten Sie rechnen müssen.

⑧ Verschreibungen im Ausland

Kann ich von meinem behandelnden Gesundheitsdienstleister in meinem Heimatland ausgestellte Verschreibungen bei einer Apotheke im Ausland einlösen?
Eine in Ihrem Heimatland ausgestellte Verschreibung für Arzneimittel oder Medizinprodukte ist in allen EU*-/EWR*-Ländern gültig. Damit Sie jedoch sicher sein können, dass die Verschreibung* von einem Apotheker im Ausland anerkannt und richtig verstanden wird, sollten Sie den Gesundheitsdienstleister, der die Verschreibung ausstellt, darüber informieren, dass Sie die Verschreibung im Ausland einlösen wollen. Er wird dann bei der Verschreibung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten darauf achten, dass die für grenzüberschreitende Verschreibungen* geltenden Mindest-Informationspflichten nach der Durchführungsrichtlinie 2012/52/EU* eingehalten werden: • Identität des Patienten: Nachname(n), Vorname(n), Geburtsdatum • Authentizität der Verschreibung: Ausstellungsdatum • Identität des verschreibenden Gesundheitsdienstleisters: Nachname(n), Vorname(n), berufliche Qualifikation, Angaben zur unmittelbaren Kontaktaufnahme (E-Mail und Telefon- oder Faxnummer), Dienstanschrift (einschließlich Name des betreffenden Mitgliedstaats),

Unterschrift (handschriftlich oder digital)

- Identität des verschriebenen Produkts: gebräuchliche Bezeichnung (Wirkstoff) des Produkts oder in Ausnahmefällen der Markenname, Darreichungsform (Tablette, Lösung usw.), Menge, Stärke, Dosierungsschema

Außerdem gilt es zu bedenken, dass das verordnete Arzneimittel möglicherweise in einem anderen EU*-/EWR*-Land nicht erhältlich oder nicht zugelassen ist. Versuchen Sie, Ihr verschreibungspflichtiges Arzneimittel nach Möglichkeit stets in einer Apotheke des Landes zu kaufen, in dem die Verschreibung ausgestellt wurde.

Habe ich auch dann Anspruch auf Kostenübernahme, wenn ich die verschriebenen Arzneimittel im Ausland kaufe?

Gegen Vorlage einer gültigen Europäischen Krankenversicherungskarte* sind Sie berechtigt, verschreibungspflichtige* Arzneimittel/Medizinprodukte nach denselben Regeln und zu denselben Sätzen zu erwerben, wie Patienten, die im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems des von Ihnen besuchten Landes versichert sind. Dies gilt jedoch nur, wenn die Verschreibung in dem betreffenden Land aufgrund einer plötzlichen Erkrankung oder Verletzung während Ihres Aufenthalts ausgestellt wird (Personen, die an einer chronischen Krankheit leiden, können ihre Europäische Krankenversicherungskarte* während ihres Auslandsaufenthalts auch für den Kauf von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder Medizinprodukten nutzen).

Im Übrigen haben Sie nach der Richtlinie 2011/24/EU* das Recht, bei dem für Sie zuständigen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankversicherungsträger* eine Kostenerstattung* zu beantragen. In diesem Fall müssen Sie sämtliche Kosten für das im Ausland erworbene Arzneimittel oder Medizinprodukt zunächst selbst tragen. Die Kosten werden Ihnen nach Ihrer Rückkehr auf der Grundlage der in Ihrem Heimatland* geltenden Vorschriften und Sätze nachträglich erstattet.

⑨ Nationale Kontaktstellen

Was sind nationale Kontaktstellen?

Entsprechend der Richtlinie 2011/24/EU* wurden in jedem Mitgliedstaat eine oder mehrere nationale Kontaktstellen* (NKS) für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung eingerichtet. Die Mitgliedstaaten entscheiden selbst darüber, wie sie diese nationalen Kontaktstellen organisieren. Daher bestehen hier große Unterschiede. Manche nationalen Kontaktstellen sind an den nationalen Krankenversicherungsträger oder an das Gesundheitsministerium angegliedert, andere sind unabhängige Einrichtungen.

Hauptaufgabe der nationalen Kontaktstellen ist es, Patienten klar und verständlich über alle Aspekte einer medizinischen Behandlung* im Ausland zu informieren. Die nationalen Kontaktstellen* informieren Patienten über unterschiedliche Aspekte, je nachdem, ob es sich um inländische Patienten handelt, die sich im Ausland behandeln lassen wollen (ausreisende Patienten*), oder um ausländische Patienten, die Zugang zur Gesundheitsversorgung in dem betreffenden Land wünschen (einreisende Patienten*).

Wie erreiche ich eine nationale Kontaktstelle?

Alle nationalen Kontaktstellen verfügen über eine eigene Website, auf der alle wichtigen Informationen über die medizinische Behandlung* im Ausland (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung*) zu finden sind. Patienten, die nähere Informationen benötigen oder Fragen

zur Gesundheitsversorgung im Ausland haben, können sich auch per Telefon, E-Mail oder über ein Online-Kontaktformular direkt an die nationalen Kontaktstellen wenden. Bei vielen nationalen Kontaktstellen besteht auch die Möglichkeit, die Kontaktstelle persönlich aufzusuchen. Die Kontaktangaben der nationalen Kontaktstellen* sind der Website der einzelnen Kontaktstellen sowie der Website der Europäischen Kommission zu entnehmen.

⑩ Seltene Krankheiten

Welche Möglichkeiten habe ich, um eine neue oder alternative Behandlung im Ausland in Anspruch zu nehmen, die in meinem Heimatland* nicht angeboten wird?

Da staatliche Gesundheitsdienste* und Krankenversicherungsträger* nach eigenem Ermessen darüber entscheiden, ob die Vorabgenehmigung für eine Behandlung im Ausland erteilt wird, kann Patienten mit seltenen Krankheiten nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* die Möglichkeit angeboten werden, sich in einem anderen EU*-/EWR*-Mitgliedstaat oder in der Schweiz* behandeln zu lassen; dies gilt auch für Diagnosen und Behandlungen, die im Heimatland* des Patienten nicht zur Verfügung stehen. Sofern die betreffende Behandlung im System des Behandlungslandes abgedeckt ist, kann eine Vorabgenehmigung erteilt werden.

Bitte beachten Sie, dass Sie in dieser Situation lediglich das Recht haben, eine Vorabgenehmigung* zu beantragen. Der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* entscheidet nach seinem Ermessen, ob die Vorabgenehmigung* erteilt wird.

Im Übrigen muss sowohl nach den Verordnungen über die soziale Sicherheit (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 987/2009* als auch nach der Richtlinie 2011/24/EU* eine Vorabgenehmigung* für den Zugang zu grenzüberschreitender Gesundheitsversorgung im Ausland erteilt werden, wenn die betreffende Behandlung Teil der in Ihrem Heimatland* abgedeckten Leistungen bei Krankheit ist und nicht innerhalb eines – unter Berücksichtigung Ihres Gesundheitszustandes – medizinisch vertretbaren Zeitraums durchgeführt werden kann. Die Tatsache, dass die Behandlung in Ihrem Heimatland* abgedeckt sein muss, bedeutet nicht, dass es sich im Ausland um exakt dasselbe Behandlungsverfahren handeln muss. Solange die Behandlung selbst abgedeckt ist, haben Sie auch dann Anspruch auf Gleichbehandlung im Ausland, wenn die Behandlung nach neuen Verfahren und Methoden oder nach alternativen Verfahren erfolgt. Grundlage dieser Verfahren muss jedoch stets der Stand der Technik und der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf internationaler Ebene sein. Darüber hinaus muss die Behandlung im Licht der nationalen und internationalen Wissenschaft als übliche Behandlung angesehen werde (*siehe C-157/99 Smits-Peerbooms*).

Was sind europäische Referenznetzwerke?

Europäische Referenznetzwerke* (ERN) unterstützen den fachlichen Austausch zwischen Gesundheitsdienstleistern und Fachzentren in ganz Europa über hoch komplexe oder seltene Krankheiten und Gesundheitsprobleme, welche eine hoch spezialisierte Behandlung sowie die Konzentration von Wissen und Ressourcen erfordern.

Virtuelle IT-Plattformen bieten angesehenen Gesundheitsdienstleistern und Spezialisten die Möglichkeit, die Diagnose und Behandlung eines Patienten zu erörtern und zu überprüfen, ohne dass der Patient ins Ausland reisen muss und ohne dass die Gesundheitsdienstleister in dem Land, in dem sich der Patient aufhält, anwesend sein müssen.

Das erste ERN wurde im März 2017 ins Leben gerufen. Seitdem wurden bereits 24 Netzwerke eingerichtet, die sich mit verschiedenen Themen befassen, wie Knochenerkrankungen, Krebserkrankungen bei Kindern, Herzkrankheiten, Atemwegserkrankungen usw.

Nähere Informationen erhalten Sie bei Ihrer nationalen Kontaktstelle*, oder besuchen Sie die Website www.europa.eu/youreurope.

Wo finde ich Informationen über Patientenorganisationen in einem anderen Land?

Bitte wenden Sie sich an die nationale Kontaktstelle* des Landes, über das Sie mehr wissen möchten, wenn Sie nähere Informationen über Patientenorganisationen im Ausland benötigen.

⑪ Leben im Ausland

10. 1. Wenn Sie planen, ins Ausland zu ziehen

Was geschieht mit meiner Sozialversicherung, wenn ich vorhabe, ins Ausland zu ziehen?

Wenn Sie planen, in ein anderes EU*-/EWR*-Land oder in die Schweiz* zu ziehen, sollten Sie bedenken, dass sich dies auf Ihren Sozialversicherungsschutz auswirken kann. Wie diese Auswirkungen auf den Sozialversicherungsschutz im Einzelfall aussehen, hängt von Ihrer persönlichen Situation, den Gründen für Ihren Umzug und der Dauer Ihres Aufenthalts im Ausland ab. Nähere Informationen hierzu erhalten Sie bei Ihrem staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger*.

10. 2. Sie leben im Ausland, sind aber im System der sozialen Sicherheit eines anderen Landes versichert

Wer ist befugt, mir eine Vorabgenehmigung für die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung zu erteilen, wenn ich nicht in dem Land lebe, in dem ich sozialversichert bin?

Für die Erteilung der Vorabgenehmigung* ist der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* des Landes zuständig, in dessen Sozialversicherungssystem Sie versichert sind (d. h. des zuständigen Mitgliedstaats*).

Falls Sie in einem anderen Land als dem zuständigen Mitgliedstaat* wohnen, können Sie Ihren Antrag auf Vorabgenehmigung* beim lokalen staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Ihres Wohnlandes stellen. Er wird Ihren Antrag an den staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* im zuständigen Mitgliedstaat* weiterleiten. Abweichend hiervon ist der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Ihres Wohnlandes jedoch selbst für die Erteilung der Vorabgenehmigung* zuständig,

- wenn Sie Rentner oder Familienangehöriger eines Rentners sind oder
- wenn Sie (unterhaltsberechtigter) Familienangehöriger sind und in einem anderen Land als der Versicherte wohnen

und in Ihrem Wohnland ein Mechanismus für den Ausgleich von Leistungen bei Krankheit zwischen den Mitgliedstaaten auf der Grundlage von Pauschalbeträgen* zur Anwendung kommt und das Wohnland in Anhang 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009* aufgeführt ist.

Nähere Informationen erhalten Sie beim staatlichen

Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* oder der nationalen Kontaktstelle* in dem Land, in dem Sie sozialversichert sind.

Habe ich bei einem vorübergehenden Aufenthalt in dem Land, in dem ich sozialversichert bin, Anspruch auf Gesundheitsversorgung?

Das hängt von Ihrer persönlichen Situation ab. In der Regel haben Sie lediglich Anspruch auf Gesundheitsversorgung in dem Land, in dem Sie wohnen, unabhängig davon, ob ein anderes Landes, in dem Sie sozialversichert sind, für die Kosten aufkommt.

Doch in bestimmten Fällen kann der Anspruch von Patienten auf Gesundheitsversorgung in dem Land, in dem sie sozialversichert sind, oder in dem Land, in dem sie früher gearbeitet haben, erhalten bleiben:
(! Familienangehörige von Grenzgängern, die in einem der in Anhang III der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 aufgeführten Länder leben, sind von den unten aufgeführten Sonderregelungen ausgenommen)*

- (Entsandte) Arbeitnehmer, einschließlich von Grenzgängern*, die in einem anderen als dem Land, in dem sie erwerbstätig und sozialversichert sind, wohnen, haben während ihres Aufenthalts im Beschäftigungsland Anspruch auf Gesundheitsversorgung, für deren Kosten dieses Land nach Maßgabe seiner Rechtsvorschriften aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde.
- Rentner, die in einem anderen als dem Land, in dem sie sozialversichert sind, wohnen, haben während eines Aufenthalts in dem Land, in dem sie sozialversichert sind, gegebenenfalls Anspruch auf Gesundheitsversorgung, für deren Kosten dieses Land nach seinen eigenen Rechtsvorschriften aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde (dies gilt nur, wenn das Land, in dem der Betreffende sozialversichert ist, sich für diese Regelung entschieden hat und in Anhang IV der Verordnung (EG) Nr. 883/2004*aufgeführt ist).
- Grenzgänger in Rente haben weiterhin Anspruch auf Behandlung in dem Land, in dem sie zuletzt erwerbstätig waren, sofern es sich hierbei um die Weiterführung einer Behandlung handelt, die bereits während der Erwerbstätigkeit begonnen wurde. In bestimmten Fällen bleibt der Anspruch von Grenzgängern in Rente auf Gesundheitsversorgung in dem Land, in dem sie erwerbstätig waren, unabhängig davon erhalten, ob es sich um eine Weiterbehandlung handelt, wobei dieses Land nach Maßgabe seiner Rechtsvorschriften für die Kosten aufkommt, als ob die betreffende Person in diesem Land wohnen würde. Diese Regelung gilt für Rentner, die in den letzten fünf Jahren vor dem Zeitpunkt des Anfalls ihrer Altersrente mindestens zwei Jahre als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt haben, wenn sowohl der Mitgliedstaat, in dem der Rentner früher erwerbstätig war, als auch das Land, in dem er sozialversichert ist, sich für die Anwendung dieser Regelung entschieden haben und in Anhang V der Verordnung (EG) Nr. 883/2004* aufgeführt sind. In diesem Fall muss der Grenzgänger in Rente beim staatlichen Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* des Landes, in dem er sozialversichert ist, das Formular S3* beantragen. Das Formular S3* muss dem Sozialversicherungsträger des ehemaligen Beschäftigungslandes vorgelegt werden.

An welche nationale Kontaktstelle sollte ich mich wenden, um weitere Informationen einzuholen? An die nationale Kontaktstelle in dem Land, in dem ich sozialversichert bin, oder an die nationale Kontaktstelle in dem Land, in dem ich wohne?

Wenn Sie im Ausland leben, wenden Sie sich bitte an die nationale Kontaktstelle*des Landes, in dem sich die Einrichtung befindet, die zur Ausstellung Ihrer Vorabgenehmigung* befugt ist. Dort erfahren Sie alles, was Sie über Ihre Rechte und Ansprüche wissen müssen.

Für die Ausstellung der Vorabgenehmigung zuständige Einrichtung:
Für die Erteilung der Vorabgenehmigung* ist der staatliche

Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* des Landes zuständig, in dessen Sozialversicherungssystem Sie versichert sind (d. h. des zuständigen Mitgliedstaats*). Abweichend hiervon ist der staatliche Gesundheitsdienst*/Krankenversicherungsträger* Ihres Wohnlandes jedoch selbst für die Erteilung der Vorabgenehmigung* zuständig,

- wenn Sie Rentner oder Familienangehöriger eines Rentners sind oder
- wenn Sie (unterhaltsberechtigter) Familienangehöriger sind und in einem anderen Land als der Versicherte wohnen

und in Ihrem Wohnland ein Mechanismus für den Ausgleich von Leistungen bei Krankheit zwischen den Mitgliedstaaten auf der Grundlage von Pauschalbeträgen* zur Anwendung kommt und das Wohnland in Anhang 3 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009* aufgeführt ist.